

朝霞地区 入退院支援の手引き

～入退院支援ルール～

医療と介護の
切れ目ない連携をめざして



©むさしのフロントあさか



©(財)志木市文化スポーツ振興公社
「カパル」



和光市イメージキャラクター
「わこうっち」



新座市イメージキャラクター
「ソウキリン」

令和3年 3月

朝霞市・志木市・和光市・新座市・朝霞地区医師会

私たちがめざす入退院支援の姿

○
○
入退院の際に、医療機関、介護事業所が協働し情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護・福祉等サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の方が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

目 次

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| 1 | はじめに | 1 |
| 2 | 入退院支援ルール作成の背景・理由 | 2 |
| 3 | 朝霞地区の入退院支援に係る医療・介護連携の現状と課題・取組 | 3 |
| 4 | 入退院支援が必要な対象者 | 4 |
| 5 | 朝霞地区入退院支援の流れ | 5 |
| 6 | 支援の担当者 | 6 |
| 7 | 入退院支援の担当窓口 | 6 |
| 8 | 連携にあたってのマナー・エチケット | 7 |
| 9 | 本人・家族への周知 | 9 |

〈参考様式〉

- ①入院時の情報提供書類
- ②退院・退所時の情報提供書類
- ③ご利用者・ご家族の方へのお願い（周知用チラシ）

〈参考資料〉

入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬

〈その他〉

- ①朝霞地区入退院支援ルール作成会議経過
- ②朝霞地区入退院支援ルール作成会議委員名簿

1 はじめに

現在朝霞地区では、入退院に係る病院関係者と在宅関係者の患者情報共有等のルールは文明化されずに運用をしており、担当者が替わった際にルールが引き継がれず、運用が途絶えるといった状況が見られます。このことから、入退院支援に関して病院関係者と在宅関係者双方が合意したルールをマニュアルなどの形で明文化し、システムとして機能させることが必要と考えました。

「朝霞地区入退院支援の手引き～入退院支援ルール～」は、患者さんが入院・退院する際に病院等の医療関係者と在宅関係者が連携して、在宅での生活や療養に困る方や家族がいない方などを地域ぐるみで支えるためのツールの一つとして作成しました。この手引きが地域全体での支援の一助となれば幸いです。

なお、この手引きに掲載している入院時の情報提供書類、退院・退所時の情報提供書類は、朝霞地区の医療と介護の連携ツールとして共通様式を作成しましたが、既に各機関で作成されている様式の使用を妨げるものではありません。地域で「入退院時の情報提供書類」の様式が統一されていると、関係機関は患者情報を把握しやすくなります。可能な限り、積極的に共通様式をご活用していただきますよう御協力をお願いいたします。



2 入退院支援ルール作成の背景・理由

高齢期になると加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活において、医療や介護が必要になることや、容態が急変して入院することもあります。また、退院後は在宅医療や介護が必要となる場合や、あるいは在宅療養中に容態が急変したり、自然な経過の中で看取りに至ることも想定されます。ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最後まで生活できるように支援していく必要があります。

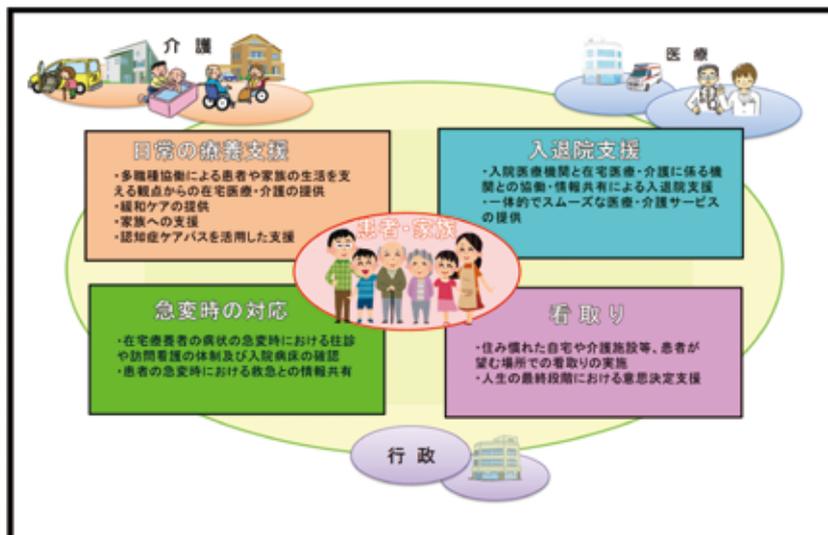
(図1 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ)



出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3（厚生労働省）より

最期まで住み慣れた自宅等で自分らしい生活を続けるためには、医療と介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく連携することが必要です。そこで、在宅での療養を希望する患者が療養を続けていくためには、病院と地域をつなぐ円滑な「①入退院支援」「②多職種協働による日常の療養生活の支援」「③急変時の対応」「④患者が望む場所での看取り」の体制整備が必要です。4つの体制づくりの内、今回は「入退院支援ルール」の作成に取り組みます。

(図2 在宅医療と介護連携イメージ (在宅医療の4場面別に見た連携の推進))



出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3（厚生労働省）より一部修正

3 朝霞地区の入退院支援に係る医療・介護連携の現状と課題・取組

4市では、在宅医療・介護連携推進会議や情報交換会において、入退院支援に係る医療・介護連携に関する意見が出されていたことから、共通の課題として捉え、朝霞地区入退院支援のルール作りに取り組むこととなりました。（表1）

（表1）入退院支援に係る医療・介護連携に関する現状と課題・取組み

| 朝霞地区4市の医療・介護連携会議や情報交換会で出ている主な意見 | 課題 | 取 り 組 み |
|--|----------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ケアマネから、患者情報を教えてほしいと連絡があっても、個人情報で教えられないことがあり面接するよう勧めている 認知症や精神疾患の情報が得られにくいため連携が取りづらい 個人情報と言って情報共有を断られてしまう病院がある | 個人情報が絡むと連携がとりにくい | <p>朝霞地区入退院支援ルールづくり</p> <p>朝霞地区版入退院支援ルール（入退院支援のながれ、地域・医療機関の役割）の作成</p> <p>入退院支援に係る情報共通様式の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入院時情報提供書（ケアマネ⇒医療機関） ○退院・退所時情報提供書（医療機関⇒ケアマネ） <p>入退院支援関係機関一覧の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町村、保健所 ・医療機関 ・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・訪問看護ステーション ・薬局 ・医師会地域包括ケア支援室 ・在宅歯科医療推進窓口 等 <p>ご本人・ご家族への入退院支援についての周知方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ○チラシ作成 <p>連携にあたってのマナー・エチケットについての検討</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> 包括支援センターから情報を口頭でなく、書面で欲しい 退院サマリーを依頼しないともらえない サマリーの情報が不足している（サマリーがあつたりなかったりする） 連絡手段は何がいいかわからない | 情報の伝達方法やルール | |
| <ul style="list-style-type: none"> 医師の判断で突然の退院があるため、退院カンファレンスが開けないことがある 退院近くに初めて担当依頼の連絡が入り、調整が間に合わなかったり、家族からの連絡で退院を知ることがある 退院が急すぎて、サービス利用が間に合わない 事前の連絡がなく退院していることがある。急に退院するから調整するように言われて困る 情報が入るのが遅い 退院時のカンファレンスに呼ばれない | 退院日の周知調整について | |
| <ul style="list-style-type: none"> ケアマネが訪問しやすい環境づくり（退院前カンファレンスや回復期の定期カンファレンス、リハビリ見学をさせて欲しい） 他の職種に対する遠慮がある 医師や歯科医師は連携の必要性は分かるが実際に困っていることは少ない 医療知識に自信がなく不安。こんなこと聞いていいのかとためらう | 病院の敷居が高い | |
| <ul style="list-style-type: none"> 様式を独自に作っている。共有できるものがあつたらよい 情報共有できる仕組みツールがもっと簡便に自由に使えるようになるとよい 情報共有のためのツールの標準化 入退院に関する共通のツールがない 連携を取りたいが決まったルールがないのでどうやってとるのがわからない ケアマネが生活実態を医師に伝えるためのツールがない | 連携のツールがない | |
| <ul style="list-style-type: none"> ケアマネ、病院の連携担当者がそれぞれに欲しい情報について、教えて欲しい ケアマネとして知っておきたい情報（今後の予定、注意すべきこと、連携の窓口、退院予定日、ADL、感染症の有無、転院情報、退院の見直し、カンファレンス予定など） 転院時、回復期の病院にも入院時情報提供書をいただきたい 医療職と介護職が見ている情報の相違があると感じている | 伝える必要のある情報がわからない | |
| <ul style="list-style-type: none"> 入院中に在宅での生活が継続できるかどうかのカンファレンスを開催してほしい。 在宅生活以前に、問題の多いケースがあるので、入院当初からのアセスメントや教育なども病院内ですてほしい 医療側が介護を受けている方の情報（介護度など）が分からない（知らない） 病院スタッフの在宅へのイメージ、生活の視点にスレがある | 「患者の在宅生活が可能かどうか」見極めが十分ではない | |
| <ul style="list-style-type: none"> 病院内の連携体制を確立して欲しい（病棟により対応がちがう） 地域包括支援センターの担当者がわからない（人事異動等で人がかわる） お互いの業務内容を理解していない（顔の見える関係を作りたい） 医療機関にいつ（曜日や時間帯）連絡したらいいかわからない 相談窓口やケアプラン送付の窓口が分かりにくい | 連携の窓口や体制を整えて欲しい | |
| <ul style="list-style-type: none"> 家族、本人がケアマネの名前がわからず時間がかかる 担当ケアマネの名前がわからない（知らない） | 家族・本人がケアマネを把握していない | |

4 入退院支援が必要な対象者

在宅から入院し在宅へ退院する患者で、下記のいずれかに該当する場合

ア 入院前にケアマネジャーが決まっていた患者

イ 入院前にケアマネジャーは決まっていないが、退院支援が必要な患者の目安（表2）に該当する（退院後に介護サービスの利用が見込まれる）患者

（表2） 退院調整が必要な患者の目安

| | |
|-------------------|--|
| <p>身体的・精神的な項目</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1 医療管理が必要 <ul style="list-style-type: none"> ・医療処置（人工呼吸、経管栄養、吸引など）が必要 ・訪問診療、訪問看護、訪問リハビリが必要 ・終末期、看取りが必要 ・なんらかの服薬管理が必要 ・摂食嚥下機能の低下があり、栄養管理が必要 2 入院前に比べADLが低下 <ul style="list-style-type: none"> ・立ち上がりや歩行などに介助が必要 ・食事に介助が必要 ・排泄に介助が必要 ・入浴に介助が必要 3 退院後介護サービスの利用が必要 4 精神面、知的面での問題があり支援が必要 （理解力低下、認知症による周辺症状、うつ病 等） 5 入退院の繰り返しがある |
| <p>環境的な項目</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1 一人暮らし 2 高齢者のみ世帯 3 介護上の問題 <ul style="list-style-type: none"> ・日中一人である ・家族の介護力不足 ・家族の理解がない 4 経済的な問題 （医療保険未加入、生活困窮者 等） 5 虐待を受けている又はその疑いがある |

（留意事項）

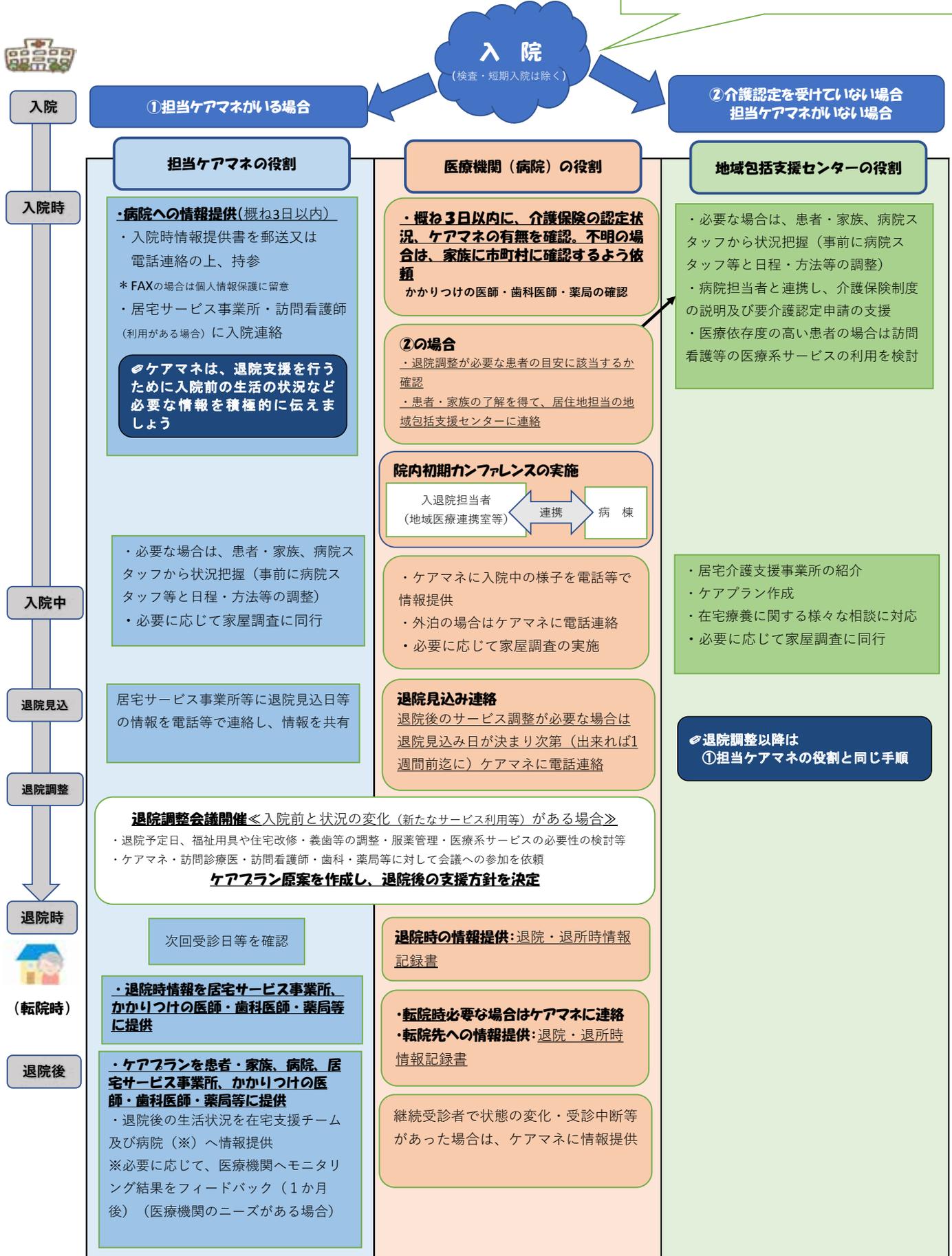
要介護・要支援の認定を受けた方については介護保険が優先されますが、厚生労働大臣が定める疾病等に該当する場合や特別訪問看護指示期間にある患者は、医療保険により訪問看護が提供されます。また、40歳未満の患者が医療保険により訪問看護が提供されるケースがあります。

介護保険だけでなく医療保険により訪問看護が提供される場合にも、この支援ルールを参考に訪問看護ステーション等と連携することが大切です。

5 朝霞地区入退院支援の流れ

～普段から本人・家族に対して～
 「ご利用者・ご家族の方へのお願い（9ページ参照）」の活用
 ①「通院・入院時あんしんセット」を周知
 ②入院した場合には、担当ケアマネへの連絡と、病院側に担当ケアマネがいることを伝えるように依頼
 ③退院の目処がいたら出来るだけ早く担当ケアマネに連絡するよう依頼

注：下線の項目は大切な役割を表記しています。
 表中のケアマネジャーの表記は「ケアマネ」と略しています。



6 支援の担当者

- ア 居宅介護支援事業所のケアマネジャー
- イ 地域包括支援センターの担当者
- ウ 訪問看護ステーションの担当者
- エ 病院担当者（病院及び有床診療所における入退院支援担当者）
- オ 歯科・薬局等の関係者
- カ 市町村（介護保険担当者） 等

7 入退院支援の担当窓口

- ア 保険者（市町村介護保険担当）
- イ 朝霞保健所（特定疾患、難病担当）
- ウ 医療機関（病院・有床診療所）
- エ 介護サービス事業所
（居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション）
- オ 在宅医療連携拠点（朝霞地区医師会の場合：地域包括ケア支援室のこと）
- カ 在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口
- キ 朝霞地区薬剤師会連携窓口

※詳細は、別冊 朝霞地区入退院支援ルールに係る関係機関一覧 参照

8 連携にあたってのマナー・エチケット

～連携は、心くばり(思いやり・歩み寄り・対話)から～

退院支援は、入院(前)から始まっています。そして退院後の連携も大切です。緊急時の信頼関係は普段のコミュニケーション、顔のみえる関係づくりから築かれるものです。

全ての職種の皆様へ

- ①お互いに思いやりを持ち、丁寧な対応を心がけましょう。
職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりを持って理解し、丁寧な対応を心がけましょう。
- ②お互いの視点を大切に、わかりやすく簡潔に相手に伝えましょう。
相手が必要としている情報をなるべく専門用語を使わずに提供しましょう。
- ③他の職種と連携を取る時にはどの程度急ぐ用件か相手に伝えましょう。
- ④担当者が不在でも相談できる体制を整えておきましょう。

医師の皆様へ

- ①ケアマネジャーは医師を頼りにしています。
ケアマネジャーは患者・家族にとって身近な存在であり、生活状況などを把握しています。その情報や要件を簡潔にまとめ、受診同行・文書・電話・MCS等で伝えるよう努めています。その際には、ケアマネジャーの話に耳を傾けましょう。
- ②介護サービスに必要な書類は、できるだけ早く作成することを心がけましょう。
介護サービスに必要な書類を早く作成していただくことで、患者が早く介護サービスを利用することができます。また、生活上の制限などの指示事項も記載していただく介護サービス事業所の参考になり円滑な支援に繋がります。

病院スタッフの皆様へ

- ①退院日の目処を早めにケアマネジャーに知らせましょう。
サービス調整をするには、時間がかかるため、退院日の目処を早めにケアマネジャーへ知らせましょう。
- ②地域包括支援センターをご利用ください。
介護サービスが必要か迷う場合や介護保険未申請、要支援、ケアマネジャーが決まっていない場合などは、患者さんのお住まいの地区を担当する地域包括支援センターへ相談しましょう。
(別冊:朝霞地区入退院支援ルールに係る関係機関一覧 2ページ参照)

ケアマネジャーの皆様へ

①在宅療養時から準備をしましょう。

- ・急な入院等を想定し、医療機関への情報提供に備え、利用者の状況を把握しておきましょう。
- ・「ご利用者・ご家族の方へのお願い」を活用し、本人・家族等から入院情報が得られるようにしておきましょう。併せて、医療機関等と連携して支援を行うため個人情報取得及び提供を行うことを説明し、同意を得ておきましょう。

②入退院時における支援プロセスを意識し、連携を取りましょう。

《入院時》

- ・入院医療機関に連絡をし、利用者(患者)の担当ケアマネジャーであることを伝え、情報提供の方法(訪問・FAX等)や担当者を確認、速やかに「入院時情報提供書」等を利用し情報提供を行いましょう。その際、退院時に欲しい情報も伝えましょう。
- ・利用者が関わっている全ての関係者に入院したことを連絡しましょう。

《入院中》

- ・訪問の際は、アポイントメントを取り、日時・目的などを伝えましょう。その際、ケアマネジャーの要望を伝えましょう。

例)本人・家族が同意の場合、病状説明の同席
カンファレンス開催時の参加希望の有無
退院情報提供の依頼(その方法等)
家屋調査等、退院前訪問指導実施の連絡

- ・必要に応じてサービス担当者会議を病院の協力を得て開催しましょう。
- ・退院に備えて病状についての情報収集をしておきましょう。
- ・退院が決まったら本人・家族又は医療機関から情報が得られるようにしておきましょう。

③退院時カンファレンスの内容などを在宅ケアチームと情報共有しましょう。

- ・退院時カンファレンスの内容など、取得した情報を在宅ケアチーム(介護サービス事業所、かかりつけの医師・歯科医師・薬局等)に速やかに情報提供しましょう。
- ・医療機関からもらった退院時の各種情報提供書類(診療情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリー、栄養サマリー等)は、取り扱いに注意し連携が必要な関係者との情報共有に活用しましょう。
- ・医療機関からの情報提供様式は様々であることを理解しておきましょう。

④一人で判断せず、医療機関スタッフ(専門職)の助言や職場の同僚等に助言をもらいましょう。

9 本人・家族への周知

入院の際に本人・家族を介して医療機関とケアマネジャーのつながりが開始されることで、より円滑な連携に役立ちます。「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れておくことで、ケアマネジャーへの連絡が早くなります。また、日頃から本人・家族に対して、入院した時は、なるべく早く担当ケアマネジャーに連絡するようお願いしておくことも大切です。

ご利用者・ご家族の方への

お願い

✿ 普段から・・・

通院・入院時あんしんセットを一緒のケース等に入れておきましょう。

- 医療保険証 各種受給者証 介護保険証
- 診察券（各医療機関のもの）
- 担当ケアマネジャーの名刺 お薬手帳
- 私の意志表示ノート（エンディングノート）
※作成している場合
- 緊急時連絡先



☆入院した時

☆病院から

連絡がきた時

☆退院が決まった時

ケアマネジャーに
電話ください

〇〇居宅介護事業所

ケアマネジャー 氏名

電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

朝霞市・志木市・和光市・新座市・朝霞地区医師会

〈参考様式〉

①入院時の情報提供書類

- ・ 入院時情報提供送付状
- ・ 入院時情報提供書（朝霞地区共通様式【厚生労働省版】）
- ・ 記入見本

②退院・退所時の情報提供書類

- ・ 退院・退所時情報提供送付状
- ・ 退院・退所情報記録書（朝霞地区共通様式【厚生労働省版】）
- ・ 記入見本

③ご利用者・ご家族の方へのお願い（周知用チラシ）

朝霞地区医師会ホームページ(<http://www.asakamed.com>)



地域包括ケア支援室 開設のご案内

入退院支援ルール より

朝霞地区入退院支援の手引き・参考様式はダウンロードできます。

〈参考資料〉

入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬

入院時情報提供送付状

(担当ケアマネジャー ⇒ 医療機関)

医療機関名：

ご担当者名：

御中

居宅介護事業所名：

担当ケアマネジャー：

利用者/家族の同意に基づき、在宅時の医療状況および利用者情報（身体・生活機能など）を送付しますので、是非ご活用ください。

なお、退院にあたりましては途切れのない支援の必要性から、ケアマネジャーからの希望についてご配慮いただければ幸いです。

1. 在宅時の医療状況について

| | | |
|-----------|--------------|---|
| かかりつけ医 | 医療機関名 医師名 | 電話番号 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度 () 回/月 |
| かかりつけ歯科医 | 医療機関名 医師名 | 電話番号 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 |
| かかりつけ薬局 | 薬局名 薬剤師名 | 電話番号 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導等既に介入あり |
| 訪問看護・リハビリ | 事業所名 担当者名 | 電話番号 頻度 () 回/月 |

2. ケアマネジャーからの希望

①カンファレンス等について

| | |
|---------------------|---------------------------------------|
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり |
| 「退院前カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望： |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | <input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望： |

②退院時にいただきたい情報

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 医療情報 <input type="checkbox"/> 看護情報 <input type="checkbox"/> リハビリテーション情報 <input type="checkbox"/> 栄養情報 <input type="checkbox"/> お薬情報 <input type="checkbox"/> その他 () |
|--|

入院時情報提供書

記入日：____年__月__日 入院日：____年__月__日 情報提供日：____年__月__日

1. 利用者（患者）基本情報について

| | | | | | |
|----------------|---|------|------------------|--|---|
| 利用者氏名 | (フリガナ) | 年齢 | 歳 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | | 生年月日 | 明・大・昭____年__月__日 | | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | | | |
| 住環境 | <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ____階建て 居室____階 エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 特記事項 () | | | | |
| 入院時の要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期限：____年__月__日～____年__月__日 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | | | <input type="checkbox"/> 医師の判断 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断 |
| 介護保険の自己負担割合 | <input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明 | | 障害等認定 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的) | |
| ※年金等の種類 | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |

2. 家族構成／連絡先／在宅生活の展望について

| | | | |
|------|---|--|---|
| 世帯構成 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (__人暮らし) <input type="checkbox"/> その他 () ※ <input type="checkbox"/> 日中独居 | 主介護者 氏名 | 続柄 () |
| | 【ジェノグラム】 | キーパーソン 氏名 | TEL: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
| | | 退院後の世帯状況 | <input type="checkbox"/> 入院前と同じ <input type="checkbox"/> その他 () |
| | | その他 | 家族同居者による虐待の疑い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 世帯に対する配慮 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 |
| | | 性別：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 本人：二重マーク (キーパーソン：☆ 死亡：塗潰し 同居：○で囲む) | |
| ※介護力 | <input type="checkbox"/> 介護力が見込める (十分 ・ 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない | | |

3. 本人／家族の意向について

| | |
|---------------------|---|
| 本人の趣味・興味 関心領域等 | |
| 本人の生活歴 | |
| 入院前の本人の 生活に関する意向 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画 (1) 参照 |
| 入院前の家族の 生活に関する意向 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画 (1) 参照 |

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

| | |
|---------------------|---|
| 入院前の介護サービスの 利用状況 | <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表参照 <input type="checkbox"/> その他 () |
|---------------------|---|

※ = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

5. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

| | | | | |
|-----------------|-----------|--|--------------------|---|
| 麻痺の状況 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 | 褥瘡の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () |
| ADL | 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 起居動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | (室内) | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 (室外) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 |
| 食事内容 | 食事回数 | ___回/日 (朝__時頃・昼__時頃・夜__時頃) | 食事制限 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー | 水分制限 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 摂取方法 | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 | 水分とろみ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 UDF等の食形態区分 |
| 口腔 | 嚥下機能 | <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる | 義歯 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部分・総) |
| | 口腔清潔 | <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 | 口臭 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 排泄 | 排尿 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | ポータブルトイレ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 |
| | 排便 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | オムツ/パット | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 |
| 睡眠状態 | | <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 () | 眠剤の使用 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 喫煙 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ___本位/日 | 飲酒 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ___合位/日 |
| コミュニケーション能力 | 視力 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | 眼鏡 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | 補聴器 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 言語 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | コミュニケーションに関する特記事項： | |
| | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | | |
| 精神面における療養上の問題 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| ※疾患歴 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| ※入院歴 | 最近半年間での入院 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (理由： _____ 期間： 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| | 入院頻度 | <input type="checkbox"/> 頻度は高く繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて | | |
| ※入院前に実施している医療処置 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ (<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿路) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 () | | |

6. お薬について

| | | | |
|------|---|----------|--|
| 内服薬 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種：) |
| 薬剤管理 | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： _____ 管理方法： _____) | | |
| 服薬状況 | <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 | | |
| 特記事項 | | | |

※ = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

記入見本

入院時情報提供送付状

(担当ケアマネジャー ⇒ 医療機関)

医療機関名：

ご担当者名：

御中

居宅介護事業所名：

担当ケアマネジャー：

利用者/家族の同意に基づき、在宅時の医療状況および利用者情報（身体・生活機能など）を送付しますので、是非ご活用ください。

なお、退院にあたりましては途切れのない支援の必要性から、ケアマネジャーからの希望についてご配慮いただければ幸いです。

1. 在宅時の医療状況について

| | | |
|-----------|-------------------------------|---|
| かかりつけ医 | 医療機関名 ○○○クリニック 医師名 □□ ▼▼▼ | 電話番号 048-○△×-□○△□ <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度 () 回/月 |
| かかりつけ歯科医 | 医療機関名 □□□歯科クリニック 医師名 ○○ □□ | 電話番号 048-○△×-△□○▼ <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 |
| かかりつけ薬局 | 薬局名 △△△薬局 薬剤師名 ○△ □○ | 電話番号 048-△□○-□○▼○ <input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導等既に介入あり |
| 訪問看護・リハビリ | 事業所名 担当者名 | 電話番号 頻度 () 回/月 |

2. ケアマネジャーからの希望

①カンファレンス等について

| | |
|---------------------|--|
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり |
| 「退院前カンファレンス」への参加 | <input checked="" type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望：14時以降を希望 |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | <input checked="" type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望：日にちが決まったらすぐに教えてほしい |

②退院時にいただきたい情報

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 医療情報 <input checked="" type="checkbox"/> 看護情報 <input type="checkbox"/> リハビリテーション情報 <input type="checkbox"/> 栄養情報 <input checked="" type="checkbox"/> お薬情報 |
| <input type="checkbox"/> その他 () |

記入見本

朝霞地区共通様式【厚生労働省版】

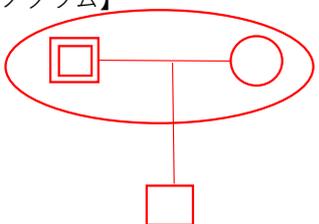
入院時情報提供書

記入日：____年__月__日 入院日：____年__月__日 情報提供日：____年__月__日

1. 利用者（患者）基本情報について

| | | | | | |
|----------------|--|------|--|---|--|
| 利用者氏名 | (フリガナ) アサカチク タロウ 朝霞地区 太郎 | 年齢 | 80歳 | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | | 生年月日 | 明・大・ 昭 16年 5月 5日 | | |
| 住所 | 〒351-0033 朝霞市〇〇〇 1-1-1 | 電話番号 | 048-〇×△-〇〇〇〇 | | |
| 住環境 | <input type="checkbox"/> 戸建て <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 <u>3</u> 階建て 居室 <u>2</u> 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 特記事項 (室内には段差が多い) | | | | |
| 入院時の要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1) 有効期限：2020年 〇月 ▽日 ~ 2020年 〇月 △日 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | <input type="checkbox"/> 医師の判断 | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 | | <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断 | | |
| 介護保険の自己負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明 | | 障害等認定 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的) | |
| ※年金等の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |

2. 家族構成／連絡先／在宅生活の展望について

| | | | | |
|------|---|---|--|--|
| 世帯構成 | <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (一人暮らし) <input type="checkbox"/> その他 () ※ <input type="checkbox"/> 日中独居 | 主介護者 氏名 | 朝霞地区 花子 続柄(妻) | |
| | 【ジェノグラム】  性別：男□女○ 本人：二重マーク (キーパーソン：☆ 死亡：塗潰し 同居：○で囲む) | TEL： 048-〇×△-〇〇〇〇 | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | |
| | | キーパーソン 氏名 | 朝霞地区 一郎 続柄(長男) | |
| | | TEL： 048-〇×△-〇〇〇× | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 | |
| | 退院後の世帯状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 入院前と同じ <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | その他 | 家族同居者による虐待の疑い <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 世帯に対する配慮 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 | | |
| ※介護力 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める (十分・一 部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない | | | |

3. 本人／家族の意向について

| | |
|---------------------|---|
| 本人の趣味・興味 関心領域等 | 趣味： 囲碁 地域の 囲碁サロン では 中心的な存在 (本人の強みに焦点をあてた情報) |
| 本人の生活歴 | 25年前より、息子の結婚を機に夫婦二人暮らし。夫婦関係は良好。 |
| 入院前の本人の 生活に関する意向 | 家族と自宅で過ごしたい <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画 (1) 参照 |
| 入院前の家族の 生活に関する意向 | 本人の意向に沿ってあげたい <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画 (1) 参照 |

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

| | |
|---------------------|---|
| 入院前の介護サービスの 利用状況 | ディサービス利用 1回/週 (水曜日) <input type="checkbox"/> 同封居宅サービス計画書1.2.3表参照 <input type="checkbox"/> その他 () |
|---------------------|---|

※ = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

5. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

| | | | | | |
|-----------------|-----------|--|-------|--|--|
| 麻痺の状況 | | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 | 褥瘡の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | |
| ADL | 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 食事 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 起居動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | (室内) | <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 | |
| | | | (室外) | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 | |
| 食事内容 | 食事回数 | 3 回/日 (朝 7 時頃・昼 1 2 時頃・夜 1 8 時頃) | | 食事制限 | <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 食事形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> さざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー | | 水分制限 | <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 摂取方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 | 水分とろみ | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | UDF等の食形態区分 |
| 口腔 | 嚥下機能 | <input checked="" type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる | | 義歯 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<u>部分</u> ・総) |
| | 口腔清潔 | <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 | | 口臭 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 排泄 | 排尿 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | ポータブルトイレ | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 |
| | 排便 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | オムツ/パット | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 |
| 睡眠状態 | | <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 () | | 眠剤の使用 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 喫煙 | | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ___本位/日 | | 飲酒 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ___合位/日 |
| コミュニケーション能力 | 視力 | <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | | 眼鏡 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | | 補聴器 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 言語 | <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | | コミュニケーションに関する特記事項： ゆっくり話す | |
| | 意思疎通 | <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | | | |
| 精神面における療養上の問題 | | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| ※疾患歴 | | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| ※入院歴 | 最近半年間での入院 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (理由: <u>肺炎</u> 期間: <u>R2年7月△日</u> ~ <u>R2年8月□日</u>) <input type="checkbox"/> 不明 | | | |
| | 入院頻度 | <input type="checkbox"/> 頻度は高く繰り返している <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて | | | |
| ※入院前に実施している医療処置 | | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ (<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿路) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

例) UDFの区分
 ・容易にかめる
 ・歯茎でつぶせる
 ・舌でつぶせる
 ・かまなくてよい

6. お薬について

| | | | |
|------|--|----------|---|
| 内服薬 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (お薬手帳参照) | 居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種:) |
| 薬剤管理 | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: <u>妻</u> 管理方法:) | | |
| 服薬状況 | <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 | | |
| 特記事項 | | | |

※ = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所時情報提供送付状

(医療機関 ⇒ 担当ケアマネジャー)

居宅介護事業所名：

担当ケアマネジャー：

TEL：

FAX：

御中

医療機関名：

TEL：

問合せ先

所属：

担当者：

患者/家族の同意に基づき、退院・退所時利用者情報を送付しますので、連携している関係者との情報共有をお願いします。

【提供情報の内容】

自院使用の退院時の情報提供書類（以下の内容に）

診療情報提供書

看護サマリー

リハビリテーションサマリー

薬剤管理サマリー（お薬情報・お薬の説明書・お薬についてのお知らせ）

栄養情報提供書

その他

（ ）

退院・退所情報記録書（朝霞地区共通様式【厚生労働省版】）

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状況 等

記入日： 年 月 日

| | | | | | | |
|----------------------------|---|--|----------------------|---|--|--|
| 属性 | フリガナ | | 性別 | 年齢 | 退院（所）時の要介護度（ <input type="checkbox"/> 要区分変更） | |
| | 氏名 | | 男・女 | 歳 | <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし | |
| 入院概要 | 入院期間 | 入院（所）日： 年 月 日 | | 退院（所）予定日： 年 月 日 | | |
| | 入院原因疾患 （入院目的等） | | | | | |
| | 入院(入所)先 | 施設名： 棟 室 | | | | |
| | 退院後の医療機関 | 医療機関名 | 方法 | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 | | |
| ① 疾患と 入院 中の 状況 | 現在治療中の疾患 | | 疾患の状況 | <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定（ ） | | |
| | 移動手段 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| | 排泄方法 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ（ ） | | | | |
| | 入浴方法 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず | | | | |
| | 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| | 嚥下機能（むせ） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（時々・常に） | | 義歯 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（一部・全部） | |
| | <input type="checkbox"/> 腔清潔 | <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 | | | 入院（所）中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| | <input type="checkbox"/> 腔ケア | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | |
| | 睡眠 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | | | 眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| | 認知・精神 | <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| ② 受け止め 意向 | 病気、障害、後遺症等の受け止め方（病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 〈本人〉 | | 退院後の生活に関する意向 〈本人〉 | | | |
| | 〈家族〉 | | 〈家族〉 | | | |

2. 課題認識のための情報

| | | |
|--|---|---|
| ③ 退院後 に必要 な事柄 | 医療処置の内容 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（※以下チェック） |
| | | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル |
| | | <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射（ ） |
| | | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | 看護の視点 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（※以下チェック） |
| <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 | | |
| <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導（食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄などにおける指導） | | |
| <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| リハビリの視点 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（※以下チェック） | |
| | <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習（ストレッチ含む） <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 | |
| | <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習（歩行/入浴/トイレ動作/移乗等） | |
| | <input type="checkbox"/> IADL練習（買い物、調理等） <input type="checkbox"/> 疼痛管理（痛みコントロール） <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 | |
| | <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 禁忌事項 | 禁忌 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 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） | | |
| 在宅復帰のために整え なければならない要件 | | |

記入見本

退院・退所時情報提供送付状

(医療機関 ⇒ 担当ケアマネジャー)

居宅介護事業所名：

担当ケアマネジャー：

TEL：

FAX：

御中

医療機関名：〇〇病院

TEL：

問合せ先

所属：××病棟看護師

担当者：□□ △△

患者/家族の同意に基づき、退院・退所時利用者情報を送付しますので、連携している関係者との情報共有をお願いします。

【提供情報の内容】

自院使用の退院時の情報提供書類（以下の内容に)

診療情報提供書

看護サマリー

リハビリテーションサマリー

薬剤管理サマリー（お薬情報・お薬の説明書・お薬についてのお知らせ）

栄養情報提供書

その他

（ ）

退院・退所情報記録書（朝霞地区共通様式【厚生労働省版】）

記入見本

朝霞地区共通様式【厚生労働省版】

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状況 等

記入日： 年 月 日

| | | | | | | | |
|-------------|--|---|---|--|---|---|--|
| 属性 | フリガナ | アカカ | | 性別 | 年齢 | 退院(所)時の要介護度(<input type="checkbox"/> 要区分変更) | |
| 性 | 氏名 | 朝霞地区 ○○ | | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 80歳 | <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし | |
| 入院概要 | 入院期間 | 入院(所)日: ○○年 ○○月 ○○日 | | | 退院(所)予定日: ○○年 ○○月 ○○日 | | |
| | 入院原因疾患 (入院目的等) | 誤嚥性肺炎 | | | | | |
| 入院概要 | 入院(入所)先 | 施設名: ○○病院 | | | | | |
| | 退院後の医療機関 | 医療機関名 ○○病院 | | 方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 | | |
| ① 疾患と入院中の状況 | 現在治療中の疾患 | 誤嚥性肺炎 肺癌 | | | 疾患の状況 | <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定(急変の可能性あり) | |
| | 移動手段 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 入院中の状況 | 排泄方法 | <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ() | | | | | |
| | 入浴方法 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> 行わず | | | | | |
| 入院中の状況 | 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> その他(きざみ) | | | | | |
| | 嚥下機能(むせ) | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(時々・常に) | | 義歯 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(一部・全部) | | |
| 口腔清潔 | <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 | | 入院(所)中の使用: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり | | | | |
| 入院中の状況 | 口腔ケア | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | |
| | 睡眠 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | | | | 眠剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 入院中の状況 | 認知・精神 | <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| ② 受け止め・意向 | 病気、障害、後遺症等の受け止め方(病名告知: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) | 〈本人〉 誤嚥性肺炎は改善したが、肺炎が進行し、在宅酸素が必要になることや痛みが出てくることも理解している。 | | | 退院後の生活に関する意向 | | |
| | 〈家族〉 再発の可能性や病状が進行していることは理解している。延命治療の希望はない。自宅で看取るか迷っている。 | | | | 〈本人〉 最後まで自宅で過ごしたい。 〈家族〉 本人の希望通りにしてあげたい。 | | |

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 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(※以下チェック) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| | 看護の視点 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(※以下チェック) <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| | リハビリの視点 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(※以下チェック) <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input checked="" type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| | 禁忌事項 | 禁忌 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容/留意点 | | | | | |
| | 症状・病状の予後・予測 | 体力の低下があり、誤嚥性肺炎再発のリスクが高い。肺炎も進行しており、今後、在宅酸素、疼痛管理が必要となる。 | | | | | |
| 退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等) | 夫が高齢で持病があり、介護力に問題がある。 | | | | | | |
| 在宅復帰のために整えなければならない要件 | 医療処置の見極めをして、かかりつけ医と情報共有していく。 | | | | | | |

ご利用者・ご家族の方への

お願い

✿ 普段から・・・

通院・入院時あんしんセットを一緒にケース等に入れておきましょう。

- 医療保険証 各種受給者証 介護保険証
- 診察券（各医療機関のもの）
- 担当ケアマネジャーの名刺 お薬手帳
- 私の意志表示ノート（エンディングノート）
※作成している場合
- 緊急時連絡先



☆入院した時

☆病院から

連絡がきた時

☆退院が決まった時

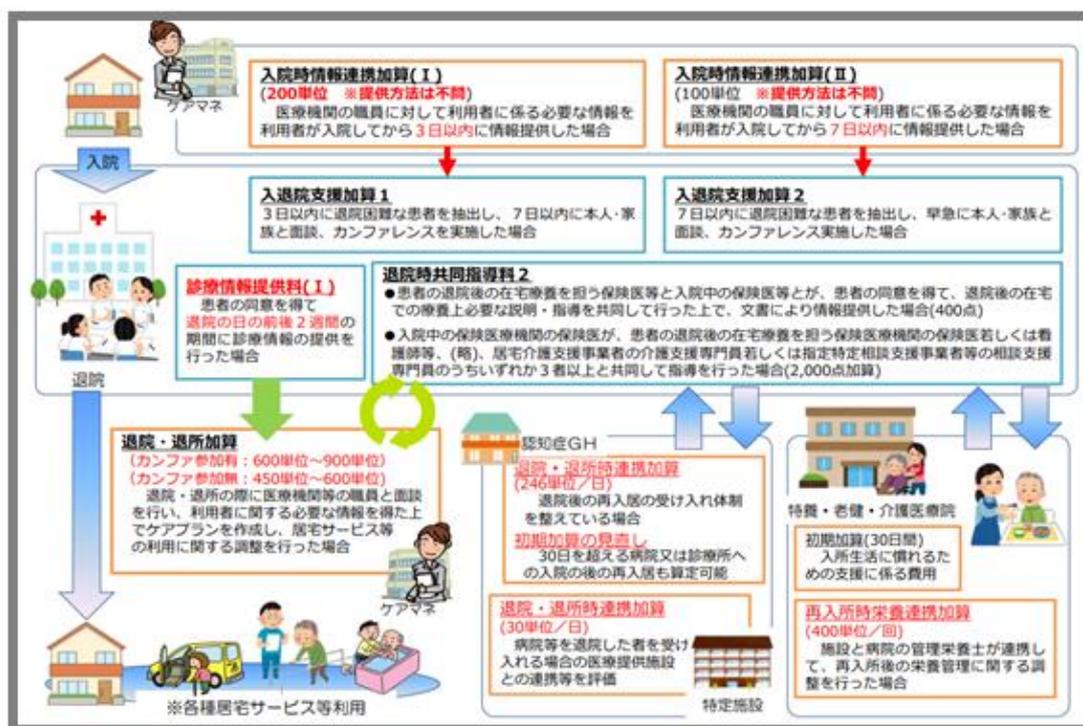
ケアマネジャーに
電話ください

〇〇居宅介護事業所

ケアマネジャー 氏名

電話〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬



※実際の診療報酬や介護報酬の単位については、最新の情報を取得すること

出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3（厚生労働省）より

<その他>

- ①朝霞地区入退院支援ルール作成会議経過
- ②朝霞地区入退院支援ルール作成会議委員名簿

① 朝霞地区入退院支援ルール作成会議経過

| | |
|-------------------------|--|
| R2. 7月中旬 | 入退院支援ルール作成会議立上げ準備開始 |
| 9月中旬 | 関係団体への推薦依頼 |
| <p>【第1回】 10月6日</p> | <p>□第1回入退院支援ルール作成会議（書面審議）※委員34名から意見聴取（議題）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 朝霞地区入退院支援ルール作成会議委員構成と正副委員長について 2. 会議のすすめ方について 3. 入退院支援ルール作成の背景・理由・目的について 4. 入退院支援の目指すべき姿について 5. 基本ルールについて <ol style="list-style-type: none"> ①ルールを適応する患者 ②支援の担当者 ③入退院支援の窓口 <p style="text-align: center;"></p> |
| 10月29日 | <p>■第1回入退院支援ルール作成代表者会議（集合会議）※代表者委員11名による検討 34名の委員からの意見を基に、上記議題の検討、まとめ</p> |
| <p>【第2回】 11月6日</p> | <p>□第2回入退院支援ルール作成会議（書面審議）※委員34名から意見聴取（議題）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入退院支援ルールの標準的な流れについて 2. 情報提供に関するアンケート <p style="text-align: center;"></p> |
| 12月3日 | <p>■入退院支援ルール作成代表者会議（集合会議）※代表者委員11名による検討 34名の委員からの意見を基に、上記議題の検討、まとめ</p> |
| <p>【第3回】 12月16日</p> | <p>□第3回入退院支援ルール作成会議（書面審議）※委員34名から意見聴取（議題）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 連携にあたってのマナー・エチケットについて 2. 利用者・家族向け周知用チラシについて 3. 入院時情報提供書について 4. 退院・退所時情報提供書について <p style="text-align: center;"></p> |
| R3. 1月28日 | <p>■第3回入退院支援ルール作成代表者会議（Web開催）※代表者委員11名による検討 34名の委員からの意見を基に、上記議題の検討、まとめ</p> |
| <p>【第4回】 2月22日</p> | <p>■第4回入退院支援ルール代表者会議（Web開催）※代表者委員11名による検討（議題）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「朝霞地区入退院支援の手引き」最終確認 |

※□作成会議 ■代表者会議

② 朝霞地区入退院支援ルール作成会議委員名簿

| 分類 | 代表者委員 | 職種 | 氏名 | 所属 | |
|--------------------|--------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 1 朝霞地区医師会 | ◎ ● | 医師 | 浅井 彰久 | TMGあさか医療センター 在宅診療部 | |
| | | 医師 | 町田 穰 | まちだ訪問クリニック 院長 | |
| 3 病院 | | 医療ソーシャルワーカー | 倉林 志保 | TMGあさか医療センター 医療福祉部 | |
| | | 看護師 | 鈴木 文子 | 朝霞厚生病院 看護課 | |
| | | 医療ソーシャルワーカー | 山岸 史明 | 塩味病院 入退院支援室 | |
| | | 精神保健福祉士 | 齊藤 恭代 | 朝霞病院 医療連携室 | |
| | | 事務職 | 大坂 泰隆 | TMG宗岡中央病院 地域医療連携課 | |
| | | 相談員 | 大岩 暢子 | 浅野病院 地域医療連携室 | |
| | | 医療ソーシャルワーカー | 瀬川 理恵 | 埼玉病院 医療福祉相談室 | |
| | | 社会福祉士 医療ソーシャルワーカー | 柏 亮輔 | 菅野病院 入退院支援室 | |
| | | 精神保健福祉士 社会福祉士 | 田邊 薫 | 和光病院 医療福祉相談室 | |
| | | 社会福祉士 | 島崎 修 | 坪田和光病院 入退院支援部門 | |
| | | 医療ソーシャルワーカー | 川上 紫野 | 和光リハビリテーション病院 医療連携室 | |
| | | ● | 看護師 | 上島 都 | 新座志木中央総合病院 看護部 |
| | | | 医療ソーシャルワーカー | 若林 雅子 | 静風荘病院 医療相談室 |
| | | | 看護師 | 岡村 郁予 | 堀ノ内病院 入退院支援室 |
| | | | 医療ソーシャルワーカー | 番場 双葉 | 北野病院 相談課 |
| | | | 看護師 | 栗栖 浩子 | 新座病院 入退院支援室 |
| | | | 看護師 | 青木 ひとみ | 高田整形外科病院 看護部 |
| | 20 朝霞地区歯科医師会 | ● | 歯科医師 | 出浦 恵子 | でうら歯科医院 院長 (朝霞地区歯科医師会副会長) |
| | 21 朝霞地区薬剤師会 | ● | 薬剤師 | 畑中 典子 | 株式会社 かくの木 社長 (朝霞地区薬剤師会会長) |
| 22 埼玉県訪問看護ステーション協会 | ● | 看護師 | 鈴木 千恵子 | さくら訪問看護ステーション | |
| 23 埼玉県理学療法士会 | ● | 理学療法士 | 瀧村 友貴 | 富家在宅リハビリテーションケアセンター | |
| 24 埼玉県栄養士会 | ● | 管理栄養士 主任介護支援専門員 | 山口 はるみ | NPO法人 ぼけっとステーション | |
| 25 埼玉県歯科衛生士会 | ● | 歯科衛生士 | 恩田 恵 | 埼玉県歯科衛生士会 朝霞支部 | |
| 26 高齢者福祉施設 | ● | 看護師 | 石川 郁美 | 介護老人保健施設 ナーシングホーム和光 | |
| 27 居宅介護支援事業所 | | 介護支援専門員 | 関根 美樹 | 朝霞市 循和会 居宅介護支援事業所 朝霞 | |
| | | 主任介護支援専門員 | 鹿熊 剛史 | 志木市 相談支援センター あおい糸志木 | |
| | | 主任介護支援専門員 | 木村 洋子 | 和光市 和光福祉会居宅介護支援センター | |
| | ● | 介護支援専門員 | 本多 真人 | 新座市 居宅介護支援事業所山吹 (新座ケアマネネットワーク会長) | |
| 31 地域包括支援センター | | 保健師 | 佐々木 知子 | 朝霞市 地域包括支援センター内間木苑 | |
| | | 主任介護支援専門員 | 石幡 真澄 | 志木市 高齢者あんしん相談センター館・幸町 | |
| | ○ ● | 主任介護支援専門員 | 岩田 由実 | 和光市 南地域包括支援センター | |
| | | 主任介護支援専門員 | 稲垣 一久 | 新座市 西部高齢者相談センター | |
| アドバイザー | | 一般行政職 | 大島 文枝 | 埼玉県朝霞保健所 総務・地域保健推進担当 | |
| 事務局 | | 朝霞市役所 | | 長寿はつらつ課 | |
| | | 志木市役所 | | 長寿応援課 | |
| | | 和光市役所 | | 長寿あんしん課 | |
| | | 新座市役所 | | 介護保険課 | |
| | | 朝霞地区医師会 | | 地域包括ケア支援室 | |

※◎委員長 ○副委員長

入退院支援の手引きの作成に携わってくださった関係機関の皆様
に感謝申し上げます。

朝霞地区入退院支援ルール作成会議 事務局

< 発 行 > 朝霞市・志木市・和光市・新座市・朝霞地区医師会

< 問い合わせ > 朝霞地区医師会 地域包括ケア支援室

電話 : 048-465-6575

FAX : 048-423-7544

E-mail : kyoten@asakamed.com