

一宮市

入退院における連携・情報共有のためのガイドライン

～本人・家族を支えるために医療・介護の専門職（多職種）
が共同して取り組むための手引き～

Ver1.3

2023年7月

製作者・発行者：一宮市在宅医療・介護連携推進協議会
監修：ケアマネT一宮／一宮SW連絡会

目次

I はじめに

- 1) はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 2) 目的、ガイドラインの構成と使い方・・・・・・・・・・ 3
- 3) 入退院連携・情報共有の基本理念・・・・・・・・・・ 4

II 入退院連携について

- 1) 両職種から見た連携・情報共有のポイント・・・・・・・・ 5～9
- 2) ケアマネジャーから、本人・家族への5つのお願い・・・・・・・・ 10

III 参考資料

- 1) 在宅療養時での活用
 - ① 一宮市介護サービス共通診断書（入所、通所等）・・・・・・・・ 12～13
 - ② 主治医・ケアマネジャーFAX連絡票・・・・・・・・ 14
 - ③ 救急患者基本情報シート・・・・・・・・ 15
- 2) 入院時に活用
 - 一宮市地域連携アセスメントシート・・・・・・・・ 16
 - 入院時情報提供先の病院担当窓口の一覧・・・・・・・・ 17
- 3) 退院時に活用
 - 尾張西部医療圏 看護・介護連携シート・・・・・・・・ 18
- 4) 医療ソーシャルワーカーのいる医療機関・・・・・・・・ 19
- 5) 参考、引用したデータベース・・・・・・・・ 20

I はじめに

はじめに

日本の総人口は、国立社会保障・人口問題研究所によると、1967年には初めて1億人を超え、2008年の1億2,808万人をピークに減少に転じた。推計によると、2048年には9,913万人と1億人を割り込み、2060年には8,674万人まで減少すると見込まれています。高齢化の水準として一般的な指標である総人口に占める65歳以上人口の割合をみると、1970年に7%を超えてから急速に上昇し、2013年の25.1%、2017年の27.7%となりました。

高齢化率の将来像としては、総人口が減少する中で65歳以上人口が増加することにより上昇を続け、2025年に30.3%、2036年に33.3%で3人に1人となると推計。

また、『平成29年版高齢社会白書』によると65歳以上の高齢者について子どもとの同居率をみると、1980年にほぼ7割であったが、1999年に50%を割り、2014年には40.6%となり、子どもとの同居の割合は大幅に減少。

一人暮らし、又は夫婦のみの世帯については、ともに大幅に増加しており、1980年には合わせて3割弱であったものが、2004年には過半数を超え、2014年には55.4%まで増加しています。

これら人口の高齢化に伴う課題に横断的に対応するため、政府は、2018年02月に高齢社会対策基本法に基づき、『高齢社会対策大綱』を見直し、以下の目的を掲げています

- 1) すべての年代の人々が意欲・能力をいかして活躍できるエイジレス社会を目指す。
- 2) 地域における生活基盤を整備し、人生のどの段階でも高齢期の暮らしを具体的に描ける地域コミュニティを作る。
- 3) 技術革新の成果が可能にする新しい高齢者対策を志向する。

今後、一宮市でも、高齢社会を背景に、単身高齢者世帯、高齢者のみ世帯、さらには認知症高齢者のさらなる増加に、これまで以上に医療・介護需要の高まりが当然ながら見込まれており、個別の医療介護機関での対応にとどまらず、地域で包括的且つ持続的なサービス提供体制構築が急務とされています。

2016年に、一宮医師会によって、『高齢者の入退院および救急搬送に関するアンケート』が市内全域に行われた。そこで浮き彫りになってきたことの1つが、入退院におけるケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーの連携についてであった。特に退院を控えた時期に対する連携不足に関する意見が大半であった。

つまり、高齢者の入退院を支えるべき、その連携が、各医療介護事業所、またはケアマネジャー・医療ソーシャルワーカー個々に任されてきたことで、十分に機能していないことが明らかになったのである。

今回のガイドライン作成においては、一宮市高年福祉課において、2017年度からの2年に渡り、「一宮市在宅医療・介護職員多職種連携研修」の中に、ケアマネT一宮・一宮SW連絡会の入退院連携に関する合同研修を位置づけて頂くことで、今後あるべき入退院連携に向け、大きな推進力を得るに至りました。

さらに、一宮市多職種連携・住民普及啓発ワーキンググループの一宮医師会、一宮歯科医師会をはじめ多くの委員の皆様には多大なるお力添えをいただきました。これらすべての関係者の皆様に感謝を申し上げます。

ケアマネT一宮、一宮SW連絡会は、一宮市民の皆様の「住み慣れた場所で、その人らしく生活し続ける」という願いを叶えていきたいと考えております。

その為にも本ガイドラインが、一宮市内の入退院時の医療機関等の多職種と、ケアマネジャーをはじめ、在宅医療介護を支える皆さんとの円滑な連携・情報共有のために参考になれば幸いです。

2019年03月
ケアマネT一宮
一宮SW連絡会

目的

- ①入院直後からはじまる在宅退院に向けての入退院連携が、適切且つ円滑に行うことができる
- ②本人・家族の意向を尊重し、安心して在宅生活へ移行ができるための入退院連携・情報共有の標準化

ガイドラインの構成と使い方

1. 活用していただきたい方

一宮市内で、入退院連携に関わる医療介護の専門職の全ての方々。

〔本ガイドラインの「サービス提供者」には、かかりつけ医、歯科医、薬剤師、訪問看護、訪問介護、通所サービス、短期入所、福祉用具などの職種の方々が含まれます。〕

2. 想定している支援対象者

- ①65歳以上の方
- ②介護保険第2号被保険者
- ③在宅へ退院される方（自宅、有料老人ホームなど）

3. 想定している場面

介護サービスを利用しながら在宅生活を営んでいることを前提に、入院加療後、在宅生活に戻る設定です。4つの時間軸で概観できるようにし、連携・情報共有のポイントをフロー図にまとめました。

具体的には、

- 1) 普段：日常生活を送る場面
- 2) 入院時：予定された入院、または緊急入院から、3日及び7日まで
- 3) 入院中：8日目以降、退院までのおおむね7日程度を想定
- 4) 退院時：退院までのおおむね7日間程度を想定

4. ガイドラインの意味と、実践

まず、マニュアル（ルール）は基本的に読み手に判断する部分はなく、誰が実行しても同じ結果が得られます。

しかし、実際の入退院連携では個別の事情に合わせた柔軟な対応が求められるのは言うまでもありません。

一方で、ガイドラインとは、物事を判断するための指針・指標のことです。標準化しにくく、マニュアル化が難しい入退院連携は、ガイドラインの方向性を持たせることが有効と考えました。

本ガイドラインを参照することで、各専門職は自身の置かれた状況を加味した判断を下せるよう、判断基準・検討にあたっては、考慮すべきポイントなどを記載してあります。実行者による異なる状況許容することも大切です。

5. 各専門職の共通目標

本ガイドラインでは、各専門職に共通する目標を、「本人・家族の望む医療や介護の尊重」、「本人・家族のQOLの向上」とし、自立と尊厳を支える質の高い、標準的な入退院連携・情報共有を目指します。

入退院連携・情報共有の基本理念

一宮市に暮らす高齢者の皆さんが、医療・介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で、自分らしく、安心して暮らすためには、医療や介護サービスが包括的・継続的に提供されることが大切です。

1. 本人・家族の意向を尊重する
2. 医療・介護を担う多職種連携を推進する
3. 生活を支える包括的・継続的な支援・連携を行う
4. 専門職の視点を明確にし、情報共有を行う

Ⅱ 入退院連携について

両職種から見た連携・情報共有のポイント

ケアマネジャー			医療ソーシャルワーカー 入退院調整看護師		医療ソーシャルワーカー 入退院調整看護師	
時間		本人、家族へ	サービス提供者へ	本人、家族へ	ケアマネジャー及び サービス提供者へ	院内へ
○在宅療養支援 ・普段から、少しずつ、もしもの入院に備え、『ケアマネジャーから、本人・家族への5つをお願い“いちのみや”』を活用する。 ・緊急連絡先、病状、かかりつけ医療機関などを『救急患者基本情報シート』にまとめ、ご自宅の目につく場所に置いておくこと安心。 ・『一宮市地域連携アセスメントシート』をもしもの入院時に、入院先医療機関へ送付すること伝えておく 		○情報共有 ・もしもの入院に備えて、『一宮市地域連携アセスメントシート』の可能な項目を記載しておく。さらに、『入院時情報提供先の病院担当窓口一覧』で情報提供先を確認。 ・『医療ソーシャルワーカーのいる病院』で各病院の機能や連絡窓口を理解しておく。 ・療養生活上的問題を抱えている場合には、外来通院時から医療ソーシャルワーカーと連絡を取っておく。	○情報共有 ・サービス利用状況を把握。 ・本人・家族の状態変化や、気になる事があつた場合には、連絡がもたらえる様に依頼しておく。	○在宅療養支援 ・外来、予定入院でも、療養生活上の問題を抱えている場合には、相談に応じ、問題を早期発見し、解決していただける働きかけ。	○情報共有 ・外来通院、予定入院でも、療養生活上の問題は、本人・家族の了承を得て、ケアマネジャーと連絡を取る。 	○外来の医師、看護師との連携 ・入院経緯、病状経過、家族状況、入院前の生活状況などを外来スタッフから早期に得ておく。 ・入院が決定した時点から、退院支援の必要性のスクリーニングしておく。
一もしにも備えておくー 予期せぬタイミングで体調が崩れると、本人・家族も慌てるのが常です。落着いた普段から少しずつ、一宮市の各種ツールを活用しながら、備えておくことが連携のポイントです。 		普段から				
一通院中でも必要に応じてー 通院、予定入院の段階でも、体調や日常生活に影響があり、家族の役割、介護サービス調整が必要なものもあります。気が付いた時には、ケアマネジャーやサービス提供者へ連絡を取りましょう。		一もしにも備えておくー 予期せぬタイミングで体調が崩れると、本人・家族も慌てるのが常です。落着いた普段から少しずつ、一宮市の各種ツールを活用しながら、備えておくことが連携のポイントです。				

両職種から見た連携・情報共有のポイント				
ケアマネジャー		時間	医療ソーシャルワーカー 入退院調整看護師	
本人、家族へ	医療ソーシャルワーカー 入退院調整看護師へ	サービス提供者へ	本人、家族へ	ケアマネジャー及び サービス提供者へ
○情報共有 ・『ケアマネジャーから、本人・家族への5つ のお願い“いちのめ や”』に基づいて、入院 把握。 ・入院時の病状、入院期 間の目安など確認。 ・入院先医療機関への情 報提供の了解を得る。 ・病状説明や退院見込み が分かったら連絡をお願 いする。 ・担当医師、担当医療 ソーシャルワーカーの名 前を確認。	○情報共有 ・『一宮市地域連携アセ スメントシート』を早期 に完成させ、連絡を入れ てから情報提供を行う。 文面だけでは伝わらない こともあるので言葉を交 わしましょう。 ・入院把握が遅れたとし ても、情報提供を行う。 ・入院時の病状、入院期 間の目安などを確認。	○情報共有 ・サービス提供者へ入院 したことを連絡し、サー ビス中止依頼。 ・入院直前のサービス利 用時の様子を確認。 ・入院時の病状、入院期 間の目安などを連絡。 ・かかりつけ医に入院し たことを連絡する。	○退院支援の必要性のスクリーニング ・入院が決定した時点。 外来から開始。	○情報共有 ・担当ケアマネジャーが 分かった場合、本人・家 族に了承を得て、情報共 有を図る。 ・入院したことをはじ め、入院時の病状、入院 期間の目安などを確認し 伝える。 ・『一宮市地域連携アセ スメントシート』の提供 依頼。 ・ケースに応じて、かか りつけ医や訪問看護に連 絡し、情報提供を依頼す る。
一入院時の実際一 入院が決定してから時間軸の目安として、3日・7日以内とありますが、この プロセスを出来る限り早く始めることで、退院支援に向け早期にアセスメント が可能となります。結果、本人・家族にとっても生活背景を早期に掴み、退院 後をイメージした医療や退院支援ができることに繋がります。 また、入院把握が遅れ、それぞれの期間を越えていたとしても、気が付いた 時が連携を始める時期となります。 また短い期間で入退院を繰り返した場合も、『一宮市地域連携アセスメント シート』はその都度、情報提供することが大切です。大きく生活状況は変わっ ていないことも入院先医療機関にとっては重要な情報となります。	入院時（3日以内）		○初回面談 スクリーニングを基に、 医師からの病状や治療方 針の説明への同席をはじ め、担当であることを伝 え、面談を通じて以下を 確認。 ・入院前の生活状況確認 ・今後についての意向確 認 ・ケアマネジャーへの情 報共有の了解を得る	○情報共有 ・病状、治療方針、今後 の病態予測。 ・本人、家族がどのよう に病気を受け止め、退院 後の生活をどのようにイ メージしているか。 ・医療管理上の検討課題 ・生活ニーズ上の検討課 題
	入院時（7日以内）		○カンファレンスの実施 ・病状、治療方針、今後 の病態予測、退院の目安 を確認 ・退院に向けての支援計 画と準備（退院支援計 画）	○情報共有 ケアマネジャーはじめ、 サービス提供者より入手 した情報を共有。 ・『一宮市地域連携アセ スメントシート』 ・『救急患者基本情報 シート』 ・『尾張西部医療圏 看 護・介護連携シート』な ど。

一意思決定支援一
本人・家族の思いは病状の変化や治療状況によって変化する
ことも予測されるので、随時把握していくことが求められます。

両職種から見た連携・情報共有のポイント				
ケアマネジャー		医療ソーシャルワーカー 入退院調整看護師		
本人、家族へ	医療ソーシャルワーカー 入退院調整看護師へ	サービス提供者へ	時間	本人、家族へ ケアマネジャー及び サービス提供者へ 院内へ
○面談 ・今後について意向確認。 ・退院後の具体的なニーズの把握。	○情報共有と連携 ・治療の進捗状況、現状のADLや認知機能、継続的な医療の必要性、具体的な退院の目安等を確認。	○情報共有 ・治療の進捗状況、現状のADLや認知機能、継続的な医療の必要性、具体的な退院の目安等を伝える。 ・サービス内容変更が想定される場合は事前相談。	○面談 ・今後について意向確認 ・退院後の具体的なニーズの把握。	○情報共有と連携 ・治療の進捗状況、現状のADLや認知機能、継続的な医療の必要性、具体的な退院の目安等の情報を提供。 ○退院に関わる問題の明確化と目標の共有 ・治療の進捗状況、現状のADLや認知機能、継続的な医療の必要性、具体的な退院の目安等を確認。
○退院時の状態を予測する ・介護保険区分変更申請の必要性 ・在宅復帰の可能性 ・食事、リハビリ、病状説明など同席 ・住環境確認と、外出泊時の状況確認 ・サービス内容変更の必要性 ・住宅改修や福祉用具の変更 ・退院前カンファレンスの必要性		○退院時の状態を予測する ・介護保険区分変更申請の必要性 ・在宅復帰、転院、施設入所などの可能性 ・食事、リハビリ、病状説明などに同席 ・住環境確認と、外出泊時の状況確認 ・サービス内容変更の必要性 ・住宅改修や福祉用具の変更 ・退院前カンファレンスの必要性 ・退院処方の確認（在宅で処方が可能か確認）		
○情報作成の依頼 退院に向けて必要となる情報作成依頼 ・『尾張西部医療圏 看護介護連携シート（看護サマリー）』 ・『リハビリサマリー』 ・『一宮市介護サービス共通診断書（入所、通所等）』 ・『主治医意見書』 など		○情報作成の準備 退院に向けて必要となる情報作成開始 ・『尾張西部医療圏 看護・介護連携シート（看護サマリー）』 ・『一宮市介護サービス共通診断書（入所、通所等）』 ・『リハビリテーションサマリー』 ・『主治医意見書』 ・『訪問看護指示書』 など		
○退院前カンファレンスの事前準備 ・開催目的の明確化 ・日時、場所の設定 ・サービス提供者へ参加依頼 ・本人と家族の意向 ・暫定ケアプラン準備		○退院前カンファレンスの事前準備 ・開催目的の明確化 ・日時、場所の設定 ・院内参加者の確認 ・サービス提供者へ参加依頼 ・病状経過、本人と家族の意向 ・療養生活上の検討課題		



一転院の場合
『一宮市地域連携アセスメントシート』は、転院先にも送付することで、入院前などのような生活をしていたか、より具体的に情報が引き継がれます。合わせて、転院となる場合には、ケアマネジャーにも、日時と目的など忘れずに連絡をしましょう。

両職種から見た連携・情報共有のポイント

ケアマネジャー			医療ソーシャルワーカー 入退院調整看護師		
本人、家族へ		医療ソーシャルワーカー 入退院調整看護師へ	本人、家族へ		ケアマネジャー及び サービス提供者へ
○退院前カンファレンスの実施 ・具体的な療養先に向けての確認 - 本人・家族の希望 - 受診、訪問診療などの方法、日時 - 医療処置、退院処方の確認 - 状態悪化時の医療提供体制 - 退院日時 - 移送方法 - 暫定ケアプランの提供 - 在宅サービス			○退院前カンファレンスの実施 ・具体的な療養先に向けての確認 - 本人・家族の希望 - 受診、訪問診療などの方法、日時 - 医療処置、退院処方の確認 - 状態悪化時の医療提供体制 - 退院日時 - 移送方法 - 暫定ケアプラン - 在宅サービス		院内へ
ー退院前カンファレンスの実際ー 本人・家族の思いを、いかに事前に確認することができるか。また、それに基づいて在宅生活をイメージした議論が退院前カンファレンスで交わせるかが鍵になります。 しかし実際には、「退院まで時間が経たず退院前カンファレンスを開くことができなかった」など、本人・家族・ケアマネジャーが困ることも実際には起きているようです。病院では、「病状は落ち着き、ADLは変わっていない」など認識の差から、この問題が起きるのでしょう。それを防ぐためにも、入院中からの、情報共有が欠かせないのはいま言うまでもありません。ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー・入退院調整看護師のどちらからでも、必要性を感じた時に、開催を持ちかけることが大切です。 また退院前カンファレンスを重ね慣れていくなかで、これまで声を掛けてこなかった他の専門職			退院時		
○サービス担当者会議の開催 ・サービス提供者へ参加依頼 ・退院前カンファレンスと同日日又は後日開催 ・退院後の課題を踏まえ、サービス利用内容と予定確認 ・ケアプランを入院先医療機関、サービス事業所へ提供			○社会資源の活用・調整 退院前カンファレンスでの結果に基づいて、必要な調整・修正を行い、医療管理上の検討課題と、生活ニーズ上の検討課題を在宅医療介護事業所につなぐ ・ケアマネジャーとの連携 ・かかりつけ医との連携 ・訪問看護との連携 ・地域包括支援センターとの連携など		

事業所名

ケアマネジャー

電話番号

ケアマネジャーから、 本人・家族への“5つのお願い いちのみや”

本人・ご家族に、切れ目のない介護サービスを提供し、安心・安全な生活を送っていただくために、ケアマネジャーから以下の5つのお願いです

もしも、本人がご入院された場合は、

① い つもの備え

受診・入院に備えて、医療保険証と一緒に、介護保険証、お薬手帳、ケアマネジャーの名刺をまとめておきましょう。
自らが望む医療や介護について少しずつ考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有しておきましょう。さらに緊急時に備え、家族の連絡先など含め、『救急患者基本情報シート』に記載しておくことで安心です。

② ち からになります

病院へ、ケアマネジャーの氏名、連絡先を伝えましょう。

入院が決まったら、出来るだけ早くケアマネジャーへ連絡をしましょう。

③ の りこえましょう

退院後、すみやかに自宅での生活が始められるよう準備いたします。

“今、どんな状況か”を早めに知りたいので、病院からの説明内容（病状、退院めどなど）は、ケアマネジャーにもお教えてください。必要によっては、病院での病状説明などにも同席します。

病院から何らかご説明があった場合は、

④ み んなで応援

退院後の生活の意向や、介護サービスの希望を伝えましょう。

退院のめどがついてきたら、ケアマネジャーにご連絡をください。病院スタッフと共に応援させていただきます。

自宅に帰ってからも、

⑤ や くそくです

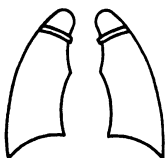
退院後は、デイサービス・ヘルパーなどのサービス事業所とともに支援していくことを約束します。

2019年3月
ケアマネT一宮
一宮SW連絡会

Ⅲ 参考資料

一宮市介護サービス共通診断書

通所等

フリガナ			男・女	生年月日	
氏名				M・T・S	年 月 日(歳)
住所					
血圧	/ mmHg	身長	cm	体重	kg
現病名	1.	年 月 発症	既往歴	1	年 月 発症
	2.	年 月 発症		2.	年 月 発症
	3.	年 月 発症		3.	年 月 発症
	4.	年 月 発症		4.	年 月 発症
	5.	年 月 発症		5.	年 月 発症
胸部X線 撮影	撮影日： 年 月 日 所見： 		与薬内容		
	結核（無・陈旧性有・治療中）		感染症	無・有（HBs抗原・HCV抗体・TPHA） 不明 ※ 過去の検査結果があれば流用可	
褥瘡	無・有（ ）		疥癬	無・有（ ）	
皮膚疾患	無・有（ ）		アレルギー	無・有（ ）	
視力	普通・見えにくい・見えない		聴力	普通・難聴（軽度・中度・重度）	
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	
リハビリ ・入浴 中止基準	欄外(入浴・リハビリテーション実施中止基準)に準ずる 可 不可 ※不可の場合、詳細を記入				
特記事項、その他留意すべき医療情報					
長谷川式認知症スケール 未実施 実施(点 実施日 年 月 日)					

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日 医療機関名

医師氏名

印

※ 診断書の有効期間は、作成日から原則 6 か月です(ただし状態変化が認められる時は再作成)。

※ 診断書原本は本人・家族が管理し、介護サービス事業所は原本を複写し保管してください。

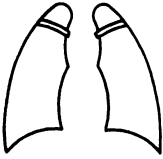
※ 入浴・リハビリテーション実施中止基準(一宮市版)： ①安静時体温が 37.5 度以上

②安静時酸素飽和度(SpO2)90%以下 ③安静時収縮期血圧 70 mmHg以下または 180 mmHg以上

④安静時拡張期血圧 110 mmHg以上 ⑤安静時脈拍 40/分以下または 100/分以上

一宮市介護サービス共通診断書

入所

フリガナ			男・女	生年月日	
氏名				M・T・S 年 月 日(歳)	
住所					
血圧	/ mmHg	身長	cm	体重	kg
現病名	1. 年 月 発症	既往歴	1. 年 月 発症		
	2. 年 月 発症		2. 年 月 発症		
	3. 年 月 発症		3. 年 月 発症		
	4. 年 月 発症		4. 年 月 発症		
与薬内容					
胸部X線 撮影	撮影日： 年 月 日	心電図	検査 実施 未実施		
	所見：  結核（無・陳旧性有・治療中）		検査日： 年 月 日	所見：	
血液検査	検査日： 年 月 日 ※ 直近4か月以内のデータ記入もしくは結果票添付				
	Hb g/dl	GOT IU/l	GPT IU/l		
	γ-GTP IU/l	ALB g/dl	(糖尿病の場合) HbA1c %		
褥瘡	無・有()	疥癬	無・有()		
皮膚疾患	無・有()	アレルギー	無・有()		
視力	普通・見えにくい・見えない	聴力	普通・難聴(軽度・中度・重度)		
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		
リハビリ 入浴 中止基準	欄外(入浴・リハビリテーション実施中止基準)に準ずる 可 不可				
	※不可の場合、詳細を記入				
経過及び特記事項					
長谷川式認知症スケール 未実施 実施(点 実施日 年 月 日)					

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日 医療機関名
医師氏名

印

※ 診断書の有効期間は、作成日から原則6か月です(ただし状態変化が認められる時は再作成)。

※ 診断書原本は本人・家族が管理し、介護サービス事業所は原本を複写し保管してください。

※ 入浴・リハビリテーション実施中止基準(一宮市版)：①安静時体温が37.5度以上

②安静時酸素飽和度(SpO2)90%以下 ③安静時収縮期血圧70 mmHg以下または180 mmHg以上

④安静時拡張期血圧110 mmHg以上 ⑤安静時脈拍40/分以下または100/分以上

一宮市 主治医・ケアマネジャー FAX 連絡票

発信日 年 月 日 (本状含め 枚送信)

宛 先	医療機関名	発 信 元	施設名
	医師名：先生		担当者名：
	TEL () -		TEL () -
	FAX () -		FAX () -

利用 者	氏名	要介護度	☐ 要支援 (1 2) ☐ 申請中 ☐ 要介護 (1 2 3 4 5)
	住所	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)

連 絡 目 的	☐ 1. 介護認定申請の連絡 (☐ 新規 ・ ☐ 更新 ・ ☐ 区分変更)
	☐ 2. サービス担当者会議への出席依頼 (ケアプラン案添付： ☐ 有 ・ ☐ 無) 日 時： 月 日 () 時 分 場 所：
	☐ 3. 医療系サービスの導入にあたり、医師の意見・相談について
	☐ 4. 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について
	☐ 5. 入退院の連絡
	☐ 6. その他 ()
相 談 内 容 等	

回答希望	☐ 回答をお願いします ☐ 回答は必要ありません
本人家族の 同意	☐ 本人・家族の同意を得て連絡しています ☐ 本人・家族の同意は得られていませんが、必要と判断して連絡しています

医師の回答・意見欄 (返信日： 月 日)

回答方法	☐ 電話で回答します → 月 日 時 分頃に 電話をください ☐ 面会で回答します → 月 日 時 分頃に 来院してください ☐ この連絡票で下記のとおり意見・回答します
サービス 担当者会議	会議出席有無 (☐ 出席します ・ ☐ 出席できません) ケアプラン案 (☐ 案のとおりでよい ・ ☐ 意見あり)
意 見 ・ 回 答	医師名 ()

年 月 日 作成

普段の身体状態と緊急連絡先などの情報を記入し、救急搬送時に救急隊および搬送先医療機関へ渡してください。(連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください)

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏 名		生年 月日	M ・ T ・ S	年	月 日
自宅住所					

* 現在入所中の場合のみ記載		施設住所		
入所施設名		TEL	()	—

緊急連絡先 (キーパーソン) ①	氏 名		TEL	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ・ その他 () ー
	続 柄		住所	
緊急連絡先 (キーパーソン) ②	氏 名		TEL	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ・ その他 () ー
	続 柄		住所	
かかりつけ 医療機関	施設名		TEL	() ー
	医師名		FAX	() ー
担 当 ケアマネジャー	施設名		TEL	() ー
	氏 名		FAX	() ー

病歴等	現在治療中の病気・ケガ		既往歴	
	☐ 別添参照（お薬手帳など） ＊搬送時、お薬手帳や薬剤情報がわかる書類も添付して下さい			
アレルギー 麻痺 感染症	アレルギー		歩行	可 ・ 一部可 ・ 不可
	麻痺		意思伝達	可 ・ 一部可 ・ 不可
	感染症		栄養管理	経口摂取(自立・要介助) 経管栄養・中心静脈栄養

● ご本人の望みに近いものを選んでください（この内容で最終判断することはありません）

死に直面した時	☐ 何もせず自然のままがよい ☐ 延命治療を行ってほしい ☐ わからない	
食事が困難になった時	☐ 食べられなくなったら、何もせず自然のままがよい ☐ 点滴で水分などを補給してほしい ☐ わからない ☐ 胃ろうや中心静脈栄養などを行ってほしい	
呼吸が困難になった時	☐ 自力で呼吸ができなくなったら、何もせず自然のままがよい ☐ 酸素吸入をしてほしい ☐ わからない ☐ 人工呼吸器や気管切開で、呼吸できるようにしてほしい	
望みを確認した方	☐ 本人が確認 ☐ 本人以外の方が確認（氏名： 続柄： ）	
確 認 日	年 月 日	15 一宮市在宅医療・介護連携推進協議会【ver.2】R5.2

一宮市地域連携 アセスメントシート

下記利用者(家族)の同意に基づき、利用者の身体・生活機能等の情報を提供します。

情報提供先
医療機関名

年 月 日

基本情報	ふりがな			☐ 男 ☐ 女	〒			
	利用者氏名				TEL:			
	生年月日	年 月 日 (歳)						
	住環境	☐ 戸建 ☐ アパート・マンション (階) ☐ エレベーター ☐ 施設 ()						
	障害等認定	☐ 無 ☐ 身障 (級) ☐ 精神 (級) ☐ 療育 ☐ 特定疾患 ()						
	要介護認定	☐ 無 ☐ 要支援 () ☐ 要介護 () ☐ 申請中 有効 年 月 日 ~ 年 月 日						
	経済状況	☐ 年金 () ☐ 生活保護 ☐ 他 ()						
	趣味性格			生活歴				
家族	連絡先	氏名: 続柄 () TEL: ()		家族構成		◎本人 ☐ 男 ☐ 女 ☆キーパーソン ■●死亡		
	介主	氏名: 続柄 () 年齢 歳						
	介護状況							
利用サービス	医療機関	(通院・在宅医療)			薬局			
	歯科医療機関				居宅療養管理指導	職種:		
	介護サービス	☐ 訪問介護 回・週	☐ 訪問看護 回・週	☐ 訪問入浴 回・週	☐ 訪問リハ 回・週	☐ 通所介護 回・週	☐ 通所リハ 回・週	☐ 短期入所 回・月
	自己負担割合 (割)	☐ 福祉用具 () ☐ 他 ()						
☐ 薬情添付あり 身体・生活機能	疾患歴						医療処置 ☐ 無	
	お薬情報			服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	服薬状況	☐ 処方通り ☐ 飲み忘れ時々 ☐ 飲み忘れ多い ☐ 処方守れない	☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ I V H ☐ インスリン ☐ 末梢点滴 ☐ 気管切開 ☐ 酸素 (L) ☐ 麻薬 ☐ 人工呼吸 ☐ 尿道カテ ☐ 人工膀胱 ☐ 人工肛門 ☐ 吸痰 (回 / 日) ☐ 導尿 (回 / 日)
	入院歴	☐ 無 ☐ 有 過去 1 年間の入院回数 (回) 直近入院 年 月 頃					☐ 失見当識 ☐ 徘徊 ☐ 理解力なし ☐ せん妄 ☐ 暴言暴力 ☐ 大声 ☐ うつ傾向 ☐ 昼夜逆転 ☐ 介護抵抗 ☐ 不潔行為	
	アレルギー	視力支障	褥瘡	麻痺	口腔ケア	義歯使用	周辺症状 ☐ 無 ☐ 失見当識 ☐ 徘徊 ☐ 理解力なし ☐ せん妄 ☐ 暴言暴力 ☐ 大声 ☐ うつ傾向 ☐ 昼夜逆転 ☐ 介護抵抗 ☐ 不潔行為	
	感染症	聴力支障	☐ 無 ☐ 有 ☐ 発赤 ☐ びらん ☐ 潰瘍	☐ 無 ☐ 他部位 ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 良 ☐ 不良 ☐ 不使用 ☐ 義歯不要		
	医療特記			意思疎通	睡眠障害	嚥下機能		
		移動	移乗	更衣	入浴	食事	食事形態	摂取方法 ☐ 経口 ☐ 経管 ☐ 食事 ☐ 水分 ケアマネジャーが考える 在宅生活に必要な要件
		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下食 ☐ ミキサー	
		移動手段	起居動作	整容	排尿	排便	排泄方法	
		☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ おむつ
入院前の本人家族の意向		入院に至る経過・特記事項			記入者	所属 氏名 TEL FAX	職種: 退院前カンファレンスの開催 ☐ 希望あり	

一宮市地域連携アセスメントシート
入院時情報提供先の病院・診療所担当窓口一覧

医療機関名	担当窓口	TEL (局番 0586)	FAX (局番 0586)
一宮市立市民病院	医療福祉相談室	71-1911(代)	71-1922(直)
一宮市立木曽川市民病院	地 域 連 携 室	86-2173(代)	84-3230(直)
総合大雄会病院	医療福祉相談室	72-1211(代)	24-8096(直)
大雄会第一病院	医療福祉相談室	72-1211(代)	26-2092(直)
一宮西病院	医療福祉相談室	52-2273(直)	48-0051(直)
上林記念病院	医療福祉相談室	61-0110(代)	61-5639(代)
いまいせ心療センター	医療福祉相談室	45-2531(代)	44-7411(代)
泰玄会病院	医療福祉相談室	61-2121(代)	62-2611(直)
泰玄会西病院	医療福祉相談室	63-3200(代)	63-3211(代)
千秋病院	医療福祉相談室	77-0012(代)	77-5107(直)
山下病院	入退院支援センター	45-4516(直)	44-8291(直)
尾洲病院	地域サポート課	51-5522(代)	53-6203(直)
いまむら病院	医療相談室	73-8141(代)	73-2172(代)
国井病院	事務局	87-5505(代)	87-2920(代)
愛北ハートクリニック	事務局	81-0555(代)	81-0557(代)
磯村医院	相談室	81-0680(代)	81-0837(代)
いつきクリニックー宮	事務局	47-7005(代)	47-7627(代)
井上内科クリニック	地域連携推進室	64-0003(代)	64-0014(代)
孝友クリニック	地域連携室	75-5559(代)	75-5596(代)

令和5年7月 一宮市在宅医療・介護連携推進協議会

尾張西部医療圏 看護・介護連携シート

下記本人(家族)の同意に基づき、利用者の身体・生活機能等の情報を送付します。

記載日

ふりがな			性別	住所	TEL:	
氏 名			☐ 男 ☐ 女			
生年月日	年	月	日	歳		
障害等認定	☐ 無 ☐ 身障(級) ☐ 精神(級) ☐ 療育 ☐ 特定疾患()					
要介護認定	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 区変中 要支援() 要介護() 居宅事業所() CM()					
診断名 または症状			入院・入所期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで	本人への病名 告知の有無	☐ 無 ☐ 有
経過 (病状説明・ 術式等含む)					既往歴	
連絡先	氏名:		続柄()		電話番号:	
	氏名:		続柄()		電話番号:	
アレルギー	☐ 無 ☐ 有()			感染症	☐ 無 ☐ 有()	
麻痺	☐ 無 ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他()					
視力・聴力	視力(☐ 支障なし ☐ 支障あり) 聴力(☐ 支障なし ☐ 支障あり) 補助具使用 ☐ 無 ☐ 有()					
意思の伝達	☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可			理解力	☐ 無 ☐ 一部あり ☐ 有	
行動・ 心理症状	☐ 無 ☐ 記憶障害 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言暴力 ☐ 抑うつ・不安 ☐ その他の症状 ☐ 幻覚妄想 ☐ 介護抵抗 ☐ 不潔行為 ☐ 徘徊 ☐ 大声 ()					
睡眠障害	☐ 無 ☐ 有(使用薬物:)					
起居動作	立ち上がり(☐ 自立 ☐ 介助) 起上り(☐ 自立 ☐ 介助) ☐ 寝たきり					
移動	☐ 自立 ☐ 介助 補助具(☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子)					
衣服の着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
食事 摂取	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ☐ その他()			栄養剤内容: Kcal / 白湯 ml	
	主食形態	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ 7粥 ☐ 5粥 ☐ 3粥 ☐ 重湯				
	副食形態	☐ 普通 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ ミキサー ☐ その他()			トロミ	☐ かため ☐ 普通 ☐ やわらかめ
口腔	食動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			食事制限	☐ 無 ☐ 有()
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
排泄	義歯使用	☐ 無 ☐ 一部義歯(上・下) ☐ 総義歯				
	自立度	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
		☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ				
	尿意	☐ 有(回) ☐ 無 ☐ 留置カテ(最終交換日 / Fr) ☐ ストマ(交換頻度 回/週)				
便秘	☐ 有(回) ☐ 無 ☐ ストマ(交換頻度 回/週) 最終排便(月 日)					
清潔	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	☐ 入浴 ☐ シャワー ☐ 清拭					
服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
特記事項	直近バイタル T P R BP (測定日 月 日) 身長 cm / 体重 kg (測定日 月 日)					
記入者	所属			責任者	担当者	

尾張西部医療圏病院看護管理者会

相談の窓口があります

医療ソーシャルワーカーのいる医療機関



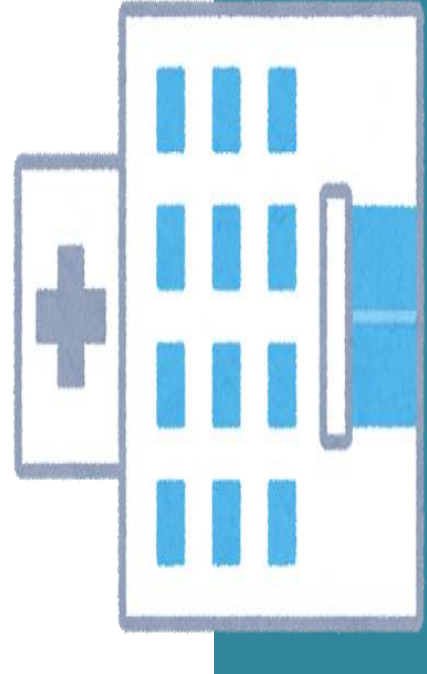
医療ソーシャルワーカーはこんなことができます

突然の病気や怪我で、その治療や療養生活が始まります。患者さん・ご家族は、それぞれの家庭事情なども重なり不安を抱えることも少なくありません。

医療ソーシャルワーカーは、患者さん・ご家族の抱える医療費や生活費などの経済的問題。高齢世帯や、一人暮らし、遠距離介護など社会的問題。病氣と向き合ったり、入院生活への不安や悩みなど心理的問題など、その相談を受け、医師や看護師など院内スタッフとの連絡調整を行います。

また、一宮市役所などの行政機関、医療機関、介護施設などとの懸け橋となり、より良い解決法を一緒に考えていく仕事をしています。

具体的には、通院・入院患者さん・ご家族などに、入退院の相談窓口、介護保険や障害年金などの手続き、退院後の社会復帰・在宅医療介護への橋渡し、リハビリなどの専門病院や、介護施設への入所調整などを担います。私たち医療ソーシャルワーカーは、一宮市の保健・医療・福祉の充実に努めています。



どんな医療機関があるのか知っておきましょう

① 一般病棟

緊急または重症な患者さんに高度で専門的な医療、早期からのリハビリテーションを行う病棟です。入院期間は病状によって異なりますが、おおむね14日以内となります。

② 地域包括ケア病棟（病床）

緊急での治療が終了し、すぐに自宅や施設へ退院するには不安のある患者さんに対し、しばらくの間、療養を継続し、在宅復帰に向けての準備を整えるための病棟です。

在宅復帰支援計画に基づき、主治医をはじめ看護師、リハビリテーションスタッフ、ソーシャルワーカーなどが協力し、患者さんの在宅復帰に向けた準備・相談を行います。

③ 回復期

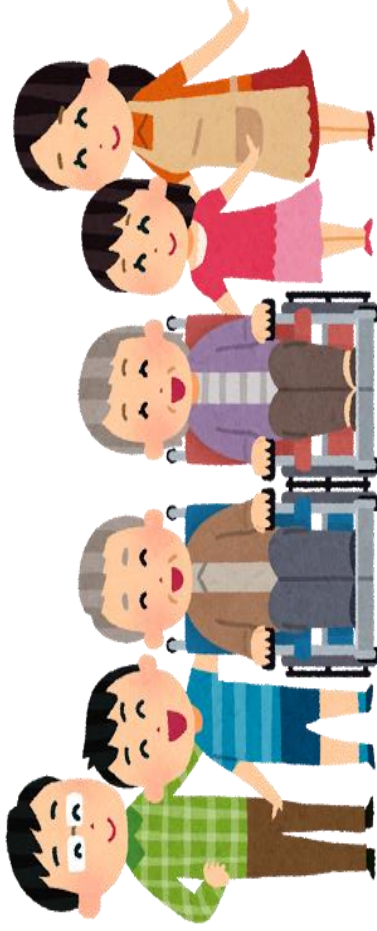
リハビリテーション病棟

緊急での治療が終了し、特定の疾患（脳卒中や、大腿骨の骨折など）の患者さんに対して、食事、更衣、排泄、歩行、会話など日常生活で必要な訓練を行い、寝たきりの防止と、家庭復帰を目的とします。共同医師、看護師、理学療法士、作業療法士などが共同で、リハビリテーションプログラムを作成し、集中的に取り組めます。

⑤ 精神科病棟

統合失調症、うつ病、不眠症、認知症、アルコール依存症などで入院加療を行う病棟です。

治療方法には精神療法、カウンセリング、薬物療法、作業療法などが用いられます。



医療機関名	住所・電話	病棟(病床) 種類					
		一般病棟	地域包括 ケア病棟 (病床)	回復期/ハ ビリ病棟	療養病棟	精神科病 棟	緩和ケア 病棟
一宮市立木曽川市民病院	一宮市木曽川町黒田北野黒165 電話：0586-86-2173	○	○	○	○		
一宮市立市民病院	一宮市文京2-2-22 電話：0586-71-1911	○					○
一宮西病院	一宮市開明平1 電話：0586-52-2273	○		○			○
いまいせ心療センター	一宮市今伊勢町宮後郷中茶原30 電話：0586-45-2531					○	
いまむら病院	一宮市今伊勢町本神戸無量寺東17 電話：0586-73-8141					○	
上林記念病院	一宮市奥町下口西89-1 電話：0586-61-0110	○		○	○	○	
総合大雄会病院	一宮市桜1-9-9 電話：0586-72-1211	○		○			
泰玄会西病院	一宮市小信中島郷中104 電話：0586-63-3200				○		
泰玄会病院	一宮市東五城備前1-1 電話：0586-61-2121	○	○				
大雄会第一病院	一宮市羽衣1-6-12 電話：0586-72-1211	○					
千秋病院	一宮市千秋町塩尻山王1 電話：0586-77-0012	○	○	○	○		
尾洲病院	一宮市浅井町小日比野新太15 電話：0586-51-5522			○	○		
山下病院	一宮市中町1-3-5 電話：0586-45-4516	○	○				
井上内科クリニック	一宮市開明字東沼85 電話：0586-64-0003	○					
孝友クリニック	一宮市北小渕字道上55-1 電話：0586-75-5559	○					
五藤医院	一宮市木曽川町里小牧野方170 電話：0586-87-7800						
松前内科医院	一宮市浅野字紅椋野50-1 電話：0586-81-7001						

参考、引用したデータベース

本ガイドライン作成にあたって、参考としたデータベースを示す

下記 1)～2)

一宮市在宅医療・介護連携推進協議会作成様式（一宮医師会ホームページ掲載）

http://www.ichinomiya.aichi.med.or.jp/home_healthcare/support/

1) 在宅療養時での活用

① 一宮市介護サービス共通診断書（入所、通所等）・・・・・・・・・・12～13

② 主治医・ケアマネジャーFAX連絡票・・・・・・・・・・14

③ 救急患者基本情報シート・・・・・・・・・・15

2) 入院時に活用

一宮市地域連携アセスメントシート・・・・・・・・・・16

入院時情報提供先の病院担当窓口の一覧・・・・・・・・・・17

下記 3)

尾張西部医療圏病院看護管理者会作成様式

3) 尾張西部医療圏 看護・介護連携シート・・・・・・・・・・18

下記 4)

一宮SW連絡会作成様式

4) 医療ソーシャルワーカーのいる医療機関・・・・・・・・・・19
