



医療と介護の
切れ目ない
連携を目指して
(案)



令和2年●月





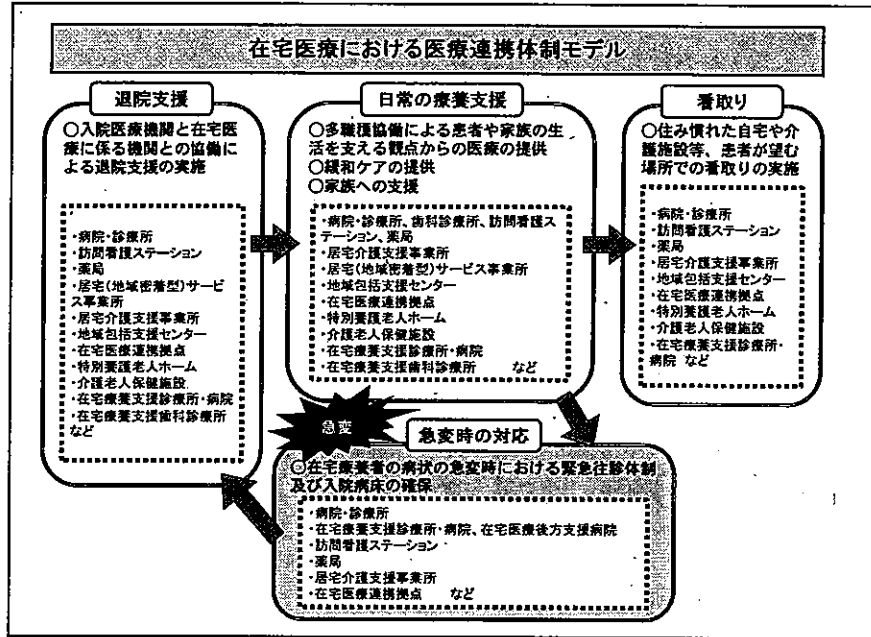
目 次

1	はじめに	1
2	入退院支援ルール標準例作成の目的	1
3	標準例の位置づけ	2
4	基本ルール	2
	(1) ルールを適用する患者	2
	(2) 支援の担当者	2
	(3) 入退院支援の担当窓口	2
5	入退院支援ルール作成地域の考え方	2
6	埼玉県入退院支援ルール標準例	3
	(1) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっている場合	3
	(2) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっていない場合	5
	【退院調整が必要な患者の目安】	6
7	ご本人・ご家族への入退院支援ルールの周知方法	7
	～「入院時あんしんセット」の用意をご本人・ご家族へ依頼～	7
8	連携にあたってのマナー・エチケット	8
9	入退院支援に関する情報共有の様式について	10
10	参考資料	11
	(1) 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	11
	(2) 入退院支援ルール標準例の検討に係るスケジュール	12
	(3) 入院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き（平成28年度厚生労働所受託事業 平成29年3月 株式会社日本能率協会総合研究所）	12
11	参考様式	13
	(1) 入退院支援に関する情報共有の様式	13
	ア 入院時	-
	（ア）利用者情報提供書（ケアマネジャー→医療機関）	-
	（イ）利用者情報共有シート（医療機関→ケアマネジャー）	-
	イ 退院時	-
	（ア）利用者退院情報記録書・説明書（医療機関→ケアマネジャー）	-
	（イ）利用者退院時情報共有シート（医療機関→ケアマネジャー）	-
	ウ 様式を掲載している地域	38
	(2) 入退院支援関係機関連絡先	-

1 はじめに

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。

在宅での療養を希望する患者が在宅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。



2 入退院支援ルール標準例作成の目的

入院の際、早い段階で病院関係者と在宅関係者が患者情報を共有し、双方が緊密に連携し在宅復帰に向けた支援を重ねることで退院が早くなり、退院後も円滑に在宅生活を送ることが可能になります。

現在、入退院に係る病院関係者と在宅関係者の患者情報の共有等のルールを明文化せずに運用のみで行っている地域もありますが、このような場合担当者が代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懸念があります。そのため、県内全ての地域で、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です。

「埼玉県入退院支援ルール標準例(以下、「標準例」という。)」は、患者が入院・退院する際に病院・診療所(以下、「病院等」という。)等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患者や家族がいない患者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。

この標準例は、要介護・要支援者及び退院支援が必要な方が入院又は退院をするにあたって、病院等と在宅支援を担うかかりつけ医・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・薬局・歯科等の関係者が円滑に連携し患者情報を共有するための標準的なルールです。

標準例を参考に地域ごとに入退院支援ルールについて医療と介護の関係者が話し合い、顔の見える関係づくりをさらに推進してください。

3 標準例の位置づけ

標準例には、医療と介護の関係者が連携して患者の円滑な在宅移行を支援するために必要な最低限の内容を記載していますが、強制力はありません。

標準例を参考に地域単位で医療と介護の関係者が入退院支援ルールについての内容を検討し、必要に応じて細部や入退院支援に係る情報共有の様式を定めるなどそれぞれの地域の実情に応じたルールを作成してください。

なお、既にルールを作成している地域についても、標準例を参考に現行ルールの見直しが必要かどうか地域で話し合いを進めてください。

また、入退院支援ルールを定めた後も、関係者の理解と協力の下、運用状況の検証や評価を重ねながら状況に応じて必要な見直しを繰り返し行うことが重要です。

4 基本ルール

(1) ルールを適用する患者

在宅から入退院する患者で、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（介護サービスを利用していた）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

(2) 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 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）
- エ 歯科・薬局等の関係者
- オ 市町村（介護保険担当者）

必要に応じて適宜追加してください。

(3) 入退院支援の担当窓口

- ア 保険者（市町村介護保険担当）
- イ 医療機関（病院・有床診療所）
- ウ 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）
- エ 在宅医療連携拠点

5 入退院支援ルール作成地域の考え方

在宅医療部会で検討

6 埼玉県入退院支援ルール標準例

(1) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっている場合
 (注) 下線の項目は、大切な役割を表記しています。

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	本人・家族の役割
在宅時		<ul style="list-style-type: none"> ・日頃から本人・家族に入院の際は、<u>ケアマネに連絡を依頼</u> ・入院時あんしんセット(7頁)の準備を本人、家族へ依頼 ・日頃から本人・ご家族に居宅サービス事業所に入院した事実を把握した場合は連絡を依頼 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・「<u>入院時あんしんセット</u>」の準備が望ましい ・キーパーソン(主に本人に関わってくる家族)を決定 <p>(注) ・ケアマネの名刺 ・健康(介護)保険証 ・診察券 ・お薬手帳 (・事前意思表明書)</p>
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・概ね3日以内に「<u>入院時あんしんセット(7頁)</u>」等により介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村(保険者)に確認するよう依頼 ・かかりつけ医・薬局・歯科の有無を確認 ・概ね3日以内に<u>ケアマネに連絡</u>(家族へ依頼も可) <p>*連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス事業所はケアマネに入院の電話連絡 ・<u>ケアマネ及び訪問看護(利用がある場合は)</u>は連絡を受けてから概ね3日以内に利用者情報提供書等を郵送又は電話連絡の上持参 *FAXの場合は個人情報保護に留意 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <p>☞退院支援を行うために入院前の生活の状況など必要な情報を積極的に伝えましょう</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅時の服薬等の情報提供 ・入院先の歯科口腔外科に引継 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>ケアマネに連絡</u> ・<u>病院へ担当ケアマネを連絡</u> ・可能であれば、居宅サービス事業所、主治医、かかりつけ歯科医に連絡(ケアマネと調整)

入院中	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに入院中の様子を情報提供 ・外泊の場合はケアマネに電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面接(訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整) 	<ul style="list-style-type: none"> (・入院先へ口腔内状況評価(病院アセスメント)) (・入院先へ訪問歯科診療) 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活意向を家族内で意思統一 ・外泊の場合はケアマネに連絡
退院見込	<ul style="list-style-type: none"> ・退院見込日が決まり次第(できれば1週間前までに)ケアマネに電話連絡 *後日、退院見込日に変更がある場合はすみやかに電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス事業所に退院見込等の情報を電話連絡 		<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡
退院調整	<ul style="list-style-type: none"> ・入院前と状況の変化(新たなサービス利用等)がある場合は退院調整会議開催(退院予定日、福祉用具や住宅改修・義歯等の調整・服薬管理・医療系サービスの必要性の検討等) ・必要に応じて、かかりつけ医・歯科・薬局に対して会議への参加を依頼 ・ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定 			
退院時	<ul style="list-style-type: none"> ・看護情報提供書(参考様式2)等をケアマネに提供(患者・家族へ依頼も可) ・医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・次回受診日等を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬カレンダーの提案や内服のアドバイス 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護情報提供書等をケアマネに提供
(転院時)	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡(家族へ依頼も可) ・転院先に参考様式2等により情報提供 			<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡
退院後	<ul style="list-style-type: none"> ・継続受診者で状態の変化や受診中断等があった場合は、ケアマネに情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランを患者・家族、かかりつけ医、居宅サービス事業所、病院、歯科、薬局等に提供 ・退院後の生活状況を病院(※)、歯科、薬局等へ情報提供 ※医療機関へモニタリング結果をフィードバック(1か月後)(医療機関のニーズがある場合) 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬局は内服の状況を確認し、問題があればケアマネに連絡 <かかりつけ歯科あり> ・家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施 <かかりつけ歯科なし> ・歯科医師会が窓口となり、歯科医を紹介 	

(2) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっていない場合

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	本人・家族の役割
<p>入院時 (検査入院、短期入院は除く)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 概ね3日以内に、<u>患者・家族への聞き取り</u>や<u>介護保険証等により、ケアマネの有無を確認</u>。不明の場合は<u>家族に市町村（保険者）に確認</u>するよう依頼 		<ul style="list-style-type: none"> 在宅時の服薬等の情報提供 入院先の歯科口腔外科に引継 	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソン(主に本人に関わってくる家族)を決定
<p>入院</p>	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整が必要な患者の<u>目安</u> (次頁)に該当するか確認 患者・家族に<u>介護保険制度について説明</u> 保険者と相談し、本人・家族によるケアマネの選定と要介護認定申請を支援 	<ul style="list-style-type: none"> 病院を訪問し、<u>患者・家族、病院スタッフ等と面接</u>(訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整) 病院担当者と連携し、<u>介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援</u> 	<ul style="list-style-type: none"> (・入院先へ口腔内評価(病院アセスメント)) (・入院先へ訪問歯科診療) 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活意向を家族内で意思統一
<p>退院見込</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者・家族の<u>了解を得て、下記に電話連絡</u> 【退院調整が必要な患者の目安(次頁)】 アに該当→<u>居宅介護支援事業所へ</u> イに該当→<u>地域包括支援センターへ</u> 必要に応じて理学療法士等が<u>家屋調査実施</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 医療依存度の高い患者の場合は訪問看護等の医療系サービスの利用を検討 家屋調査に同行 	<ul style="list-style-type: none"> <u>担当ケアマネ決定</u> <u>要介護認定申請</u> かかりつけ薬局決定 	

*以降は「A 入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ手順

【退院調整が必要な患者の目安】

別 添

ア 退院調整が必要な患者（要介護相当）

- ① 立ち上がりや歩行に介助が必要
- ② 食事及び口腔ケアに介助が必要
- ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ④ 日常生活に支障を来すような症状がある認知症
- ⑤ 医療処置が必要な患者（がん末期、感染症、褥そう、在宅酸素等）
- ⑥ 入浴・更衣に介助が必要
- ⑦ 内服管理に介助が必要
- ⑧ 入退院を繰り返している
- ⑨ 入院前より日常生活に支障を来している
- ⑩ 食事制限（治療食、塩分、水分等）、栄養指導が必要
- ⑪ 住宅改修等環境整備が必要

イ 左記以外で地域の見守り等が必要な患者（要支援相当）

- ① 独居で調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要
- ② 家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要
- ③ （日常生活は自立であるが）がん末期、新たに医療処置が追加
- ④ （日常生活は自立であるが）認知症
- ⑤ 65歳以上で精神・知的障害がある
- ⑥ 5種類以上の薬を内服して自己管理が難しい
- ⑦ 買い物や通院の支援が必要

【共通項目】虐待の疑いがある。生活困窮者

1項目でも当てはまれば⇒居宅介護支援事業所に連絡

⇒地域包括支援センターに連絡（アカイで判断に迷う場合も含む）

7 ご本人・ご家族への入退院支援ルールの周知方法

～「通院・入院時あんしんセット」の用意をご本人・ご家族へ依頼～

入院の際にご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。

ケアマネジャーは、日頃からご本人・ご家族に対して、入院した時は、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡していただくようお願いしておくことが大切です。

ご本人・ご家族に普段から以下の「入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておくようお願いすることで、ケアマネジャーへの連絡が早くなります。

ご本人・ご家族向けの周知用チラシを作成しましたので、地域でアレンジして活用してください。

もしもの時の備えて・・・

「通院・入院時あんしんセット」 を準備しておきましょう


- 通院や急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- 退院予定や転院が決まったときにも、必ずケアマネジャーに連絡してください。

医療保険証	介護保険証
ケアマネジャー の名刺	お薬手帳
かかりつけ医 の診察券	事前意思 表明書

**通院・入院時あんしんセット
(準備したら○をしましょう)**

- ①医療保険証
- ②介護保険証
- ③ケアマネジャーの名刺
- ④お薬手帳
- ⑤かかりつけ医の診察券
- ⑥事前意思表明書
(書いている場合)

※この他、御家族の連絡先など、御自身で必要と思う大切なものを一緒に入れておきましょう。



8 連携にあたってのマナー・エチケット

連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から

医療と介護の関係者がよりスムーズに連携していくには、お互いの立場を理解し思いやりをもって行動することが大切です。

職種や職場が異なれば、仕事内容も立場も違います。相互の信頼関係を深めて気持ちよく仕事ができるようになるための初めの一步として、知っておきたいマナーやエチケットを各圏域で作成することも有用です。

《例》

全ての職種のみなさまへ

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、思いやりをもって理解し、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。また、入院時に利用者の情報を医療機関に提供する際には、ケアマネジャーは、入院医療機関が円滑な退院支援を行うために必要と考えられる生活状況などを伝えましょう。

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

医師のみなさまへ

① 介護支援専門員は医師を頼りにしています。

介護支援専門員は患者・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、介護支援専門員の話に耳を傾けていただくようお願いいたします。

② 介護サービスに必要な書類は、できるだけ早く作成を心がけましょう。

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すると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。

病院スタッフのみなさまへ

① 退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせましょう

介護支援専門員は、退院前カンファレンスに参加するにあたり、「ケアプラン原案」を作成し、退院前カンファレンス時に持参し、報告事項や確認事項について意見を求めます。

退院前カンファレンスは準備に時間がかかるため、退院日の目途を早めに介護支援専門員へ知らせましょう。

ケアマネジャーのみなさまへ

① 医療機関へ情報提供を求める際には、利用者・家族と相談しましょう

病院では利用者や家族の了承なしに、介護サービス事業所などへ情報提供することは困難です。家族と相談しながら退院調整に向けて準備していることを医療機関に伝えましょう。医療機関の付き添いやインフォームド・コンセント時の立ち会いは、利用者や家族を通じて病院や医師に確認しましょう。

② 医療機関の訪問に際しては、事前に相手方の予定を確認しましょう

医療機関では、アポイントメントのない訪問には対応できない場合があります。あらかじめ、利用者（患者さん）の名前・訪問時間・訪問目的などを伝えるようにしましょう。

③ 受診同行の際には受付時に名刺を添え、診察の場面では最初に氏名・所属・職種、目的を伝えましょう。

④ 医療機関からもらった看護情報提供書は、利用者に渡さないようにしましょう。

⑤ 退院時カンファレンスの内容などを介護サービス事業所と共有しましょう。

ケアマネジャーから確実に情報提供しましょう。

9 入退院支援に関する情報共有の様式について

県内統一の様式は定めませんが、地域で作成する際には以下の情報が記載されるようにしてください。

◆入院時(介護支援専門員→医療機関)

- ・かかりつけ医、介護事業者、訪問看護、薬剤師等関係機関情報、サービス利用状況
- ・氏名、生年月日、性別、家族情報、連絡先
- ・既往歴、服薬状況、要介護度
- ・本人の生活情報、身体・生活機能の状況、療養生活上の課題
- ・事前意思表明書の有無

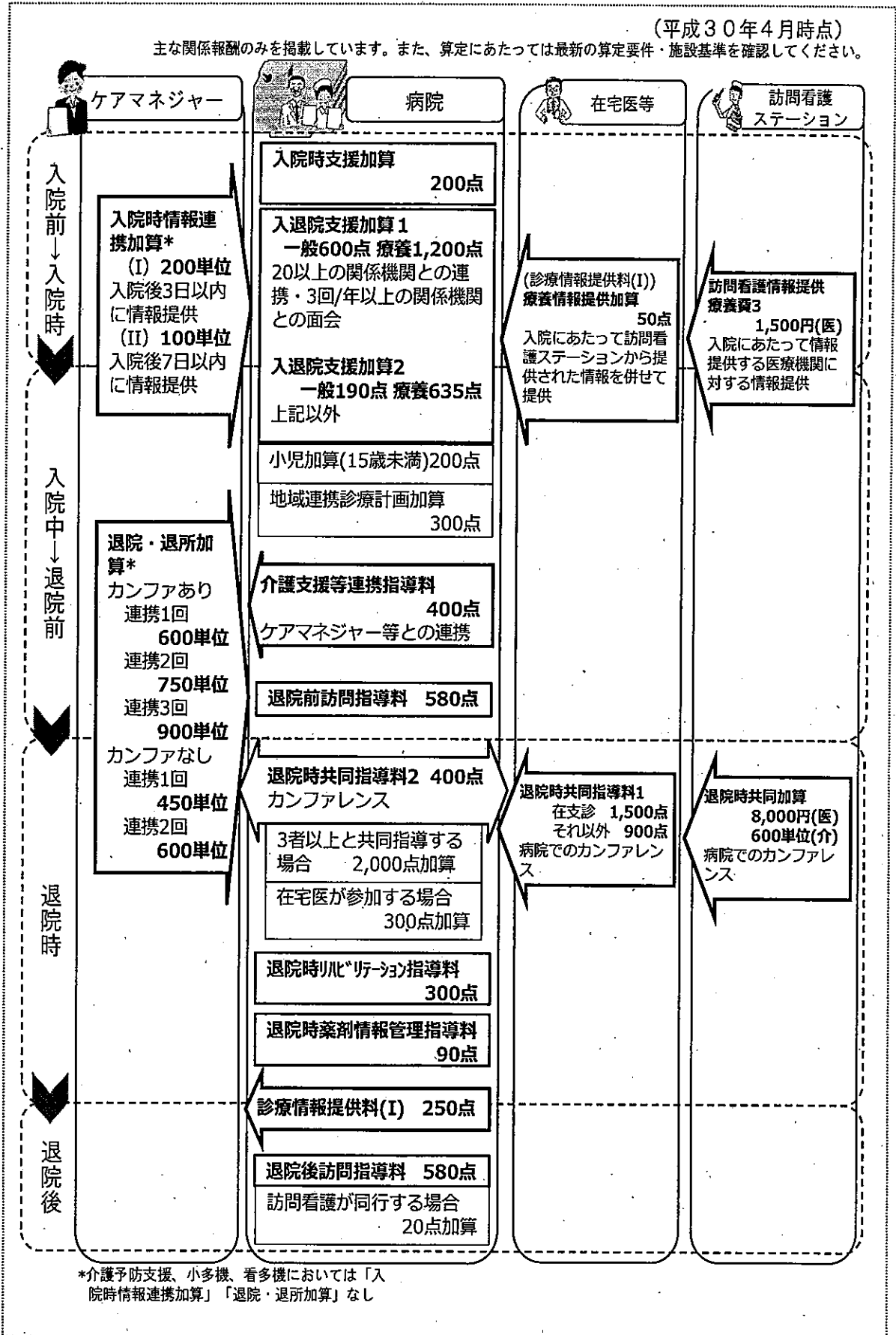
◆退院時(医療機関→介護支援専門員)

- ・退院予定日
- ・退院後に必要な医療処置、看護処置、リハビリ
- ・退院後の留意点
- ・事前意思表明書の有無

なお、県内で利用されている様式及び厚生労働省参考様式については、14頁以降に掲載しています。

10 参考資料

(1) 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



(2) 入退院支援ルール標準例の検討に係るスケジュール

メモ：

- ・在宅医療部会開催日、在宅医療部会の構成委員名簿、

(3) 入院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き

(平成 28 年度厚生労働所受託事業 平成 29 年 3 月 株式会社日本能率協会総合研究所)

掲載URL：<https://www.jmar.co.jp/asset/pdf/job/public/h28-18guide.pdf>

11 参考様式

(1) 入退院支援に関する情報共有の様式

ア 入院時

- (ア) 利用者情報提供書（ケアマネジャー→医療機関）
- (イ) 利用者情報共有シート（医療機関→ケアマネジャー）

イ 退院時

- (ア) 利用者退院情報記録書・説明書（医療機関→ケアマネジャー）
- (イ) 利用者退院時情報共有シート（医療機関→ケアマネジャー）

ウ 様式を掲載している地域

- (ア) 川口市医師会、蕨戸田市医師会管内
- (イ) 熊谷市医師管内
- (ウ) 行田市医師管内
- (エ) 北足立郡市医師会・伊奈町管内
- (オ) 坂戸鶴ヶ島医師会管内
- (カ) 比企医師会管内
- (キ) 本庄市児玉郡医師会管内
- (ク) 三郷市医師会管内
- (ケ) 厚労省参考様式

様 (生年月日:)

記録者

住所:	電話番号:
実施日、時間	月 日 () : ~ :
実施場所	
参加者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族() <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 訪問診療(医師・歯科医師: 看護師:) <input type="checkbox"/> 訪問看護師(氏名:) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員(氏名:) <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師(氏名:) <input type="checkbox"/> その他事業所(氏名:) <input type="checkbox"/> 病院医師() <input type="checkbox"/> 病棟看護師() <input type="checkbox"/> リハビリ() <input type="checkbox"/> 病院相談員()	
退院後の療養生活に係る説明・検討点・確認事項	
<input type="checkbox"/> 清潔 お下の清潔・入浴以外の清拭 ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他() 入浴介助 ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他() その他: <input type="checkbox"/> 排泄 自立・しびん介助・おむつ交換 ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他() 膀胱留置カテーテル尿を捨てる ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他() その他: <input type="checkbox"/> 食事 お口からの食事・お口から以外の栄養 ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他() 食事、栄養内容: その他: <input type="checkbox"/> 移動 杖・T字杖・歩行器・シルバーカー・車いす <input type="checkbox"/> 薬 自立・支援が必要 ご家族・薬剤師・訪問看護師・ヘルパー・その他() <input type="checkbox"/> お口の中のケアの必要性 なし・あり ご家族・歯科往診・歯科衛生士・訪問看護師・ヘルパー・その他() <input type="checkbox"/> その他	
介護保険に係るサービス	
<input type="checkbox"/> 介護認定 要支援1・2・要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 利用するサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他:	
退院後の診療に係る説明	
<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 高カロリー中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 服薬支援 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 床ずれの処置 <input type="checkbox"/> 腎ろう・尿管皮膚ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 痛み・つらさの管理・症状の緩和 <input type="checkbox"/> その他:	
その他	
退院予定日	月 日 () 午前・午後 時 送迎手配:
□初回訪問看護の予定	月 日 () 午前・午後 時
□退院後の通院、訪問診療先:	退院後診察日時:

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたしました。

病院名
住所
電話番号

私は、上記の内容の退院指導を受けました。 年 月 日

ご利用者・ご家族サイン

患者氏名 _____ 様 性別 _____ (生年月日: S・T _____ 年齢 _____) 担当看護師 _____
 住所 _____ 病棟 (_____)

実施日、時間 _____ 月 _____ 日 () : _____ ~ _____ : _____
 退院カンファレンス実施場所 _____
 参加者 患者 家族 (続柄: _____) ケアマネ (_____) その他 (_____)
 退院支援看護師 (_____) 病棟看護師 (_____) リハビリ (_____)
 ソーシャルワーカー (_____) 医師 (_____) 訪問看護師 (事業所 _____ 氏名 _____)

病状の経過と継続事項
 *病名: _____

ご本人の意向 _____

ご家族の意向 _____

退院後の療養生活に係る説明・検討点・確認事項 介護レベルを枠内に記載 (全介助・一部介助・見守り)

	項目	訪問看護師	ヘルパー	ご家族その他	自立	その他留意事項・確認事項
清潔	口腔ケア					
	お下の清潔					
	入浴以外の清拭(陰部洗浄)					
	入浴・清拭					(最終入浴日 / /)
排泄	しびん介助(終日・夜間のみ)					
	おむつ交換					おむつ終日・夜間のみ(日中リハ) / 終日リハ)
	トイレ(終日・日中のみ)					後始末・スポンジ上げ下ろし
食事	お口からの食事					内容
	お口以外からの栄養					内容
移動	屋内歩行					
	野外歩行					
	補助具	杖・T字杖・歩行器・シルバーカー・車いすを使用・準備する。				

介護保険に係るサービス 申請 年 月 日 / 調査 年 月 日 / 認定 年 月 日

- 介護認定 (いずれかに○をつける) 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
 利用するサービス 訪問看護 訪問介護 訪問入浴
 通所系(デイケア・デイサービス・短時間リハ) 住宅改修
 短期入所 施設入所 福祉用具(_____)
 その他: _____

退院後の診療に係る説明
 点滴 注射 栄養 経管栄養 高カロリー中心静脈栄養 在宅酸素(酸素量 _____ l/分)
 吸引(回数 _____ 回/日) 気管カニューレ 人工呼吸器 人工肛門 膀胱留置カテーテル
 腎ろう尿管皮膚ろう 床ずれの処置(部位 _____ 内容 _____)
 リハビリテーション 痛み・つらさの管理・症状の緩和 内服薬
 その他: _____

その他 _____

退院予定日 _____ 月 _____ 日 () 午前 午後 _____ 時 送迎手配:
 初回訪問看護の予定 _____ 月 _____ 日 () 午前 午後 _____ 時
 初回訪問診療の予定 _____ 月 _____ 日 () 午前 午後 _____ 時

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅に関わる訪問看護はじめ
 介護事業所と共同で退院支援いたしました。

病院名 _____
 住所 _____
 電話番号 _____

私は、上記の内容の退院指導を受けました。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ご利用者・ご家族サイン _____

氏名				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分					場所			
医療機関名及び連絡窓口 TEL					面談者				
入院の原因となった病名・状態像					合併症				
入院期間		入院日: 年 月 日 ～ 退院(予定)日: 年 月 日			要介護度		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		
入院中担当医					生活保護の受給		<input type="checkbox"/> 有(担当CW:) <input type="checkbox"/> 無		
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用				
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他(具体的に) (内容指示: Kcal/日、 塩分制限 g/日、たんぱく制限 g/日)) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻・胃・腸) (内容: ml× 回) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> ろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () むせ込み: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食事場所: <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 食堂 (<input type="checkbox"/> 車椅子上 <input type="checkbox"/> ベッド上) <input type="checkbox"/> その他 ()				
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	() (身長 cm 体重 Kg BMI)						
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 () 血圧の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ 最終排便日(年 月 日) 排尿回数(回) 排便回数(回)				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 周辺症状: <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意志疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 特記事項: キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先:) <input type="checkbox"/> その他 ()								
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可								
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA保菌(<input type="checkbox"/> 発症:部位 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他()								

◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認)
◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者の言動等)
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)
◆その他

退院時カンファレンス参加者	
病院側	<input type="checkbox"/> MSW () <input type="checkbox"/> PT() <input type="checkbox"/> OT() <input type="checkbox"/> 病棟NS () <input type="checkbox"/> ST () <input type="checkbox"/> その他()
地域側	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> 訪問看護師() <input type="checkbox"/> 診療所等看護師() <input type="checkbox"/> その他 ()

私は、上記の内容の説明を受けました。

年 月 日
 利用者氏名 _____ 家族氏名 _____ (続柄 _____)

平成 年 月 日

○△□○△□病院

病院担当者 _____

様式3 退院時地域連絡シート

行田市内様式

送付先事業所名()
担当ケアマネ()

氏名			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
住所			面談日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分				
医療機関名及び連絡窓口	TEL		生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(担当CW:) <input type="checkbox"/> 無				
入院の原因となった 病名・状態像・合併症・事後予測								
入院期間	入院日: 年 月 日		退院(予定)日: 年 月 日		要介護度 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			
介護保険に係るサービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系(通所介護・通所リハ・短期時間リハ) <input type="checkbox"/> 福祉用具() <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他()							
ADL	自立	見守り	一時的介助	全介助	病棟での様子			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他(具体的に) (内容指示: Kcal/日、 塩分制限 g/日、たんぱく制限 g/日) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻・胃・腸) (内容: mix 回) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> 上ろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () むせ込み: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食事場所: <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 食堂(<input type="checkbox"/> 車椅子上 <input type="checkbox"/> ベッド上) <input type="checkbox"/> その他()			
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他() 血圧の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ 最終排便E(年 月 日) 排尿回数(回) 排便回数(回)			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 周辺症状: <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意志疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 特記事項: キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先:) <input type="checkbox"/> その他()							
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							
地域医療への紹介	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関名:)							
訪問診療予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時)							
◆本人・家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)								

平成 年 月 日

病院名:

病院担当者

担当医

伊奈町内

ケアマネ ヘルパー デイサービス デイケア 訪問リハ
訪問看護 薬剤師 ()

医療機関名
所在地
担当医
電話番号
FAX 番号

店名 店名 支店名
所在地
担当者
電話番号
FAX 番号

関係機関で開示した情報を共有することについて同意します。

令和 年 月 日 本人氏名 代筆 () 続柄 ()

フリガナ 利用者氏名		男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日 歳
利用者住所			電話番号	
			要介護度等	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	住所
	①			家族構成 (キーパーソン☆ 主介護者★)
	②			
現在受診している医療機関	担当医師	治療内容		
訪問、薬剤師、介護事業所	担当者	電話番号		
①病名	②既往歴		ADL	
③皮膚疾患 ・有り () ・無し	④禁忌・特記事項			
⑤アレルギー ・有り () ・無し	⑥感染症 ・有り () ・無し			

○相談内容

○返信欄 (令和 年 月 日)

坂戸市・鶴ヶ島市内
様式
(医療機関→ケアマネジャー)

入院時情報共有シート

医療機関名: _____
主治医: _____

患者氏名	様	ID	作成日
生年月日	年	月	日
入院日	令和	年	月
退院支援担当			
病棟担当			
病名	主たる介護者・キーパーソン		
介護保険	担当ケアマネジャー		
入院予定期間			

ご本人の意向	
ご家族の意向	

支援計画	
------	--

その他	
-----	--

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共に退院支援いたします。
私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。
また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

令和 年 月 日

ご本人・ご家族の署名（同意について）

（続柄）

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

入院時情報提供書

坂戸市・鶴ヶ島市内 様式

記入日 年 月 日
 入院日 年 月 日
 情報提供日 年 月 日

医療機関

医療機関名：
 ご担当者名： 様

居宅介護支援事業所

事業所名：
 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、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) 様	年齢	性別
住所		生年月日	
住居状況 <small>※可能な場合は「写真」 などを添付</small>	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階建て 階	電話番号	<input type="checkbox"/> エレベーター <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
入院時の要介護度	特記事項	介護保険自己負担割合	
障害者日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2		
認知症高齢者日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M		
障害など認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他		

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()
主介護者氏名	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
キーパーソン	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
世帯に対する配慮	<input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 必要 ()

ジェノグラム

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/家族の生活に対する意向	<input checked="" 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	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------	--

5. 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)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input checked="" type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ()
退院後の主介護者	<input checked="" type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ()
介護力	<input checked="" type="radio"/> 介護力が見込まれる <input type="radio"/> 介護力は見込めない <input type="radio"/> 介護者なし
※家族や同居者等による虐待の疑い	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「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

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

ADL	麻痺の状況			排泄系 口腔系 コミュニケーション能力	排尿		
	褥瘡の有無				排便		
	移動				嚥下機能		
	移乗				口腔清潔		
	移動(室内)				義歯		
	移動(屋外)				口臭		
	起居動作				睡眠の状態		
	更衣				眠剤の使用		
	整容				喫煙		
	入浴				飲酒		
	食事				視力		
	食事形態				聴力		
	摂取方法				言語		
水分とるめ			意思疎通				
食事制限			眼鏡				
水分制限			補聴器				
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 幻視 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <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"/> なし <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()						
入院歴	最近半年間での入院	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明 期間： ~ (理由)					
	入院頻度	<input checked="" type="radio"/> 頻度は高く繰り返し <input type="radio"/> 頻度は低いがこれまでもあ <input type="radio"/> 今回初めて					
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン						

8. 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	居宅療養管理指導	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	(職種:)
薬剤管理	<input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	(管理者	管理方法)	
服薬状況	<input checked="" type="radio"/> 処方通り服用 <input type="radio"/> 時々飲み忘れ <input type="radio"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="radio"/> 服薬拒否			
お薬に関する特記事項				

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名		診察方法	<input checked="" type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 訪問診療
		頻度	・頻度= () 回 / 月

*=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

介護支援連携指導・ 退院時共同指導

患者氏名	様	ID	作成日
生年月日	年	月	日 歳 性別
面談日	令和	年	月 日 担当者
出席者			

ご本人の意向	
ご家族の意向	

ADL	食事	排泄 昼	排泄 夜	入浴	備考	
	屋内 移動	屋外 移動	薬	口腔 ケア		
IADL	調理	洗濯	買物	掃除	通院	金銭 管理
介護保険	要支援1			備考		
必要とされる 医療サービス				備考		
退院後の 医療処置				備考		
退院後の 注意点						

退院予定日	令和	年	月	日	送迎手配
訪問看護 (初回)	令和	年	月	日	時
退院後の通 院 訪問診療先	令和	年	月	日	かかりつけ医

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、ご自宅で関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたしました。
私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。
また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

令和 年 月 日

ご本人・ご家族の署名（同意について）

（続柄）

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付が必要です。

埼玉県比企地区版 入退院時連携シート

東松山市、吉見町、川島町、滑川町、嵐山町、小川町、鳩山町、ときがわ町、東秩父村

- 在宅⇒病院 病院⇒在宅 病院⇒病院・施設
 在宅⇒施設 施設⇒在宅 施設⇒病院・施設

入院日	年 月 日	退院日	年 月 日
記入日	年 月 日	記入日	年 月 日
※連携日	年 月 日	※連携日	年 月 日
記入者：	所属等：	記入者：	所属等：
連絡先 Tel:		連絡先 Tel:	
入退院の目的 <input type="checkbox"/> 緊急対応 <input type="checkbox"/> 疾患の治療 <input type="checkbox"/> 症状の緩和 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> その他()			

フリガナ										
氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	T S H	年	月	日	歳		
住所	(〒 -)									
連絡先:本人 (緊急時含)	自宅: 携帯: ※電話対応 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	連絡先① (緊急時含)	氏名: 本人との続柄: 自宅: 携帯:							
連絡先② (緊急時含)	氏名: 本人との続柄: 自宅: 携帯:	連絡先③ (緊急時含)	氏名: 本人との続柄: 自宅: 携帯:							
主病名 (障害名)										
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	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							
要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中									
公費負担	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> その他 ()	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 ()							
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> ある	病院・医療機関名:								
	<input type="checkbox"/> ない	医師名: 訪問診療 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない								
		連絡先 Tel: Fax:								
介護支援 専門員 (ケアマネジャー)	<input type="checkbox"/> いる	事業所名:								
	<input type="checkbox"/> いない	管理者名:								
		連絡先 Tel: Fax:								
かかりつけ 歯科	<input type="checkbox"/> ある	歯科医院名:								
	<input type="checkbox"/> ない	歯科医師名 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない								
		連絡先 Tel: Fax:								
訪問看護	<input type="checkbox"/> ある	事業所名:								
	<input type="checkbox"/> ない	管理者名:								
		連絡先 Tel: Fax:								
かかりつけ 薬局	<input type="checkbox"/> ある	事業所名:								
	<input type="checkbox"/> ない	管理者名:								
		連絡先 Tel: Fax:								
その他連携 事業所等	<input type="checkbox"/> ある	事業所名:								
	<input type="checkbox"/> ない	管理者名:								
		連絡先 Tel: Fax:								

入院時にのみ記載

退院時にのみ記載

項目		〔 ①入院時(前)の在宅の状況 〕		〔 ②退院時(後)に想定される在宅の状況 〕		
ADL (日常生活動作)	食事 (栄養)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ使用	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ使用	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ使用	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ使用	
		<input type="checkbox"/> 経腸栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃・腸ろう)	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃・腸ろう)	介助は誰が行っているか? (以下、誰が?)	介助は誰が行っているか? (以下、誰が?)	介助は誰が行っているか? (以下、誰が?)
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	(誰が?)	(誰が?)	
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 使用状況 ()	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 使用状況 ()	(誰が?)	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	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	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	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	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	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	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	移動	室内	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	(誰が?)
		屋外	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	入浴	場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()	(誰が?)	場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()	(誰が?)	
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ	(誰が?)	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ	(誰が?)	
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
手段的ADL (手段的日常生活動作)	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 添付資料 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 添付資料 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 添付資料 ()		
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	買物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(誰が?)	
医療処置	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()			
	具体的処置内容	(誰が?)	具体的処置内容	(誰が?)		
留意事項 備考 (※添付資料等)						
	添付資料 ()		添付資料 ()			

入院時情報提供書【入院時情報共有シート】

医療機関



居宅介護支援事業所

医療機関名：
 ご担当者名：

事業所名：
 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、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用ください。

1. 利用者（患者）の基礎情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別
		生年月日	年 月 日生	
住所	〒		電話番号	
住環境 ※可能な場合は写真、などを添付	住居の種類（ ）、 階建て、 居室 階、 エレベーター（ ）			
入院時の要介護度	特記事項（ ）			
障害高齢者の日常生活自立度	<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			
認知症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
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明			<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

2. 世帯情報

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居			
主介護者氏名	(続柄： 才)		()	TEL
キーパーソン	(続柄： 才)		連絡先	TEL

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対する意向	<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対する意向	<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	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の意向について（本人・家族としての意見）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄 年齢）
介護力	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 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
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
特記事項	

6. カラカリス等について（ケアマネジャーからの要望）

「院内の多職種カラカリス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カラカリス」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

* = 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

7. 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		褥瘡の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
A D L	移動	移動(室内)		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	
	移乗	移動(屋外)		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	
	更衣	起居動作			
	整容	本庄市、美里町、上里町、神川町内様式			
	入浴				
	食事				
食事回数	()回/日(朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)				
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		U.D.F等の食形態区分		
摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
口腔	嚥下機能	義歯		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	口腔清潔	口臭		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄	排尿	ポータルトイレ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
	排便	オムツ/パッド		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態	()	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
喫煙	本くらい/日	飲酒	合くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	眼鏡		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	聴力	補聴器		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	言語	コミュニケーションに関する特記事項:			
	意思疎通				
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <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"/> なし <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"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由: 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明			
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input 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 type="checkbox"/> なし <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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <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"/> 消化管ストーマ <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 ()				

8. お薬について ※必要に応じて「お薬手帳(白ビニール)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(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		
お薬に関する特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
医師名	(リガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ()回/月

* = 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

退院退所情報記録書【退院前情報共有シート】

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	歳		□要支援() □要介護() □申請中 □なし
入院(所)概要	入院原因疾患(入所目的等)	入院(所)日： 年 月 日 退院(所)予定日： 年 月 日			
	入院・入所先	施設名	棟	室	
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	医療機関名：	方法	□通院 □訪問診療	
	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*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 □ポータブル □おむつ □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 □行わず			
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他() U・D・F等の食事形態区分			
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり()	義歯	□なし □あり()	
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良	入院(所)中の使用 □なし □あり		
	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			
② 受け止め/意向	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()			
	<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	<input type="checkbox"/> なし <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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <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"/> 消化管ストーマ <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"/> 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"/> 一包化 <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"/> 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"/> 更正装具・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	(禁忌の有無)	(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、どんなことが起こるか(合併症)、良くはなっていく又はゆっくり落ちつい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/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				
2				
3				

※課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括票の活用も考えられる。

入院時情報提供書

記入日 令和1年11月22日
 入院日
 情報提供日

三郷市内 様式

医療機関
 医療機関名：
 ご担当者名： 様

居宅介護支援事業所
 事業所名：
 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、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) 様	年齢	性別
住所		生年月日	
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階建 階	電話番号	
特記事項		エレベーター	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
入院時の要介護度	要支援2	介護保険自己負担割合	
障害高齢者日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2		
認知症高齢者日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M		
障害など認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他		

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()
主介護者氏名	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
キーパーソン	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
世帯に対する配慮	<input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 必要 ()

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/家族の 生活に対する意向	<input checked="" type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)

ジェノグラム

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	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------	--

5. 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)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input checked="" type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ()
退院後の主介護者	<input checked="" type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ()
介護力	<input checked="" type="radio"/> 介護力が見込まれる <input type="radio"/> 介護力は見込めない <input type="radio"/> 介護者なし
※家族や同居者等による虐待の疑い	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「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

7. 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				排泄	排尿		
A D L	褥瘡の有無			口 腔	排便		
	移動				嚥下機能		
	移乗				口腔清潔		
	移動(室内)				義歯		
	移動(屋外)				口臭		
	起居動作			睡眠の状態			
	更衣			眠剤の使用			
	整容			喫煙			
	入浴			飲酒			
	食事			コ ミ ュ ニ カ シ ヨ ン 能 力	視力		
食事形態			聴力				
摂取方法			言語				
水分とるめ			意思疎通				
食事制限			眼鏡				
水分制限			補聴器				
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 幻視 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <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"/> なし <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他()						
入院歴	最近半年間での入院	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明 期間： ~ (理由)					
	入院頻度	<input checked="" type="radio"/> 頻度は高く繰り返し <input type="radio"/> 頻度は低いがこれまでもあ <input type="radio"/> 今回初めて					
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン						

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

因服薬	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	(職種:)
薬剤管理	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input checked="" type="radio"/> 全介助	(管理者)	管理方法	()
服薬状況	<input checked="" type="radio"/> 処方通り服用 <input type="radio"/> 時々飲み忘れ <input type="radio"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="radio"/> 服薬拒否			
お薬に関する特記事項				

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名		診察方法	<input type="radio"/> 通院 <input checked="" type="radio"/> 訪問診療
		頻度	・頻度 = () 回 / 月

*=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

患者氏名	様	ID	作成日
生年月日	昭和	年	月
入院日	平成	年	月
退院支援担当			
病棟担当			
病名	主たる介護者・キーパーソン		
介護保険	担当ケアマネジャー		
入院予定期間			

ご本人の意向	
ご家族の意向	

支援計画	
------	--

その他	
-----	--

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたします。
私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。
また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

平成 年 月 日

ご本人・ご家族の署名（同意について）

(続柄)

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

1. 基本情報・現在の状態

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	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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(所)日	H 年 月 日		退院(所)予定日: H 年 月 日		
	入院原因疾患 (入所目的等)					
	入院・入所先	施設名:	棟	室		
	今後の医学管理	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	①	②	③	疾患の状況 *番号記入	安定() 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 <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 () UDF等の食形態区分				
	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(<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	
	口腔清潔	<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		
	口腔ケア	<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	<本人>病氣・障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	<本人>退院後の生活に関する意向					
	<家族>病氣・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	<input type="checkbox"/> なし <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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <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"/> 消化管ストーマ <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"/> 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"/> 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	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)			
	症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	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	年 月 日				無・有	
2	年 月 日				無・有	
3	年 月 日				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。

介護支援連携指導: 退院時共同指導)

患者氏名	様	ID	作成日
生年月日	昭和	年	月
面談日	平成	年	月
出席者	担当者		

診断名	
病状経過	
ご本人の意向	
ご家族の意向	

ADL	食事	排泄 昼	排泄 夜	入浴	備考	
	屋内 移動	屋外 移動	薬	口腔 ケア		
IADL	調理	洗濯	買物	掃除	通院	金銭 管理
介護保険	要支援1			備考		
必要とされる 医療サービス				備考		
退院後の 医療処置				備考		
退院後の 注意点						

退院予定日	平成	年	月	日	送迎手配
訪問看護 (初回)	平成	年	月	日	時
退院後の通 院 訪問診療生	平成	年	月	日	かかりつけ医

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたしました。
私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。
また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

平成 年 月 日

ご本人・ご家族の署名 (同意について)

(続柄)

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付が必要です。

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

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、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)に関する情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日生	
住所	〒		電話番号		
住環境	住居の種類(戸建て・集合住宅)、__階建て、居室__階、エレベーター(有・無)				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間: 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				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				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		障害の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)	
年金などの種類	<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. 世帯に関する情報について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL:	TEL:	

3. 本人の生活に関する情報について

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対する意向	<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対する意向	<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	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他()
-----------------	--

5. 本人の在宅生活の実現に向けてのケアマネジャーからの意見

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 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
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの意見)

「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

* = 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

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
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"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <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				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	痰	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パット	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態	良	不良 ()			眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙	無	有 本くらい/日			飲酒	無	有 合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:					
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <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"/> なし <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"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/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 type="checkbox"/> なし <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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <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"/> 消化管ストーマ <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 ()									

8 お薬について ※必ずお読みください (白紙) 636	
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 在宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (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
お薬に関する特記事項	

9 かかりつけ医について	
かかりつけ医機関名	電話番号
医師名 (フリガナ)	診察方法 頻度 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 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

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・女	歳	□要支援 () ・要介護 ()	□申請中 □なし	
入院(所)概要	入院(所)日: H 年 月 日		退院(所)予定日: H 年 月 日			
	入院原因疾患 (入所目的等)					
	入院・入所先	施設名	棟	室		
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	医療機関名:	方法	□通院 □訪問診療		
	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*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 □ポータブル □おむつ 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 □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 □あり(時々・常に)		義歯	□なし □あり(部分・総)	
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良		入院(所)中の使用: □なし □あり		
	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		
② 受け止め/意向	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 ()				
	＜本人＞病名・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＞病名・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)	(禁忌の内容/留意点)	
症状・病状の予後・予測	□なし □あり			
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	年 月 日			無・有
2	年 月 日			無・有
3	年 月 日			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。

(2) 入退院支援関係機関連絡先

- ・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
- ・在宅医療連携拠点
- ・在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口

市町村介護保険担当課連絡先

市町村名	担当課	郵便番号	住所	電 話 FAX

県保健所・政令市・中核市保健所 連絡先

保健所名	郵便番号	住所	電 話 FAX

●●地域・医療機関連絡先

◎ある圏域では、以下の項目に加え、訪問看護指示書及び主治医意見書に関する連絡窓口を記載している地域もあります。地域の実情に応じて適宜アレンジしてください。

年 月 日現在

医療法人名 医療機関名	入退院時 担当窓口 (記載例)	郵便番号	住所	電 話 FAX	電話連絡 可能な時間 (記載例)	Eメール (必要に応じて記載)
	地域医療連携室	-		-- --	8:30~17:00	
	地域連携相談室	-		-- --	(月~土) 8:30~17:30	
	医療相談室	-		-- --	(月・火・木・金) 9:00~17:00 (水・土) 9:00~12:00	
	看護師長	-		-- --	8:30~17:30	
	医療ソーシャル ワーカー	-		-- --	(月~金) 9:00~17:30 (土) 9:00~12:30	
	医療福祉相談室	-		-- --	(月~土) 8:30~17:00	
	病棟主任	-		-- --	8:30~17:00	
	地域医療連携室	-		-- --	(月~金) 9:00~17:00	
	<入院時> 地域医療連携室	-		-- --	8:30~17:00	
	<退院時> 医療相談室	-		-- --		
	リハビリテー ション部	-		-- --	8:30~17:30 (水・土) 8:30~12:30	
	地域・グループ 連携室	-		-- --	(月~金) 9:00~17:00 (土) 9:00~12:00 *祝日を除く	
	病棟ナースセンター	-		-- --	水土は午後休診 それ以外の曜日は 診察時間内なら 電話連絡可	

●●地域・地域包括支援センター連絡先一覧

令和1年●月●日現在

事業所名	担当地区	郵便番号	住所	電話 FAX	Eメール
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	

在宅医療連携拠点連絡先

2020年1月1日現在

No.	医師会	管轄市町村	名称	郵便番号	住所
1	浦和医師会	さいたま市浦和区、南区、桜区、緑区	浦和在宅医療支援相談センター	330-0061	さいたま市浦和区常盤6-4-18
			指定居宅介護支援センター浦和医師会館 4階	電話番号	048-826-5121
2	川口市医師会	川口市	川口市在宅医療サポートセンター	332-0012	川口市本町4-1-8
			川口センタービル4階 川口市医師会内	電話番号	048-229-7670
3	大宮医師会	さいたま市大宮区、北区、見沼区、西区	大宮在宅医療支援センター	331-8689	さいたま市北区東大成町2-107
			大宮医師会館 2階	電話番号	048-778-7155
4	川越市医師会	川越市	川越市在宅医療拠点センター	350-0036	川越市小仙波町2-53-1
			川越市医師会館 4階	電話番号	049-225-7780
5	熊谷市医師会	熊谷市	熊谷在宅医療支援センター	360-0816	熊谷市石原3-208
			埼玉慈恵病院内	電話番号	048-521-0321
6	行田市医師会	行田市	行田市在宅医療支援センター	361-0021	行田市富士見町2-17-17
			行田中央総合病院内	電話番号	048-553-2003
7	所沢市医師会	所沢市	所沢市医療介護連携支援センター	359-0025	所沢市上安松1224-1
			所沢市保健センター 1階	電話番号	04-2902-6104
8	蕨市医師会	蕨市、戸田市	蕨市在宅医療支援センター	335-0004	蕨市中央4-9-22
			わらびとだ訪問看護ステーション内	電話番号	048-434-5100
9	北足立郡市医師会	鴻巣市	鴻巣地区在宅医療連携センター	365-0036	鴻巣市天神5-11-11
			鴻巣訪問看護ステーション内	電話番号	048-594-6912
		桶川市、北本市、伊奈町	桶川北本伊奈地区在宅医療連携センター	364-0014	北本市二ツ家3-183
			桶川北本伊奈地区医師会訪問看護ステーション内	電話番号	048-501-2085
10	上尾市医師会	上尾市	在宅医療連携支援センター	362-8588	上尾市柏座1-10-10
			上尾中央総合病院内	電話番号	080-1334-1530
11	朝霞地区医師会	朝霞市、新座市、和光市、志木市	地域包括ケア支援室	351-0104	和光市南1-23-1
			和光市総合福祉会館 2階	電話番号	048-465-6575
12	草加八潮医師会	草加市、八潮市	在宅医療サポートセンター	340-0016	草加市中央1-5-22
			草加市保健センター 1階	電話番号	048-959-9972
13	さいたま市与野医師会	さいたま市中央区	与野在宅医療センター	338-0003	さいたま市中央区本町東4-4-3
			中央区保健センター 3階	電話番号	080-9980-2715
14	入間地区医師会	入間市	入間市在宅医療支援センター	358-0013	入間市上藤沢730-1
			入間市健康福祉センター 3階	電話番号	04-2966-3201
		毛呂山町、越生町	毛呂山越生在宅医療相談室	350-0451	毛呂山町大字毛呂本郷1006
			くらしワンストップMORO HAPPINESS館 3階	電話番号	049-295-2320

No.	医師会	管轄市町村	名称	郵便番号	住所
15	飯能地区医師会	飯能市、日高市	在宅医療連携拠点 はんのう	357-0021	飯能市双柳371-13
			飯能市総合福祉センター 2階	電話番号	042-978-5791
16	東入間医師会	富士見市、ふじみ野市、三芳町	地域医療・介護相談室	356-0038	ふじみ野市駒林元町3-1-20
			東入間医師会訪問看護ステーション内	電話番号	049-293-6877
17	坂戸鶴ヶ島医師会	坂戸市、鶴ヶ島市	在宅医療相談室	350-0212	坂戸市石井2327-5
			坂戸鶴ヶ島医師会 地域医療センター 2階	電話番号	049-288-1288
18	狭山市医師会	狭山市	狭山市医師会立在宅医療支援センター	350-1304	狭山市狭山台3-24
				電話番号	04-2946-8425
19	比企医師会	東松山市、吉見町、川島町、滑川町、嵐山町、小川町、鳩山町、ときがわ町、東秩父村	比企医師会在宅医療連携拠点	355-0016	東松山市材木町2-36
			東松山市保健センター 2階	電話番号	0493-81-5563
20	秩父都市医師会	秩父市、小栗野町、横瀬町、皆野町、長瀬町	ちちぶ在宅医療・介護連携相談室	368-0025	秩父市桜木町8-9
			秩父市立病院地域医療連携室	電話番号	0494-25-5013
21	本庄市児玉郡医師会	本庄市、美里町、上里町、神川町	本庄市児玉郡医師会在宅医療連携拠点	367-0061	本庄市小島6-8-8
			本庄市児玉郡医師会立訪問看護ステーション内	電話番号	0495-24-0350
22	深谷寄居医師会	深谷市、寄居町	深谷寄居在宅医療連携室	366-0033	深谷市国清寺319-3
			深谷寄居医師会事務局内	電話番号	048-501-5951
23	北埼玉医師会	加須市、羽生市	北埼玉在宅医療連携室	347-0043	加須市馬内441
			北埼玉医師会メディカルセンター内	電話番号	0480-31-6199
24	南埼玉都市医師会	久喜市	南埼玉都市在宅医療サポートセンター(久喜)	346-0005	久喜市本町5-3-19
			南埼玉都市医師会事務局内	電話番号	0480-23-8044
		蓮田市、白岡市、宮代町	南埼玉都市在宅医療サポートセンター(蓮田、白岡、宮代)	349-0196	蓮田市黒浜4147
			独立行政法人国立病院機構東埼玉病院内	電話番号	048-768-6500
25	越谷市医師会	越谷市	越谷市医療と介護の連携窓口	343-0022	越谷市東大沢1-12-1
			越谷市医師会事務局内	電話番号	048-940-7701
26	春日部市医師会	春日部市	春日部市地域包括ケアシステム推進センター	344-0063	春日部市緑町6-11-41
			春日部厚生病院内	電話番号	048-745-8651
27	岩槻医師会	さいたま市岩槻区	岩槻区医療介護連携支援センター	339-0057	さいたま市岩槻区本町2-7-2
			訪問看護ステーションいわつき内	電話番号	048-792-0896
28	北葛北部医師会	幸手市、杉戸町	在宅医療連携拠点 菜のはな	340-0153	幸手市吉野517-5
			東埼玉総合病院内	電話番号	0480-40-1311
29	吉川松伏医師会	吉川市、松伏町	吉川松伏在宅医療サポートセンター	342-0055	吉川市平沼1235-1
			吉川松伏医師会内 1階	電話番号	048-940-8375
30	三郷市医師会	三郷市	三郷市在宅医療・介護連携サポートセンター	341-0042	三郷市谷口544
			三郷市保健センター分室	電話番号	048-949-6119

在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口

月曜日～金曜日 10:00～15:00(祝日・年末年始除く)

在宅歯科医療推進窓口 地域拠点・支援窓口名	担当地区	電 話
1 さいたま市浦和地区在宅 歯科医療推進窓口地域拠 点	さいたま市 浦和区、南区 緑区、桜区	090-1993-8020
2 岩槻地区在宅歯科医療支 援窓口	さいたま市 岩槻区	080-1026-8020
3 川口地区在宅歯科医療推 進窓口地域拠点	川口市	090-4067-8020
4 さいたま市大宮地区在宅 歯科医療推進窓口地域拠 点	さいたま市 西区、北区 大宮区、見沼区	080-2273-8020
5 川越市地区在宅歯科医療 推進窓口地域拠点	川越市	080-2233-8020
6 熊谷市地区在宅歯科医療 推進窓口地域拠点	熊谷市	080-2184-8020
7 北足立地区在宅歯科医療 推進窓口地域拠点	鴻巣市 北本市 桶川市 伊奈町	080-8434-8020
8 上尾地区在宅歯科医療支 援窓口	上尾市	090-4072-8020
9 さいたま市与野地区在宅 歯科医療推進窓口地域拠 点	さいたま市 中央区	080-8050-8020
10 朝霞地区在宅歯科医療推 進窓口地域拠点	朝霞市 志木市 和光市	080-2334-8020
11 新座地区在宅歯科医療支 援窓口	新座市	080-2252-8020
12 蕨戸田地区在宅歯科医療 推進窓口地域拠点	蕨市 戸田市	090-4813-8020
13 入間郡市地区在宅歯科医 療推進窓口地域拠点	狭山市 入間市 越生町 毛呂山町	080-8857-8020
14 飯能・日高地区在宅歯科 医療支援窓口	飯能市 日高市	090-4396-8020
15 坂戸・鶴ヶ島地区在宅歯 科医療支援窓口	坂戸市 鶴ヶ島市	090-3096-8020

2020年1月1日現在

在宅歯科医療推進窓口 地域拠点・支援窓口名	担当地区	電 話
16 東入間地区在宅歯科医 療支援窓口	富士見市 ふじみ野市 三芳町	090-4752-8020
17 所沢市地区在宅歯科医 療推進窓口地域拠点	所沢市	080-7759-8020
18 比企郡市地区在宅歯科 医療推進窓口地域拠点	東松山市、小川町 嵐山町、滑川町 ときがわ町、鳩山町 吉見町、川島町 東秩父村	080-8443-8020
19 秩父郡市地区在宅歯科 医療推進窓口地域拠点	秩父市、小鹿野町 長瀨町、皆野町 横瀬町	080-8729-8020
20 本庄市児玉郡地区在宅 歯科医療推進窓口地域 拠点	本庄市 上里町 神川町 美里町	080-2164-8020
21 大里郡市地区在宅歯科 医療推進窓口地域拠点	深谷市 寄居町	080-2085-8020
22 北埼玉地区在宅歯科医 療推進窓口地域拠点	行田市	080-1391-8020
23 加須・羽生地区在宅歯 科医療支援窓口	加須市 羽生市	090-7418-8020
24 埼玉地区在宅歯科医療 推進窓口地域拠点	白岡市、幸手市 久喜市、蓮田市 杉戸町、宮代町	080-1225-8020
25 春日部地区在宅歯科医 療支援窓口	春日部市	090-2253-8020
26 草加地区在宅歯科医療 支援窓口	草加市	090-2664-8020
27 越谷市地区在宅歯科医 療推進窓口地域拠点	越谷市	090-5764-8020
28 東埼玉地区在宅歯科医 療推進窓口地域拠点	八潮市	090-5526-8020
29 三郷地区在宅歯科医療 支援窓口	三郷市	090-3097-8020
30 吉川地区在宅歯科医療 支援窓口	吉川市 松伏町	090-2308-8020
31 埼玉県在宅歯科医療推 進窓口	全域 ※地区の電話がつか ない場合	048-822-6464