

久留米市退院調整部会

ワーキングチームによる情報共有シートの作成

ワーキングチームメンバー

医療法人浅倉整形外科医院	浅倉 敏明	社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院	梶原 由美
医療法人かぶとやま会 久留米リハビリテーション病院	柴田 元	いきいきリハビリケアプランサービス	西田 千代香
久留米大学医学部 環境医学講座	石竹 達也	かぶとやまケアプランサービス	赤川 ゆかり
久留米大学病院 医療連携センター	石橋 紀子	久留米弥生ケアプランサービス	中村 祐子
久留米大学医療センター	中島 由佳理	訪問看護ステーションくるめ	歳川 美也子
医療法人かぶとやま会 久留米リハビリテーション病院 地域医療連携室	桑野 博文	久留米西第2包括支援センター	古賀 由美
社会医療法人天神会 新古賀病院 地域医療連携室	大石 恵美子	久留米保健所 健康推進課	伊藤 智美 西田 美鈴

ワーキングチームから見たそれぞれの課題

【ケアマネジャー ⇒ 医療機関】

- ・窓口が分らない。
入院時情報提供書を持っていく場所がわからない。
- ・リハビリからの情報提供書の中で、解釈ができない表現がある。
- ・入院時や退院時に連絡がない場合がある。

【医療機関 ⇒ ケアマネジャー】

- ・担当ケアマネジャーを家族に聞いても知らない事がある。
利用しているサービス事業所から、ケアマネジャーへ連絡を取ってもらう事がある。
- ・市役所に連絡して、担当ケアマネジャーを教えてくださいという事は出来ないのか。

ワーキングチームからの提案

①入院に際しては、『家族⇒ケアマネジャー』へ連絡も視野に入れる。

→**2/15の会議にて具体化**

②退院の際には、退院時カンファレンスを開くことも多いが、急性期医療機関では難しい事もある。しかし退院が決まったら医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師等々、様々であるが速やかに関係機関へ連絡していく事は必須。

③医療機関から市役所に確認した場合、居宅介護支援事業所の名称等は伝える事は可能と思われるが要検討。

→**市より、1/17の会議にて個人情報保護法の関係上不可能。**

- ④ ケアマネジャーが提供していく入院時情報提供書の様式を統一していく。
- ⑤ 医療機関は、ケアマネジャーが相談窓口と分かるように表紙になる様式(退院時情報共有シート)を作成しその中に表す。
- ⑥ 互いの情報提供や連携に係ることで加算に繋がるよう必然性を持たせる。

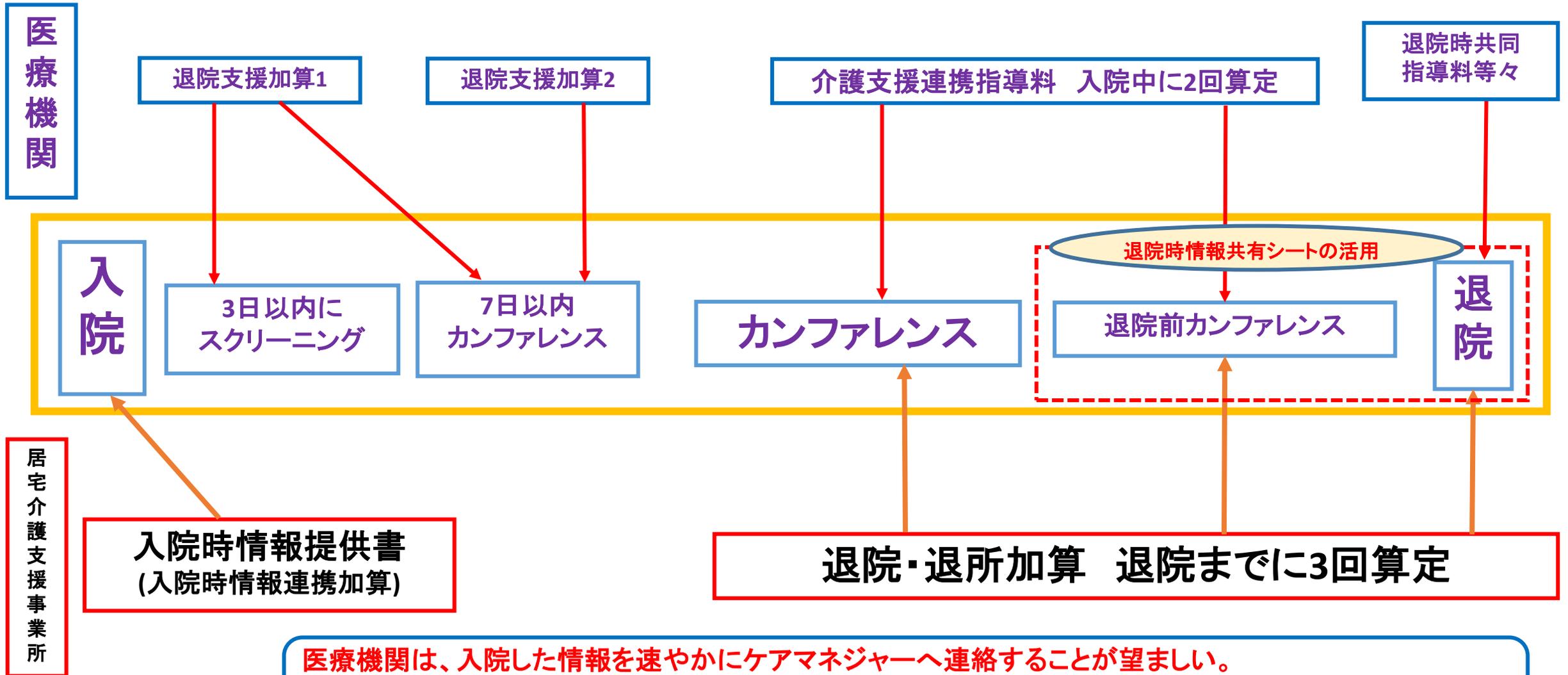
会議のまとめ～実施していくこと～

- ケアマネジャーの『入院時情報提供書』の統一化。
- 市役所への要検討事項(③)については、検討後に結果報告。
- 医療機関が作成する『表紙』については、試作を作成する。
- 各医療機関で、退院要約(サマリー)については内容の見直し。
- 加算算定については、算定できるよう互いの立場の理解。
- 入口(入院)～出口(退院)における連携がルール化していく事で、地域のかかりつけ医との連携も図れる。そのために、今回作成する書式を連携のツールとして位置づけていく。

期待される効果予測

- ・情報共有シートを用いる事で互いに知り得たい情報を得ることができる。
- ・ケアマネジャーが入院時から関与していく事により、退院までの状況把握ができる。
- ・情報共有シートを連携の一つのツールと位置づけ、各職種間の関係づくりに期待できる。
- ・フローチャートに示すように、医療と介護の加算に大きく関与することができる。
- ・入院時にかかりつけ医が明確になる事で、退院後は、そのかかりつけ医へ確実に情報提供をしていくことができる。病床がある医療機関だけでなく退院後は、地域のかかりつけ医へ遅滞なく情報提供していく事ができる。

医療機関入院における介護と医療の加算(報酬)算定フローチャート



医療機関は、入院した情報を速やかにケアマネジャーへ連絡することが望ましい。
しかし、課題として考えられることは、連絡は、地域医療連携室、病棟看護師、退院調整看護師等々、様々である。医療機関により特性もあり、統一性は困難？

情報共有シートの説明

- ① 介護支援専門員からの
入院時情報提供書の統一化

在宅情報提供書

(面談 ・ FAX等)

提供先医療機関：		提出日: H 年 月 日		提供時間：		
ふりがな	生 年 月 日		年 齢	性 別		
氏 名	様 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S		年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住 所	〒 ー		電話番号			
緊急連絡先	氏名	様	続柄	電話番号		
	〒 ー	住所	携帯電話			
家族状況	同居の有無 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 配偶者のみと同居 <input type="checkbox"/> 配偶者と子供と同居 <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 ()		有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 要介護 ()					
主治医	(主治医氏名)		(電話番号)			
(現病歴)		(既往歴)				
障害老人自立度	<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		家族構成			
認知症老人自立度	<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					
健康状態						
社会性						
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> まれに可能 <input type="checkbox"/> できない		視 力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 多少難あり <input type="checkbox"/> 困難		
指示への反応	<input type="checkbox"/> 指示が通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない		聴 力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 多少難あり <input type="checkbox"/> 困難		
項 目	本人の状態			特 記		
A D L	食 事	食事摂取	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			
		摂取方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 他 ()			
		形態	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養		
			副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養		
	飲水	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない				
	排 泄	尿 意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
		便 意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
		失 禁	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
	排 泄 方 法	尿失禁用具	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> ハンズ+パッド <input type="checkbox"/> 紙オムツ+パッド <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他			
		日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他			
更 衣	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他				
	後始末	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
入 浴	上着	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	スポン等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
入浴形態	<input type="checkbox"/> 自宅風呂 <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他					

A D L	皮膚状態	褥瘡 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	整 容	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		口腔 (歯磨き)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	移 動 移 乗	義歯	<input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> 局部義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯	
		起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助	
褥瘡をついた座位保持		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助		
立ち上がり		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
移乗		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動方法	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
	屋内	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバ-カ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		
	屋外	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバ-カ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		
精神状況	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ			
	<input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 (特記事項)			
医療	処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター		
	特別な処置	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル (特記事項)		
住宅環境	住居	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> アパート [設備] エレベーター: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	生活場所	階 [居室] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [寝具] <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド		
	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 簡易トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	浴槽	<input type="checkbox"/> 据え置き式 <input type="checkbox"/> 埋め込み式		
住宅改修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容:			
生活状況	項 目	本人の状態	特 記	
	電話利用	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助			
調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助			
生活歴			趣味	
	(本人)	(家族)		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 級 () 種 障害名 ()			
精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 級			
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用中サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問看護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (事業所名/利用頻度)			
インフォーマルサービス	()			
備考				
*退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。			受領者印	
居宅介護支援事業所名：			担当介護支援専門員：	
連絡先：TEL () -				

②医療機関からの退院支援 情報共有シート

退院支援情報連携シート(案)

【医療機関⇒居宅介護支援事業所】

()⇒()

平成 年 月 日

患者氏名				生年月日		
				年	月	日(歳)
住所				〒		
キーパーソン	氏名				続柄:	
	住所				〒	
入院期間	年 月 日 ~		年 月 日			
カンファレンス出席者	医師				OT	
	看護師				ST	
	MSW				管理栄養士	
	PT				薬剤師	
入院した病名 (主病名)						
退院後の かかりつけ 医	(医療機関名)					
	①				②	
	(次回外来予定日)					
	①				②	

【添付書類】

- 看護要約
- リハビリテーション情報提供書
- 食事情報提供書
- 薬剤情報提供書
- その他

※これらの情報に関し、ご不明な点がございましたら以下へご連絡ください。

医療法人〇〇会 〇〇〇病院 地域連携室 〒 0900-00-0000

平成29年1月17日会議における書類見直しとプレ評価

～久留米リハビリテーション病院にて「退院支援情報連携シート」を活用してみた評価～

平成29年2月15日

プレ実施について

・プレ実施までの経緯

平成29年1月17日 久留米市退院調整部会会議

平成29年1月20日 院内各病棟マネジャー・主任へ報告。

平成29年1月23日 上記責任者と退院支援フローチャートを用い説明。

※.退院支援における退院前カンファレンスを開催した場合に限り「情報連携シート」の活用を試みる。

期間は、1/24～次回会議開催前日までの期日。

実施人数 5名

- ・今回は、プレで行う経緯から、連携室で記載して頂く。

【評価】

- ・居宅介護支援事業所の事業所名があった方がよい。
- ・退院前に渡せるのがベターであるが、カンファレンスを開催するタイミングで早め(退院前1週間)であると、添書関係が退院日になってしまうことがある。
- ・カンファレンス出席者→患者担当スタッフでなくてよいのか？
- ・カンファレンス出席者がフルネームであるため、CMとしては助かる。
- ・シートの内容は、このままでよいと思われる。

在宅情報提供書						
提供先医療機関:		氏名:		提出日: H 年 月 日 提供時間:		
ふりがな	生年月日				年齢	性別
氏名	様		年 月 日		歳	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
住所	〒		電話番号			
	氏名		続柄		電話番号	
緊急連絡先	〒		住所		携帯電話	
	同居の有無		配偶者のみと同居		配偶者と子供と同居	
家族状況	主介護者		支援状況			
	介護保険		要支援 ()		有効期限	
主治医	要介護 ()		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
	(現病歴)		(既往歴)			
障害老人 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		家族構成			
認知症老人 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					
健康 状態						
社会性						
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> まれに可能 <input type="checkbox"/> できない		視力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 多少難あり <input type="checkbox"/> 困難		
指示への反応	<input type="checkbox"/> 指示が通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない		聴力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 多少難あり <input type="checkbox"/> 困難		
項目	本人の状態		特記			
食	食事摂取	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 他 ()				
形	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
飲	飲水	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない				
	尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
便	便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
	失禁	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
尿	尿失禁用具	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> ハンツ+パッド				
		<input type="checkbox"/> 紙オムツ+パッド <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他				
排	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他				
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他				
泄	後始末	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
入	上着	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	ズボン等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
浴	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
入浴形態	<input type="checkbox"/> 自宅風呂 <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他					

A D L	皮膚状態	褥瘡	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
		皮膚疾患	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	整容	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		口腔(歯磨き)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動 移乗	義歯	<input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> 局部義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
	両足をついた 床から起す	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助		
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動 方法	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動 方法	屋内	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーク <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		
	屋外	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーク <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		
精神 状況	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ			
	<input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為			
	(特記事項)			
医療	処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスビレーター		
	特別な処置	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル		
	(特記事項)			
住 宅 環 境	住居	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> [設備] エレベーター: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	生活場所	階 <input type="checkbox"/> [居室] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> [寝具] <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド		
	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 簡易トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	浴槽	<input type="checkbox"/> 据え置き式 <input type="checkbox"/> 埋め込み式		
	住宅改修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容:		
生活 状況	項目	本人の状態	特記	
生活 状況	電話利用	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助		
生活 歴	(本人)		(家族)	
主訴				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 級 () 種 障害名 ()			
精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 級			
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用 サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売			
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導			
	(事業所名/利用頻度)			
	<input type="checkbox"/> インフォーマルサービス ()			
備考				

○は、前回会議により追加

- 【その他】
- ・既往歴に手術日や病院とかの記載。
 - ・食事はカロリーとか(デイ利用時等)もあれば助かるが..
 - カロリーまでは難しい。
 - ・ペグ等の計画栄養は特記に記載。
 - ・ケアプランに際しては病院からケアマネへ依頼。

*退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。
 居宅介護支援事業所名: _____ 担当介護支援専門員: _____
 連絡先: TEL () - _____

退院支援情報連携シート(案)

【医療機関⇒居宅介護支援事業所】
()⇒()

平成 年 月 日

患者氏名	生年月日		
	年	月	日(歳)
住所	〒		
キーパーソン	氏名	続柄:	
	住所	〒	

入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

カンファレンス出席者	医師	OT
	看護師	ST
	MSW	管理栄養士
	PT	薬剤師

入院した病名(主病名)

退院後のかかりつけ医	(医療機関名)			
	①		②	
	(次回外来予定日)			
	①		②	

【添付書類】

看護要約

リハビリテーション情報提供書

食事情報提供書

薬剤情報提供書

その他

・フローチャートで示すように、病院側より退院日が決定している状態、若しくは退院日当日に、ケアマネジャーへ情報提供していくための添付書類の表紙になる。

※.退院が近い状態では、退院時カンファレンスが行われることが多い。その際に、渡すことができれば一番良いと考える。

※.ケアマネジャーへの連絡は、退院日が決まれば速やかに連絡しておくことが必須。

・このシート以下には、どのような情報が添付されているかがわかるようにしている。いわゆる『表紙』である。

ケアマネジャーより、書式へ記載する要項の中で、担当する患者に関わる職種とスタッフのフルネームが必要であるとの事。

このシート以下の添付書類にチェックをする。さらに、医療機関において、窓口を定め、質問等の対応に応える事ができるように連絡先を記載しておく。