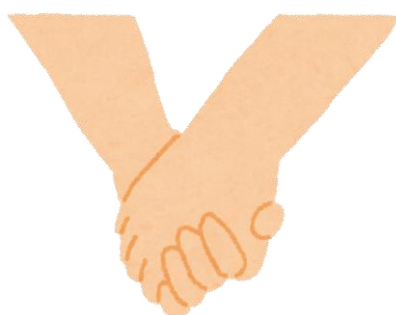


# 湖南保健医療圏域

～病院とケアマネジャーの連携手引き～

## 在宅療養 安心ロード Ver. 2



**みんなでつながろう！ 連携のボタン**

令和5年（2023年）3月

# 目 次

- 1 はじめに ... 1
- 2 「湖南太郎さんの在宅療養 安心ロード」... 2
  - 入退院調整支援における病院とケアマネジャーの連携 ... 3
    - ① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合
    - ② 新たに介護保険サービスを受ける場合
  - 外来時における病院とケアマネジャーの連携 ... 4
- 3 連携を効果的に行うためのツール
  - ① 入院時情報提供書（滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）... 5
  - ② 退院に向けての聞き取りシート（滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）... 11
  - ③ 外来-地域連携 情報共有シート・外来時情報提供書の位置づけについて  
（湖南圏域病院・在宅連携検討会議作成）... 18
  - ④ 外来-地域連携 情報共有シート、記入例 1～3... 19
  - ⑤ 外来時情報提供書、記入例... 25
- 4 参考資料 ... 27
  - ① ケアマネジャーの役割と情報共有について  
（大津圏域「介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議」作成）... 28
  - ② 「私の在宅療養手帳」（草津市・栗東市）、  
「在宅療養手帳」（守山市・野洲市） について... 30
- 5 連携の窓口等一覧 ... 33
  - ① 地域包括支援センター（草津市、守山市、栗東市、野洲市）... 34
  - ② 在宅医療介護の連携に関する相談窓口（草津市、守山市、栗東市）... 35
  - ③ 病院 ... 39
- ◇ 病床機能について ... 42
- ◇ 連携手引きができるまで ... 43
- ◇ 在宅療養 安心ロード Ver. 2 早見表 ... 45

# はじめに

## ■ 初版 平成28年3月

介護保険制度が始まって15年、“連携”は無くってはならない大切なテーマです。

2025年から2040年にかけて、湖南圏域は他の圏域に比べ急速に高齢化が進み、医療や介護を必要とする人の大幅な増加が見込まれます。

安心して入院と在宅を行き来できるよう、平成26年度の大津保健医療圏域のモデル事業をきっかけに、湖南保健医療圏域においても入退院支援における連携をスムーズに行うために話し合いを重ねてきました。

「連携は何のため？」

話し合いの中で何度も出てきたのは、「本人・家族のために」という思いでした。それは、病院の支援者も地域の支援者も同じでした。

職種や立場が違えば、時には意思の疎通がうまくいかず、連携がスムーズにいかないこともあると思います。しかし、本人をしっかりと真ん中において、お互いの仕事や立場を理解し、病院と地域の支援者が歩み寄れば、きっとよい連携ができるのではないのでしょうか。病院とケアマネジャーの入退院支援における連携ルールを手引きとしてまとめました。

この連携ルールはあくまでも原則です。新人から経験豊富なベテランまで、多くの方が活用できるよう基本的なものとなっています。

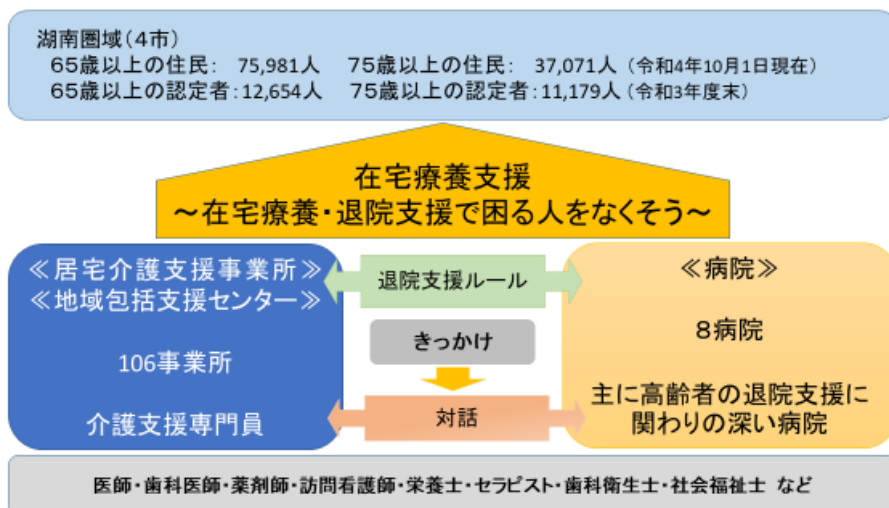
多くの方に活用され、より良い連携ができることを期待して、初版を発行します。

## ■ 第2版 令和5年2月

初版発行後、連携ルールの普及活動や事例の共有を行ってきましたが、令和元年度から湖南圏域病院・在宅連携検討会議において入院・退院安心ロードの運用状況を共有し、課題を検討してきました。今回はその中で、優先して取り組むべきこととして挙げられた「外来—地域連携」の視点から改訂を行いました。

ケアマネジャーや病院の専門職が入退院だけを連携の機会と捉えず、日常的な外来診療においても相互の課題・目的を共有し、一連の経過や流れを尊重しつつ、刻々と変化していく「本人・家族」のニーズに寄り添い続けることを視野に修正を加えました。

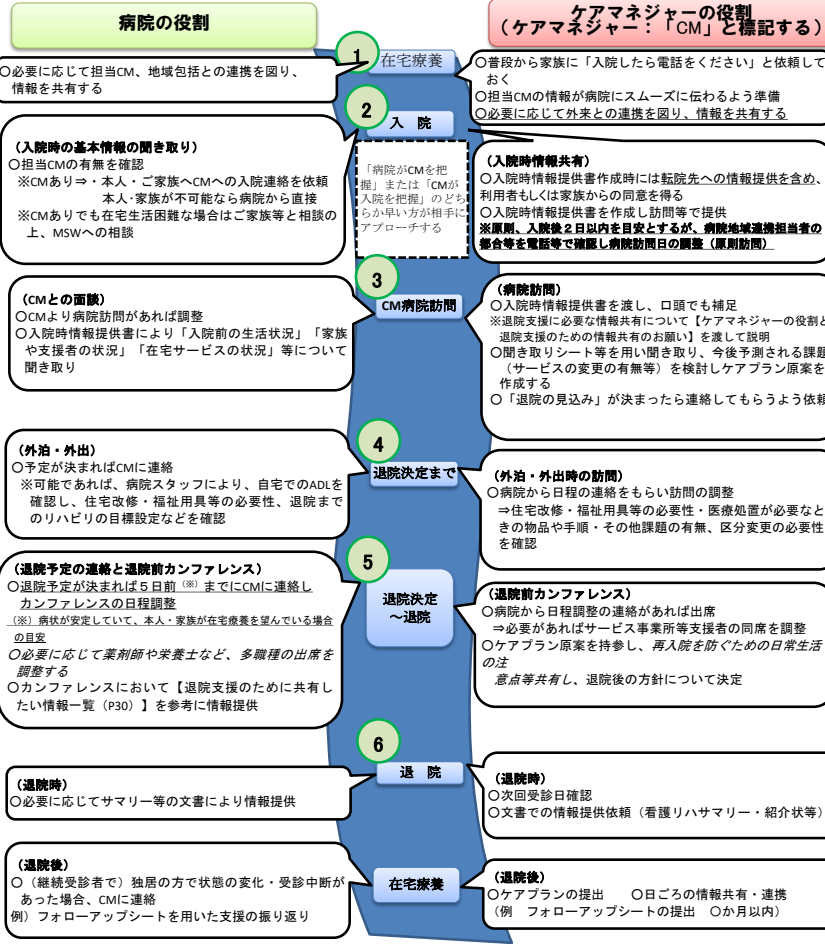
この連携ルールは、病院や地域の支援者が積極的に活用することで、より質が高まっていくと考えています。今後も本人や家族が安心して生活ができるよう、ともに連携し入退院支援・在宅療養支援を進めていきたいと思います。





2 在宅療養支援における病院とケアマネジャーの連携 ～① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合～  
～ 湖南太郎さんの在宅療養 安心ロード～

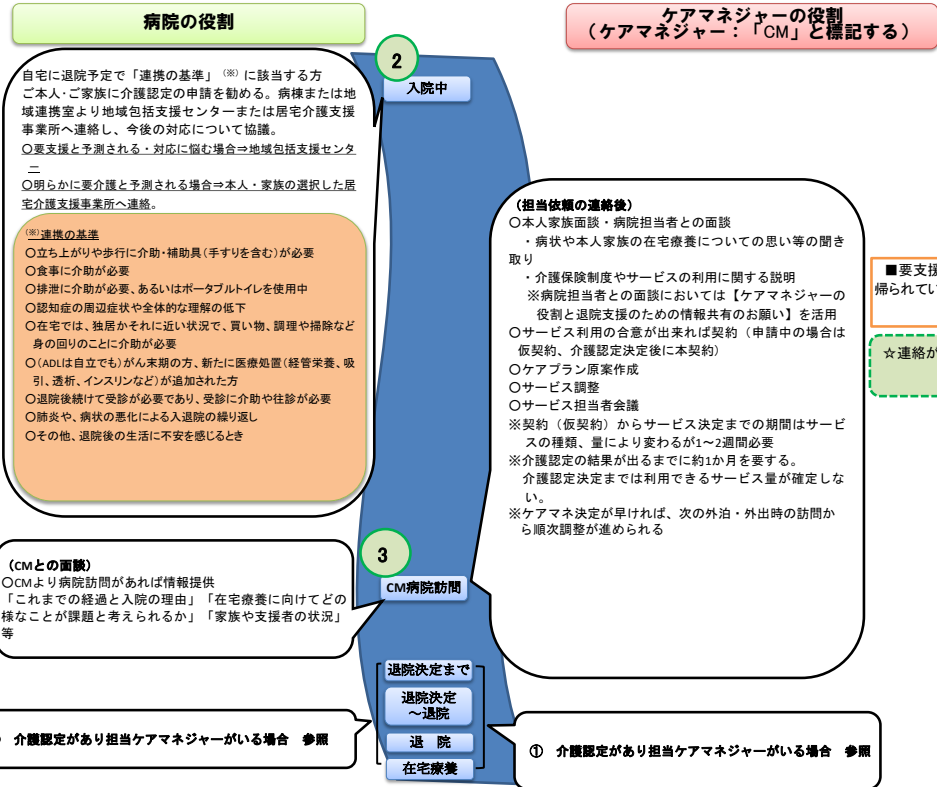
- 背景にあるエピソードや困りごとなど
- ★ 良くする工夫やアイデア



- 病院では、本人に聞いても担当CMの名前がわからないことも多い。CM名がわからないと調整に困る。
- ★ 介護保険証に事業所、CMを大きく記載
- ★ 在宅療養手帳を活用
- ★ 入院時セットにCMの名刺を入れておく
- ★ 介護保険証と医療保険証を一緒に携帯
- 何を工夫すれば在宅が可能か、連絡表に記入してもらえると調整しやすい。
- 状況把握が難しい。
- 老々世帯。子が近くにいるも本人たちのことを実はいくら知らないか。
- 認知症の把握が困難。家と病院で出方が違う。よそ行き顔をされてもいる。
- 入院中だけでは、生活課題がわからないことも多い。
- ★ 情報の共有が大事
- ★ 例えば、ケアマネから階段昇降ができたなら帰れると思うやポータブルトイレに移れたら在宅生活ができる等の情報
- 院内の連携、院内への浸透が難しい
- 外来や手術等主治医のカンファレンス出席が難しい
- 担当ケアマネがいれば、全員引き継いでほしい
- ★ 院内の連携を図る。病棟で決定したい地域に連絡するようにする。家族からもケアマネに連絡する。
- サービスに消極的な方、経済面、家にあまり入れたくない人などは、つながりにくい
- ★ 地域包括支援センターへの連携をする

- CMが入院を知らないこともある。入院を把握できないと入院時情報提供が遅れてしまう。
- ★ 入院時、家族にも「ケアマネに連絡してほしい」と伝えてもらうと助かる。
- ★ 福祉用具だけの人も入院したら連絡してもらおう家族に伝えておく
- 情報提供書を持っていく窓口がわかりにくい病院が活用できる情報の提供が大事
- 病院が必要とする情報は？
- 訪問のタイミングが病院によって違う
- ★ 窓口の明確化、一覧表
- ★ ケアマネからの情報提供
- ★ ケアマネからの情報提供
- ★ 普段の生活をどうされているか
- ★ 1週間をどのように暮らしているか
- ★ どうしていきたいと思うか
- ★ 家族がどうかかわっているか
- ★ 一客観的事実で、予後予測の入った情報提供書は良い
- 在宅の課題と入院中の課題はイコールでは
- ★ 早めに連絡ももらえと段階を追って調整できる。
- カンファレンスを聞いてほしい人
- 医療依存度が高くなったり、調整が必要な人
- カンファレンスにDr 出席してほしい
- Dr、Nsの専門用語は理解されない
- 予定通りに入退院する人は、サマリーだけで十分こともある。
- ★ カンファレンスの開催が必要な人とサマリリーのみでいい人がいる。カンファレンスが重要な人をケアマネと病院が共有する
- ★ 司会が「専門用語使わず本人・家族にわかりやすい言葉をお願いします」「在宅での注意点を伝えてください」という。
- 基本は家族と本人で病院と調整。独居や医療依存度が高い場合、連携必要
- 死亡退院の場合、把握できないことがある
- ★ 死亡の場合も連絡があるとありがたい

2 在宅療養支援における病院とケアマネジャーの連携 ～② 新たに介護保険サービスを受ける場合～  
～ 湖南太郎さんの在宅療養 安心ロード～



- だんな人をつないだらよいか、わからない
- どこへ連絡したらよいか、わからない。
- 要支援：市により包括の場合と事業所CMの場合がありややこしい。
- 新規申請、暫定利用の場合、どのタイミングでCMにつなぐとよいかわからない。
- ★ 窓口の明確化
- 1) -1 要支援が予測される場合
- 地域包括支援センター(草津市、栗東市、野洲市)
- ※守山市は地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所
- 1) -2 対応に迷う場合
- 地域包括支援センター(草津市、守山市、栗東市、野洲市)
- 2) 要介護が予測される場合
- 本人・家族が選択した居宅介護支援事業所(草津市、守山市、栗東市、野洲市)

- 要支援の方、自己判断ができる連絡無く帰られていることがある。
- ★ 連絡が必要かどうかを相談する

### 3 外来時における病院と地域の連携 ～ 湖南木匠さんの在宅療養安心ロード～

### 外来時の情報連携で期待される効果

- ①本人が、効果的な医療を受けられる。
- ②本人や支援者が日常生活での注意点を明確にすることができる。
- ③本人が、外来受診を継続し、医療を中断せず、症状の悪化を防ぐことができる(重症化予防)。
- ④支援者が、外来時からの連携することにより、適切な入院加療へつなげることができる。
- ⑤支援者が、受診や支援につながっていない方の早期発見、早期支援を行うことができる。
- ⑥支援者が、外来からの情報連携を行うことにより、退院支援の充実、外来支援の継続につなげることができる。
- ⑦支援者が、地域での生活の様子を情報共有することにより、その人の自分らしい在宅での生活を支援することができる。

- #### 外来一地域連携の目的
- ①本人が医療を受けながら安心して在宅療養ができる
  - ②支援を要する人を適切な社会資源につなげる
  - ③支援者等が早期に介入することで、本人が在宅生活を継続すること

- #### 背景にあるエピソードや困りごとなど
- 良くする工夫やアイデア

- だんな人をつないだらよいか分からない
- どこへ連絡したらよいか分からない

#### 病院の役割

#### 地域の役割 (地域包括支援センター：「地包」と標記する) (ケアマネジャー：「CM」と標記する)

- #### ★だんな人/どんな時(例)
- ①本人/家族の力が弱く、地域での生活状況、身体状況を外来時に適切に伝えることができない場合  
外来時の診療内容の理解に弱さがある場合  
等で、情報共有を有するとき  
(独居、老々介護、治療変更時、退院時の指導内容が守られている把握を要する時、課題を有する時 等)
  - ②認知症(疑い含む)、高次脳機能障害の方等で、課題が生じた場合、認知症ケア等在宅診療への切り替えを検討する場合
  - ③適切な医療管理ができていない場合  
(検査データが改善しない、受診の拒否、入院の拒否、服薬ができていない、救急受診を繰り返して外来にもつなげられない場合で支援を要するとき 等)
  - ④介護保険につなげられていない、社会資源につなげられていないが支援を要する場合
  - ⑤経済的な問題、家族の問題を有する場合  
(生活困窮者、DV等)
- #### ★窓口
- 1) ー1 CMがいる場合  
担当CM
  - 2) ー1 担当CMが不明、要支援が予測される場合、対応に迷う場合  
地域包括支援センター

#### 在宅療養

1

#### 外来からの情報提供(相談)

- 必要に応じて家族に外来同席を相談
- 担当CMがいる場合CMに情報提供  
(外来一地域連携情報共有シートなどを利用)
- 居住地の地域包括支援センターへ相談

#### 外来患者の情報提供(相談)

- 必要に応じて家族に外来同席を相談
- 病歴窓口へ情報提供、問い合わせ  
(病院指定の方法/外来一地域連携情報共有シートなどを利用)

#### 必要に応じて担当CM、地域包括との連携を図り、情報を共有する

#### 必要に応じて家族に外来との連携を図り、情報を共有する

#### 地域から相談があった場合の対応と報告

- 相談を受ける担当者が診療科の外来など回答可能な担当者へつなぐ
- 回答を地域に返答する
- (外来一地域連携情報共有シートなどを利用)

#### 外来連携患者に関するフォローアップと報告

- 病院からの回答を必要に応じて患者・家族に共有する
- その後の経過について必要時病院へ報告する

#### 外来から相談があった場合の対応と報告

- 担当CMがいる場合はCMへつなぐ(包括支援センターなど)
- 患者・家族から情報収集し病院へ回答する  
(外来一地域連携情報共有シートなどを利用)

#### 必要に応じて家族に外来との連携を図り、情報を共有する

- #### ★だんな人/どんな時(例)
- ①認知症(疑い含む)、高次脳機能障害の方、医療管理を行っている患者等で、課題が生じた場合
  - ②本人/家族の力が弱く、地域での生活状況、身体状況を外来時に適切に伝えることができない場合  
外来時の診療内容の理解に弱さがある場合  
等で、情報共有を有するとき  
(独居、老々介護、病状不安定、診察前に医療側に伝えたい情報がある時、課題を有する時等)
  - ③適切な医療管理ができていない場合  
(受診の中断、服薬ができていない 等)
  - ④介護保険認定がない、社会資源につなげられていないが支援を要する場合
  - ⑤経済的な問題、家族の問題を有する場合  
(生活困窮者、DV等)
  - ⑥退院後初回の外来受診前に、地域での生活の様子を伝える必要がある時
- #### ★窓口
- 病院窓口一貫参照

(令和4年度 湖南木匠さん・在宅連携検討会議 改訂)

## — 入院時情報提供書について —

### 「入院時情報提供書」の提案の背景と目的について

滋賀県介護支援専門員連絡協議会  
会長 鈴木 則成

#### 1. 入院時情報提供書の提案の背景と位置づけ

国は、急増する後期高齢者の入院ニーズに対応するため、病院の平均在院日数の短縮化を推し進めています。こうした中、介護支援専門員には、要介護高齢者の「退院支援」に積極的に関わるとともに、「円滑な退院を支援する」ことへの貢献が求められています。

さて、我々が行った退院事例調査によると、

- ① 退院事例の約7割は急性期病床からの退院である
- ② 急性期病床からの退院患者の入院原因疾患をみると、肺炎や心疾患の方が多かったが、そのうちの約8-9割は、要介護者の入院である
- ③ 急性期病床からの退院患者に対し、退院前訪問指導は1割程度しか行われていない（自宅の療養環境や入院前の生活状況を、病院側は十分には把握できていない）

などがわかりました。これらの事実と国の施策動向から、「急性期病床との入院時の連携の強化を図ること」を解決すべき優先課題の一つと考えました。

今回、提案する「入院時情報提供書」は、この課題を解決（改善）するための「手段」として2016年1月に改訂したものを再改訂したものです（もちろん、急性期病床だけでなく、回復期リハ病床や療養病床から退院される場合、又転院された場合の情報提供、予定入院の際にもお使い頂けるものとなっています）。

#### 2. 項目をどのように選定していったか—連携強化に向けて—

「連携」とは、お互いの強みと弱みを理解しあった上で、お互いの機能を補完しあうために行うものです。ただし、連携自体が目的ではなく、あくまで「要介護高齢者の退院をより円滑にする（安心して退院してもらう）」という共通目標を達成するために連携を行うのです。

では、病院専門職と介護支援専門員のお互いの「強み」と「弱み」は何でしょうか。

今後、急性期病床では平均在院日数がさらに短縮される方向です。そうすると、次のようなことが起こると想定されます。

- ・入院直後から「退院支援計画」の策定を開始せざるを得なくなる。
- ・退院前訪問指導などを行う時間的、人力的な余裕がなくなる。  
(入院前の生活状況や療養環境の、直接的な把握がより困難になる)
- ・入院期間中の「退院指導」が完結しなくなる。  
(退院後を含めた継続指導（病院看護師と訪問看護師の役割分担と連携）が必要となる)
- ・入院中のリハや看護（退院指導を含む）の提供に関しても、自宅退院に向けた焦点化（重点化）が必要となる。（ゴール設定とゴール達成に向けた方法論の検討が重要となる）

一方、介護支援専門員は、入院前の生活状況や療養環境を知っています。また、退院後の生活がすぐに成り立つためには何が必要かも知っています。また、生活を支えるために必要な地域資源についても知っています。これらが、病院の専門職に対する「強み」になります。逆に、病院の専門職は、①病状や症状、ADL、諸機能（認知機能、嚥下機能など）に対するアセスメント能力が高い、②症状やADLなどの予後予測ができる、③入院中の24時間の状況を把握している、④様々な検査結果を把握しているなどの強みをお持ちです。

そこで、今回、①退院支援を行う上で重要な情報だが、病院の関係者では把握が難しい情報、②自宅退院に向けて、入院中に提供する看護やリハの内容を検討する際の参考となる情報、③在宅での医療支援体制に関する情報を提供するという観点から、項目を選定しました。

（1頁に収めるため、項目は最低限度にしてあります）

#### 1) 基本情報に関する項目

...生活歴や家族状況は、現在までどのような生活を送ってこられたのか、退院に向けた相談を誰と行うのかを知る重要な情報です。そこで以下の項目を設定しました。

- ・「氏名」「性別」「生年月日」「年齢」「住所」  
「家族状況」（ジェノグラム（家族図）、主介護者、家族理解・支援配慮要など）  
「キーパーソン」（主の相談者）「緊急連絡先」  
「要介護度」「有効期間」「生活歴（家族関係含む）」の11項目の基本情報

#### 2) 入院歴に関する項目

...過去半年間の入院の有無は、直近の入院情報を知るための手掛かりとなります。そこで、以下の項目を設定しました。

- ・「過去半年間の入院有無と原因疾患」

#### 3) ADLの自立度や手段等に関する項目

...入院前の自立度は、入院中のリハのゴール設定上の参考にもなります。また、仮に、入院前から通所で入浴を行っていたのであれば、退院後も通所で入浴を行うことで当面对応可能となります。入院中のリハ提供において、「自宅での入浴の自立」などを目標とせず、それ以外の「日常生活で困っていること」を解決するようリハに注力頂くことも可能になると思います。そこで、以下の項目を設定しました。

- ・「屋内歩行（移動手段）」「屋外歩行（移動手段）」「移乗」「入浴（入浴場所）」  
「排泄（排泄方法）」「食事摂取（食事形態）」の6項目の自立度及び特記事項

#### 4) 処置や服薬に関する項目

...服薬を正しく行うよう支援することは、非常に重要となります。要介護高齢者の場合、認知機能の問題や介護力の問題があり、必ずしも正しく服薬されている訳ではありません。そのため、服薬に関する本人の自立度、正しい服薬に向けた工夫を、病院の看護師の方に知っておいてもらうことは重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

- ・処置の有無 ・服薬の自立度 ・一包化の必要性 ・外用薬の有無 ・特記事項



#### 5) 認知機能／B P S Dに関する項目

...入院によって認知機能が低下したり、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）が悪化したりすることがあります。BPSDは療養環境の変化が影響する場合があります。したがって、入院前の状態をできるだけ正しく伝えることは重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

- ・ 認知機能 ・ BPSDの有無

#### 6) 精神症状に関する項目

...入院によって意欲が低下したり、鬱傾向になるなど精神状態が不安定になることがあります。精神状態は療養環境の変化が影響する場合があります。したがって、入院前の状態をできるだけ正しく伝えることが重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

- ・ 意欲低下 ・ 鬱傾向 ・ せん妄の既往 ・ その他

#### 7) 入院前の困りごとに関する項目

...住環境や用具使用上の制限などは、入院中のリハ内容に大きく影響するものです。住環境に関する写真（居室、トイレ、お風呂、玄関、トイレやお風呂までの動線など）があれば、リハ専門職は、リハすべき内容がイメージできることから、是非添付頂きたい情報です。また、入院前における本人や家族の困りごとを把握しておくことは、入院中の看護やリハ内容を検討する上でも重要な情報と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

- ・ 入院前の本人の生活面の困りごと ・ 家族の介護上の困りごと
- ・ 住環境や用具使用上の課題（住環境の写真・看取り図の添付など）

#### 8) 医療支援体制に関する項目

...在宅での医療を支えるメンバーの支援体制に関する情報は重要です。そこで、以下の項目を設定しました。

- ・ 主治医情報（機関名、医師名、入院前の訪問診療の頻度、TEL）
- ・ 歯科（機関名、訪問歯科の有無）
- ・ 薬局（機関名、訪問薬剤の有無）
- ・ 訪問看護（事業所名、TEL）
- ・ リハ職（事業所名、TEL、リハ職名、職種）

#### 9) 介護サービス・福祉用具の利用に関する項目

...入院前の介護サービス・福祉用具の利用情報は、退院後の生活を見据えた参考情報です。利用日、サービス事業名、事業所名及び福祉用具の情報を提供して下さい。居宅サービス計画書（1～3）があれば、利用者及び家族の生活に対する意向や、在宅での生活がイメージできることから、是非添付頂きたい情報です。

#### 10) 退院に向けて自宅での生活継続に対する本人・家族の思いに関する項目

...在宅での生活の継続に対する本人・家族の意向を確認しておくことは、退院先を考える上でも、また、入院中の看護やリハの内容にも影響します。そこで、本人・家族の思いを記載する形にしました。

- ・ 本人の思い ・ 家族の思い

#### 1 1) 退院に向けてケアマネからみた生活上の一番の課題に関する項目

…退院後の自宅での生活上で一番の課題となることを想定した上で、特に病院の専門職に配慮頂きたい内容（記載例では、段差が多い屋内での杖での移動の確保）を記載する形にしました。記載例では、これ以外にも、「お茶を飲む時にむせる（嚥下機能の低下）」なども生活上の支障と考えられますが、嚥下機能は、入院中にレベルが変わる可能性があるため、病院を訪問時に状況を確認しながら、必要に応じて情報提供すればよいでしょう。

あくまで、ゴール設定を行うのは病院の専門職です。ゴール設定に参考となる情報を提供するものが、本書類の立ち位置とお考え下さい。

### 3. 入院時情報提供書を活用するに当たっての留意点

#### 1) 入院時情報提供書の目的を理解して下さい

病院の専門職がゴール設定や入院中の看護・リハ内容を検討する際の参考情報を提供することが目的です。もちろん、「自宅環境も把握せず、院内でのADLの状況だけを見て自宅でもできるはずと判断して退院となり、退院後の生活が成り立たない」といったことが起きないように是正する意味あいもあります。

退院後の生活を守り、支えるのは介護支援専門員の役目です。今回提案している入院時情報提供書を作成した背景や経緯をご理解の上、上記目的を意識しながらご活用いただきたいと思います（どのように記載するかではなく、何のためにどのような記載が必要かの観点から記載下さい）。

#### 2) 一律に活用頂くものではありません。地域での検討状況に合わせて修正下さい

滋賀県では、圏域ごとに様々な医療・介護連携対策が進められています。入院時情報提供に関してもすでに活用されている地域もあると思います。地域の実情に合わせて修正頂ければ結構です（情報としての不足分を追加提供するような形もあるかもしれません）。

### 4. 個人情報の利用について

「入院時情報提供書」の医療機関等への情報提供（転院先への情報提供を含む）は個人情報の利用に該当します。「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第23条第3項に基づき、情報提供するにあたっては、転院先への情報提供も含め、利用者及びその家族から同意を得てください。

【入院時情報提供書 居宅介護支援事業所→医療機関（転院先も含む）】 ※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。  
 なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

病院担当者様 (記入日: 年 月 日 入院日: 年 月 日)

基本情報	フリガナ		性別		生年月日		年齢				
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日		歳				
	住所							家族状況			
	キーパーソン	様 ( ) (TEL)									
	緊急時連絡先	様 ( ) (TEL)									
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )									
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
生活歴 (家族関係含む)											
入院前の状況	過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 ~ 年 月 日 (原因疾患)						<input type="checkbox"/> 家族理解・支援配慮要(追加情報あり)			
	屋内歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他						<特記事項>			
	屋外歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他									
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他									
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない									
	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴									
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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 <input type="checkbox"/> パウチ									
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 食事形態 ( )									
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼									
	処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( /分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡									
	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 (※ケアマネが入院前の状況を判断)									
	BPSD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す									
	精神状態	<input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 鬱傾向 <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	入院前の困りごと	(本人の生活面の困りごと)		(家族の介護上の困りごと)		(住環境/用具使用上の課題)					
										<input type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付	
	主治医	機関名					医師名				
		<input type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度: ) (TEL)									
歯科	機関名					(TEL)					
薬局	機関名					(TEL)					
訪問看護	事業所名					(TEL)					
リハ職	事業所名					(TEL)	リハ職氏名	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST			
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名						<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1~3)を添付				
福祉用具	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
退院に向けて自宅での生活継続に対する思い	(本人) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安 (家族) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらともいえない(本人次第) <input type="checkbox"/> 不安										
退院に向けてケアマネからみた生活上の一番の課題											
事業所名								担当者名			
所在地							(TEL)	(FAX)			

【入院時情報提供書 居宅介護支援事業所→医療機関（転院先も含む）】

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。  
 なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

肺炎で入院した方の記入例

病院担当者様

(記)

予定入院の際も、本情報提供書をご使用ください。

11日 入院日: 2018年3月11日

基本情報	氏名	滋賀 花子 様	生年月日	1928年 11月 16日	年齢	89歳
	住所	彦根市〇〇町〇〇〇				
	キーパーソン	滋賀 一郎 様 (長男) (TEL) □□ - △△ - 〇〇〇				
	緊急時連絡先	滋賀 清美 様 (長男の妻) (TEL) ■■ - ▲▲ - ●●●				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ( 2 )				
生活歴 (家族関係含む)	有効期間	2017年 4月 1日 ~ 2019年 3月 31日				
	生活歴	夫を早くに亡くし、工場で60歳まで勤務し、二人の子どもを育て上げられる。息子家族にはできるだけ迷惑をかけたくないと、一人暮らしを頑張ってこられた。近隣に友人や老人会の仲間との交流あり。(息子家族とは関係が良いが、県外で仕事が多忙。)				
入院歴	過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2017年 11月 7日 ~ 2017年 12月 18日 (原因疾患) 脳梗塞				
	家族状況	独居 主 <input checked="" type="checkbox"/> 家族理解・支援配慮要(追加情報あり)				
入院前の状況	屋内歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		<特記事項> 杖歩行。転倒のリスクが高いため必要に応じて見守りや軽く身体を支える介助をおこなっています。		
	屋外歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		デイサービスの送迎時など外出の際には、車いすを使用し、スタッフが介助をおこなっています。		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		身体の方角転換時に支える介助が必要です。		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない		デイサービスで週2回入浴されています。できるところは自分で洗身されており、背中や足先、洗髪などは介助をしています。		
	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴		デイサービスではトイレ、自宅ではホ-グ-ルトルを使用しています。尿パット、リハビリパンツを使用されています。夜間に失禁されることがあります。		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ		お茶でむせることが時々ありますが、食欲はあり自力摂取されています。		
	食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 食事形態 (普通)		薬の飲み忘れがあり、一酸化した上で、お薬カレンダーを使用しています。		
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input checked="" type="checkbox"/> 一酸化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input checked="" type="checkbox"/> 点眼		(薬の飲み忘れがあり、一酸化した上で、お薬カレンダーを使用しています。		
	処置	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡		(※ケアマネが入院前の状況を判断)		
	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明		(※ケアマネが入院前の状況を判断)		
	BPSD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す		( )		
	精神状態	<input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 鬱傾向 <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> その他 ( )		( )		
	入院前の生活上の困りごと	(本人の生活面の困りごと) トイレに行きたいが、足の力が落ちて歩きにくい。お茶でむせることが多い。青魚でじんましんが出てかゆくなる。		(家族の介護上の困りごと) 最近こけるが増えてきた。目が見にくいのか、インシュリンをうまく打てなくなってきた。		(住環境/用具使用上の課題) 居室からトイレまで10mあり、段差(15cm)が多く、車いすは使えない。 <input checked="" type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付
	主治医	機関名 〇〇病院 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度: 月1回)		医師名 大津タロウ 医師 (TEL) △△△ - ●●● - ◆◆◆◆		
	歯科	機関名		(TEL)		
薬局	機関名 〇〇薬局		(TEL) □□□ - ●●● - ▲▲▲▲			
訪問看護	事業所名 〇〇訪問看護ステーション		(TEL) 〇〇〇 - ●●● - ■■■■			
リハ職	事業所名 (TEL)		リハ職氏名 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST			
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名 月・木: 訪問介護 火・金: 通所介護 水: 訪問看護		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1~3)を添付 〇〇福祉用具事業所			
福祉用具	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> その他 ( )		( )			
退院に向けて自宅での生活継続に対する思い	(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安 (家族) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input checked="" type="checkbox"/> どちらともいえない(本人次第) <input type="checkbox"/> 不安		( )			
退院に向けてケアマネからみた生活上の一番の課題	トイレへの移動が、生活上の大きな支障になると思われます。動線部分には15cm程度の段差があり、車いすも使えないため、杖歩行が10m程度でき、かつ15cmの段差が越えられるようご配慮いただければ幸いです。(退院後の自宅での生活上で一番の課題となることを想定した上で、特に専門職に配慮いただきたい内容を記載します。あくまで、ゴール設定をおこなうのは病院の専門職です。ゴール設定に参考となる情報を提供します)					
事業所名	〇〇〇ケアプランセンター		担当者名 高島 和江			
所在地	彦根市〇〇町〇〇〇		(TEL) 〇〇〇 - ●●● - ■■■■ (FAX) □□□ - ●●● - ▲▲▲▲			

## 退院に向けてのききとりシートの位置づけについて

滋賀県介護支援専門員連絡協議会

会長 鈴木 則成

### 1. 退院時ケアマネジメントの重要性

- ・入院期間の短縮化が推進されるなか、自宅への円滑な退院を支援する「退院支援」の機能強化が求められている。
- ・特に、要介護者の場合、
  - ①年齢が高い
  - ②様々な病気や症状を有している場合が多い
  - ③日常生活動作（ADL）に障害を来している
  - ④入院中は治療優先のため、活動性低下に伴う廃用性機能低下を来しやすい
  - ⑤療養環境（病院と自宅の療養環境、ケア環境・体制）の変化の影響を受けやすいことから、円滑な退院を実現するためには、病院の退院調整部門（または病棟）と、退院後のケア計画を策定するケアマネジャーの連携が重要となる

### 2. 退院時ケアマネジメントに求められるもの

- ・ケアマネジメントの重要性が高まるなか、国は、マネジメントプロセス（適切なアセスメントに基づく課題認識⇒解決すべき課題の適切な設定⇒長期・短期目標の適切な設定⇒課題分析⇒課題解決策の検討・実践⇒モニタリング⇒課題や対策の再検討）の機能強化を目指している。当然、退院時ケアマネジメントにおいても、同プロセスの適切な運用が必要となる。
- ・入院期間が短縮されると、
  - ① 病院で行われる「退院指導」が完結しなくなる（指導は行われたとしても、要介護者・家族がその内容を理解し、退院後の生活で実践に移すまでには至らない場合が増える）
  - ② 医療（治療・看護）の継続的関与が必要な退院患者が増える
  - ③ ADLが回復期過程にある状態での退院患者が増えることが予想される。
- ・特に、退院前後においては、「病状や症状」、「ADL」が変化しやすい状態にある。そのため、ケアマネジャーは、これら状態の変化の可能性や生活も含めた予後予測を十分意識（イメージ）した上で、**居宅サービス計画書**の内容（医療サービスの導入の必要性、医療職に期待する役割）を検討していく必要がある。医療職を交えた会議である退院前カンファレンスを、ケアマネジメントプロセスの機能強化の「場」として、有効活用していく必要がある。

### 3. 退院に向けてのききとりシートの役割

- ・以上の背景を踏まえると、退院に向けてのききとりシートの役割は、「**居宅サービス計画書（総合的な援助の方針）**を決定するために必要な情報を収集するためのシート」となる。

### 4. 居宅サービス計画書（総合的な援助の方針）を作成に必要な情報とは

- ・情報に関しては、マネジメントプロセスに沿った形での収集が必要となる。以下、①課題認識、②課題分析、③課題解決策の検討の順に、必要な情報の検討を行う。

### (課題認識のための情報)

- ・課題を認識するためには、「現状評価」と「3カ月・6カ月・1年後の改善・悪化の可能性の評価（病状・症状やADLの予後評価）」の両面が必要となる。
- ・現状評価に関しては、①退院直前における病状や症状の確認、②病院の環境下でのADL状況の確認などが必要と考えられる。
- ・ただし、重要なことは、「自宅での生活が、退院後からスムーズに行えるように支援すること」である。特に、ADLに関しては、療養環境の影響を受けやすい（病院のフラットな環境では自立して出来ていたことも、自宅環境下では出来ないことも多い）。したがって、「自宅環境下でのADL評価（例：自宅のお風呂で、入浴が自立してできるのか）」が重要となる（病院でのADL評価は、本人のADLの能力評価としては重要）。
- ・また、ADL、生活行為を左右する要因としての見守り体制、介護環境（独居・高齢世帯・昼間独居など見守り体制がない）の確認も必要である。
- ・予後評価、課題分析に関しては、ケアマネジャーだけでなく、病院の看護師やリハ職からヒアリングすべき項目を整理した上で、**退院に向けてのききとりシート**に落とし込む必要がある。
- ・現状評価、予後評価に関する情報を収集した上で、①退院後の健康状態の適切な管理、②自宅環境下でのADL・IADLの実行状況の確保（ないし向上）を図るために、ケアマネジャーとして何が課題であると考えたかを記載する欄も必要と考える（自身の課題設定が妥当かどうかを専門職に確認してもらおう→ケアマネジャーとしての見立てのレベルアップにつなげる）。

### (課題分析)

- ・課題を解決するためには、上記設定課題が生じている根本原因を検討しなければならない（根本原因を除去することによって、初めて課題が改善（ないし解決）に向かう）。ただし、病状・症状やADL障害が生じている原因をケアマネジャー自身が正確に把握することは困難である。したがって、病院の看護師やリハ職からヒアリングし、**退院に向けてのききとりシート**に記載する欄を設ける必要があると考える。

### (課題解決策の検討)

- ・退院後のサービス検討に当たっては、看護機能の継続性の検討が必要。具体的には、
  - ①看護師による継続的な体調面の観察やアセスメントが必要か
  - ②本人や家族に対する療養指導（生活習慣指導、服薬指導を含む）が必要か
  - ③直接的関与（バイタル測定、医療処置対応）が必要かなどの確認が必要となる。その上で、①これら指導や関与が自宅で実施する必要があるか、②通所などに配置されている看護師による対応で対応可能かなどを吟味した上で、本人・家族のサービスに対する意向も加味しながら、何のサービスを導入するかを決定していくこととなる（訪問看護を入れるかどうかは重要なのではなく、看護師が有する能力を発揮してもらう必要があるのか、あるとしたらどのような形で発揮してもらうかの視点が重要）。なお、リハの継続性の検討に関しても、同様のことが必要となる。
- ・要介護者はADLに障害を有しているため、様々な生活障害が起こりやすい。また、短期間の入院でさえも、廃用性の機能低下を生じやすい。また、退院前後では、療養環境も大きく異なるため、病院では出来ていたことも、家ではできないということが生じる。自宅環境下でのADLが可能かどうかを、病院のリハ職などに確認することが重要となる。

## 入院

入院の際にすぐに使用できるように基本

### 入院時情報提供書の提出

利用者に対し、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するように依頼しておくこと

加算：入院時情報連携加算Ⅰ 200単位 ・Ⅱ 100単位

入院時情報連携加算Ⅰは入院当日から3日以内、Ⅱは入院当日から7日以内に情報を提出。提出方法は問わない。利用者一人につき1月に1回を限度として算定ができる情報提供を行なった日時、場所（医療機関に出向いた場合）、提供内容、提供方法（FAX等の場合は先方が受け取ったことを確認する）について居宅サービス計画等に記録する

情報収集：退院についての

シートを埋めるのではなく、聞きたい事の

### 退院に向けてのききとりシートの使用

加算：退院・退所加算（Ⅰ）イ 450単位  
 退院・退所加算（Ⅱ）イ 600単位  
 退院・退所加算（Ⅰ）ロ 600単位  
 退院・退所加算（Ⅱ）ロ 750単位  
 退院・退所加算（Ⅲ） 900単位

病院又は施設の職員と面談し情報収集1回  
 病院又は施設の職員と面談し情報収集2回以上  
 病院又は施設の職員と面談し情報収集、その方法がカンファレンスに参加  
 病院又は施設の職員と面談し情報収集2回以上その方法のうち1回以上カンファレンスに参加  
 病院又は施設の職員と面談し情報収集3回以上その方法のうち1回以上カンファレンスに参加  
 ・居宅サービス計画原案を作成する。  
 ・必要なサービスの調整をおこなう。  
 ・退院サマリー等を依頼する。

随時、介護支援経過記録への記入忘れずに！

※退院前カンファレンスには参加時は居宅サービス計画書原案を持参する。

※退院カンファレンスは、診療報酬の「退院時共同指導料2の注3」の要件を満たすものとする。（解釈通知より）

※退院カンファレンスの参加者は、「入院中の保健医療期間の保険医または看護師等」と「介護支援専門員」の他に、退院後の在宅療養を担う「医師若しくは看護師等」、「歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士」、「薬剤師」、「訪問看護ステーション看護師等（准看護師を除く）」のうちいずれか2者以上とする。

## 退院

【退院・退所加算の留意事項】 H30年度介護保険改定加算要件を併せてご覧ください。

- ① 入院又は入所期間中につき1回を限度とし初回加算を算定する場合は算定できない。
- ② 利用者の退院または退所後のサービス利用開始月に算定する。例えば4月に入院し6月に退院した利用者が6月からサービスを利用した場合で入院期間中4月に1回、6月に1回医療機関から必要な情報提供などを受けた場合は6月分の請求時に2回分の加算を算定する。
- ③ 入院又は入所期間中に他の医療機関や施設等に転院又は転所した場合は原則直近の医療機関又は施設等との情報共有について評価するものである。ただし、転院、転所前の医療機関又は施設等から提供された情報であっても、居宅サービス計画に反映すべき情報であれば加算の算定は可能である。
- ④ 同一日に複数回、必要な情報提供を受けた場合やカンファレンスへの参加があった場合でも、1回として算定する。

【 退院に向けてのききとりシート 】

聞きとり日		回数		情報提供者名・職種				
年	月	日	回目	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> ( ) ( )
年	月	日	回目	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> ( ) ( )

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ		性別	年齢	退院時の要介護度	
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )	
入院歴等	入退院日	(入院日) 年 月 日		(退院予定日) 年 月 日		
	入院原因疾患					
	入院先	(病院) (病棟) (階) (号室)				
	主治医	(診療科) 科 (医師名)				
疾病等	既往歴			現疾患		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<特記事項>	
(移動手段)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他					
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない					
(入浴方法)	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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 <input type="checkbox"/> パウチ					
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
(食事形態)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養					
看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容)		(在宅で継続できる条件)		
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目)		(プランに位置付ける注意点)		
	退院後の看護の必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input type="checkbox"/> 本人への療養指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input type="checkbox"/> 医療処置への対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)	
	服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置づける注意点)	
	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<特記事項>						



2. 課題認識のための情報

リハビリに関する留意点	ADL の状況	(入院前自立度)	(退院時自立度)	(改善可能性)	(改善のために取り組むこと)
	(屋内移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(屋外移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(移乗)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(入浴)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(更衣)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(トイレ動作)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(食事摂取)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
転倒リスク	(リスクの有無)		(リスク軽減のための対策／自宅の環境をふまえた留意点)		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)		
	運動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	肢位	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
退院後のリハビリの必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 筋緊張緩和(ストレッチ) <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 起居／立位動作練習 <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"/> その他 ( )				
退院後の生活に関する留意点	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)	
				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	退院後の主治医	(医療機関名) _____ (医師名) _____			
	備考				

3. 備考

【 退院に向けてのききとりシート 】 記入例

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
2018年7月20日	1回目	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 ( △△△ )	<input checked="" type="checkbox"/> リハ職 ( ○○○ )	<input checked="" type="checkbox"/> MSW ( ◇◇◇ )	<input type="checkbox"/> ( ) ( )
年 月 日	回目	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> ( ) ( )

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	シガ ハナコ		性別	年齢	退院時の要介護度		
	氏名	滋賀 花子 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	84歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2)		
入院歴等	入退院日	(入院日) 2018年 6月 10日		(退院予定日) 2018年 8月 末日				
	入院原因疾患	右大腿骨頸部骨折						
	入院先	△△△△ (病院) ○○ (病棟) 5 (階) 501 (号室)						
		主治医 (診療科) 整形外科 科 (医師名) 彦根 一郎						
退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし							
疾病	既往歴	高血圧、糖尿病、脳梗塞		現疾患	大腿骨頸部骨折			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<特記事項> シャワー室等は車いすを使用。リハビリ時のみ歩行器を使用している。			
入院中の状態	(移動手段)	<input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない			浴槽へのまたぎ動作が行えず、シャワー浴で対応。足先など手の届きにくいところを一部介助。			
	(入浴方法)	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ			ベッド上でのおむつ対応。			
		<input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ						
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			車いすへの移乗時は、身体を軽く支える程度の介助			
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			むせがあり、注意が必要。			
(食事形態)	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> ( 一口大刻み ) <input type="checkbox"/> 経管栄養							
看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容)			(在宅で継続できる条件)			
		<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし			内服で調整			
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目)			(プランに位置付ける注意点)			
		<input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 入浴制限 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし			<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日血圧測定</li> <li>・摂取カロリー1300kcal・一口大</li> <li>・むせ注意</li> <li>・血糖コントロール(月1回通院時の血糖測定と内服でコントロール可)</li> <li>・口腔ケア…口腔内の食べ残し</li> <li>→誤嚥性肺炎のリスクあり</li> <li>・尿の回数と量の確認</li> <li>→水分の促し(1200cc/日)</li> <li>・手術前後せん妄あり(認知機能)</li> </ul>			
退院後の看護の必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input checked="" type="checkbox"/> 本人への療養指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input checked="" type="checkbox"/> 医療処置への対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 血圧、食事、むせ、排便・排泄コントロール )							
薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)			
		○○○○	降圧剤	朝一錠	薬剤情報 参照			
服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置づける注意点)				
	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自己管理の可否の確認 → 一包化 おくすりカレンダーの活用? 訪問看護のサービス導入?				
<特記事項> 整形外科からも処方あり。								

2. 課題認識のための情報

リハビリに関する留意点	ADL の状況	(入院前自立度)	(退院時自立度)	(改善可能性)	(改善のために取り組むこと)
	(屋内移動)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	<b>リハビリ中</b> <b>見守り下での歩行器歩行 10m 可</b> <b>↓</b> <b>リハビリの継続必要か？ (通所リハ?)</b> <b>自宅での動作確認必要!!</b> <b>→退院前の同行訪問依頼する</b>
	(屋外移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(移乗)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(入浴)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(更衣)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(トイレ動作)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
(食事摂取)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし		
転倒リスク	(リスクの有無)	(リスク軽減のための対策/自宅の環境をふまえた留意点)			
	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<b>・筋力UP 体力UP 体幹バランスUP、注意散漫、危険予測</b> <b>・段差 15cm の昇降あり、上がり框 30cm (手すりなし)、玄関前階段 (5段)</b>			
禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)			
	運動 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<b>全荷重可</b> <b>またぎの動作注意</b>			
肢位 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<b>脱臼、屈曲、内転、内旋</b> <b>床の物を取る動作注意!</b> <b>足が内側に入る姿勢をしない! (横座り、お姉さん座り)</b>				
退院後のリハビリの必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 筋緊張緩和(ストレッチ) <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 起居/立位動作練習 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> IADL 練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)		
	<b>・手術してだいぶ良くなったが、歩くことやまた転ばないか心配</b> <b>・前より歩けなくなった</b>	<b>痛みやふらつきもある</b>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
退院後の生活に関する留意点	(医療機関名) <u>〇〇医院</u> (医師名) <u>大津 太郎</u>				
備考	<b>1か月後 △△病院整形外科受診予定</b>				

3. 備考

退院前に OT の〇〇〇氏と共に住宅環境の見直しを行う予定。

令和5年(2023年)2月16日

## 外来—地域連携 情報共有シート・外来時情報提供書の位置づけについて

湖南圏域病院・在宅連携検討会議

### 1. 外来—地域連携の重要性

外来通院中の患者様の状況を在宅側・病院側で情報共有することで、在宅でのサポートや入院時に迅速に情報を把握することができ、退院支援もスムーズに行うことができる。患者・サービス利用者が医療を受けながら安心して地域で生活ができることを目指す。

### 2. 外来—地域連携 情報共有シートの活用について

「外来—地域連携 情報共有シート」は、地域(ケアマネジャーや地域包括支援センター、訪問看護ステーション等)から、患者・利用者について外来受診にあたり伝えたいこと、地域の在宅療養支援における心配ごとや困りごと、病状や服薬管理に関連した相談等、情報共有する際に活用する。また、医療機関は患者・利用者について在宅療養の状況を知る際に活用する。

#### 【活用するための具体的な方法】

- ① シートについては上段と下段に分けて活用し、上段は共有元→共有先へ依頼内容を、下段は共有先→共有元へ返答・提案事項を記載するシートとなっている。  
シートの活用にあたっては、利用者・家族の了承を得ていることを前提とする。
  - ② 上段を記載したシートは、共有先の担当窓口へ電話連絡の上、FAXを行う。
  - ③ シートを受け取った共有先は下段に返答内容を記載し返信を行う。
  - ④ 医療機関がさらに詳細な情報を求める場合は、外来時情報提供書の欄にチェックを入れて返信を行う。
- ※ただし、このシートはあくまで一例であり、既に各機関で使用しているツールがある場合は、様式は問わないこととする。

### 3. 外来時情報提供書の活用について

「外来時情報提供書」は、情報共有シートの活用において、上記④にある外来時情報提供書にチェックの入った返信を受け取った後、地域→医療機関へ詳細な情報提供をする際に活用する。患者・利用者のADL等、在宅療養の全体像を伝えることができる内容となっている。

### 4. 活用にあたっての留意点

湖南圏域の中でも、医療機関や介護老人福祉施設等では機能に応じた役割分担のもと、医療・介護連携対策が進められている。すでに関係機関において実施中の取り組みがあれば継続いただくとともに、必要時には今回の様式を修正して活用してください。

### 5. 個人情報の利用について

「外来—地域連携 情報共有シート」および「外来時情報提供書」の医療機関等への情報提供(転院先への情報提供を含む)にあたっては「入院時情報提供書」と同様に利用者・患者およびその家族から同意を得てください。



依頼元 から 依頼先(所属: A病院 医療推進係 担当者: B )様へ

**基本情報** 氏名: ○南 ○郎 ( ○ナン ○ロウ )

生年月日: S15.1.1

診療科・次回受診日: 循環器内科 R5.1.10

治療中の疾患・備考:

心不全 糖尿病

**現在(在宅療養中・退院後・外来通院中)の困りごと**

内服管理は奥さんがされているが一包化されたものを手渡しするのみで最終確認をされていないため飲み残しが多いようです(床にこぼれているなど..)

またご本人は薬が多く飲みにくいとされています

**外来受診にあたい伝えたいこと**

奥さん、本人とも病気に対しあまり理解されていない様子です

退院後、下肢浮腫がみられ移動が不安定です

担当者連絡先:所属( C事業所 Dケアマネジャー )

・TEL( 111-111-2211 )・FAX( 222-222-1122 )

記入日 R5 年 1 月 5 日

依頼先 から 依頼元(所属: C事業所 担当者: Dケアマネジャー )様へ

**現在の困りごとについて**

内服について主治医に報告します

**その他お伝えしたいこと**

水分、塩分、カロリー制限は守れているでしょうか

また介護サービス等の状況もお知らせください

P26 をご参照ください

外来時情報提供書(記入が必要な箇所: ①・②・③・④)を送付してください。

担当者連絡先:所属( A病院 地域連携室 B )

・TEL( 333-333-3333 )・FAX( 666-666-6666 )

依頼元 から 依頼先( 所属: E 介護支援事業所 担当者: F ケアマネジャー ) 様へ

**基本情報 氏名:** 津 子 ( ツ コ )

**生年月日:** 昭和4年9月12日 **診療科・次回受診日:** 循環器内科 令和4年12月20日

**治療中の疾患・備考:**

慢性心不全 心房細動で月1回当院受診されています。  
内服管理と水分制限による体液管理を遵守するように指導がされており、心血管リスクが高く急変のリスクも高いと説明がされています。

**現在(在宅療養中・退院後・外来通院中)の困りごと**

最近、受診時の体重増加が目立ちます。(3~5 kg)  
内服管理も不十分なのか、検査上、心不全の悪化傾向にあります。

**外来受診にあたい伝えたいこと**

要介護2と本人より情報を得ました。ご家族は次男と同居(二人暮らし)ですが、仕事が忙しくあまり本人様とのかかわりは少なそうです。自己管理が不十分で入院も必要な状況です。本人が入院を拒否されており、在宅療養を維持するためにもサービス調整をご検討いただけないでしょうか。

**担当者連絡先:所属**( G病院 在宅療養支援部 H )

・TEL( 555-555-5555 )・FAX( 888-888-8888 )

記入日 令和4年12月1日

依頼先 から 依頼元( 所属: G病院 在宅療養支援部 担当者: H ) 様へ

**現在の困りごとについて** ご返答

津子様・息子様とお話したところ、やはり入院はせずに、できるだけ家で過ごしたいとお気持ちでした。今の状態がよくないとの理解はしております。12/8~、2回/週 訪問看護を利用されることになりました。(かかりつけ △△医院 ◇◇医師)

**その他お伝えしたいこと**

食事は息子さんが買ってこられた総菜やパン、バナナなど、調理が不要なものを中心に摂っております。買い物や調理の支援について今後、検討予定です。

外来時情報提供書(記入が必要な箇所: ①・②・③・④)を送付してください。

**担当者連絡先:所属**( E 介護支援事業所 ケアマネジャー F )

・TEL( 321-456-7899 )・FAX( 321-456-8899 )

## 外来—地域連携 情報共有シート

①依頼

依頼元 から 依頼先( 所属: J病院 担当者: PFMセンター )様へ

基本情報 氏名: 早◇ ◇子 ( ハヤ◇ ◇コ )

生年月日: 1947/7/20 診療科・次回受診日: 消化器外科 2022/10/6

治療中の疾患・備考:

直腸がん

現在(在宅療養中・退院後・外来通院中)の困りごと

入院はたくないが、日中の独居への不安がある。

外来受診にあたい伝えたいこと

今の病状について娘さんが詳しい説明を希望されています。

担当者連絡先:所属( 居宅支援事業所K L )

・TEL( 234-555-6789 )・FAX( 234-555-8888 )

②返信

記入日 2022 年 10 月 14 日

依頼先 から 依頼元( 所属: 居宅支援事業所K 担当者: L )様へ

現在の困りごとについて

入院はご希望ではなく、在宅療養をご希望とのことでした。

娘様(長女)には外来主治医より病状説明しています。

訪看と在宅医の提案をしましたが、訪看のみを希望され、通院可能な間は通院をしたいとのことでした。

その他お伝えしたいこと

必要に応じ、入院での対応も可能です。

在宅医についても、ご希望であればこちらで対応致します。

訪看は〇〇ステーションに依頼し、お引き受けいただけますが、変更も可能です。

※くわしい情報提供書も併せて送ります。不明点あればご連絡ください。

 外来時情報提供書(記入が必要な箇所: ①・②・③・④)を送付してください。

担当者連絡先:所属( J病院 PFMセンター 〇〇 )

・TEL( 234-333-5555 )・FAX( 234-333-5566 )



# 看護情報提供書

作成 社会医療法人〇〇会  
J病院 患者総合支援センター

作成日 2022年10月14日(金)

作成者 PFMセンター

患者氏名	早◇ ◇子	性別	年齢	生年月日	1947(昭和22)年7月20日
		女	75		
住所	〒525-0000		連絡先		
	滋賀県□□市〇〇〇〇		氏名	続柄	電話番号
			〇津〇代	長女	090-××××-〇〇〇〇
主病名	直腸がん pT3(SS),N1b,P1 StageIV	既往歴	HT 50代 内服中 左MMK 62歳 Ope DM 腎結石 開腹排石治療 2019/9 左大腿骨顆上骨折・左足関節脱臼骨折でORIF		
依頼目的	<input type="checkbox"/> 医療処置支援 <input checked="" type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> 在宅看取り <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 日常生活支援 <input checked="" type="checkbox"/> ご家族への介護支援・相談 <input type="checkbox"/> 認知症ケア <input type="checkbox"/> 精神疾患ケア				
	<input type="checkbox"/> その他				
入院前 入院中 経過	<p>外来診察室より依頼あり対応の患者です。当院での入院手術後外来通院中に介入いたしました。          現在の病状は以下のとおりです。          直腸がん(2020.1.24 腹腔鏡下低位前方切除術施行) 肝転移(CT:肝転移は増大の傾向) BSC方針ですが、経口抗がん剤の投与を外来で継続しています。          ADLは概自立しております。ご本人の不安要素は日中夫の不在が多く独居となること。娘さまの不安要素は本人の体調管理面です。急激な状態悪化も懸念されますが、ご本人は1/週の訪問をご希望です。食事摂取も何とか可能です。          痛みは今のところ大丈夫なようです。</p>				
病状説明 内容・告知	<p>家人へ最期の時間が近いこと、黄疸の悪化の可能性、今後急変する可能性の説明済み。          心肺蘇生は行わないことも説明済み。</p>	今後の 方針	BSC		
家族構成 キーパーソン	<p>夫との二人暮らし          長男 徳島          長女 別居</p>	介護保険 情報	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援                1・2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護                ①・2・3・4・5		
病気への 理解	<p>〈本人〉 理解受入れてきています。          〈家族〉 長女の受入れは問題ありません。</p>	ケアマネ ージャー	<p>事業所 (居宅支援事業所 K )          担当者名 ( L 様 )</p>		
希望する 最後の 場所	<p>〈本人〉  <input type="checkbox"/>在宅 <input type="checkbox"/>施設 <input type="checkbox"/>病院          〈家族〉  <input type="checkbox"/>在宅 <input type="checkbox"/>施設 <input type="checkbox"/>病院</p>	かかり つけ医	J病院 (外科:〇〇Dr)		
本人の 思い	<p>一人は不安。体調が悪い時が困ると思うが、ずっと入院するのは抵抗がある。          徳島の孫の顔も見たい。</p>	服薬状況 留意点	管理方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理	
			支援内容	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 確認のみ <input type="checkbox"/> 配薬 <input type="checkbox"/> 飲むところまで	
家族の 思い	<p>残された時間を、少しでも不安なく過ごしてほしい。(長女)</p>		留意点		

ADL					
	自立	見守り	一部介助	全介助	詳細
食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
更衣	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )			・骨折後から杖を使用
拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )			
視力障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )			その他 難聴がありますが、耳元で会話すれば問題なし
聴力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
言語障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )			
認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )			
医療課題	急激な病状の悪化(黄疸の出現等)			生活課題	日中独居状態
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴・注射 薬剤( )				詳細
	交換・注射時間( )				
	<input type="checkbox"/> HPN 薬剤( )				
	交換時間( 24時間 ・ それ以外( 時間))				
	<input type="checkbox"/> インスリン 薬剤( )				
	回数・時間( )				
	<input type="checkbox"/> 酸素療法・使用流量( )				
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器				
	機種( ) 業者名( )				
	<input type="checkbox"/> 吸引( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気切) 回数: /回(夜間 /回)				
	カニューレ種類( ) サイズ( )				
	交換頻度( /回)				
<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位( ) 交換頻度( )					
処置内容( )					
WOC( )					
<input type="checkbox"/> 疼痛管理 薬剤( ) レスキュー( )					
<input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) 時間( ) 機器メーカー( )					
<input type="checkbox"/> 留置カテーテル( ) 交換頻度( )					
<input type="checkbox"/> 排便コントロール 薬剤( )					
<input type="checkbox"/> ストーマ(回腸・空腸・ウロ) 交換頻度( )					
健康面で注意すべきこと	<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 体重 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬				
	<input type="checkbox"/> 水分制限( ml/日) <input type="checkbox"/> 食事制限( ) <input type="checkbox"/> 入浴制限				
その他	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア				
	<input type="checkbox"/> 褥瘡予防 <input type="checkbox"/> 転倒予防				
<input type="checkbox"/> その他					
その他	・家人からも、きつい化学療法は望まれていない。 ・CT:肝転移は増大の傾向 ★急変時に無理な治療は行わない方針。				

病院担当者様

※本情報提供・転院先への情報提供に関してご本人・ご家族の承諾を得ています。

(記入日: 年 月 日)

① 基本情報・入院歴	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	歳
	住所	家族状況			
	★キーパーソン★	様 ( ) (TEL)			
	緊急時連絡先	様 ( ) (TEL)			
	★要介護度★	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )			
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	生活歴 (家族関係含む)				
過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 ~ 年 月 日 (原因疾患)	<input type="checkbox"/> 家族理解・支援配慮要 (追加情報あり)			
② 在宅療養時のADLなど	屋内歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<特記事項>		
		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	屋外歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない			
	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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 <input type="checkbox"/> パウチ			
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 食事形態 ( )			
	★薬★	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼			
	処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( 分/分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡			
	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 (※ケアマネが入院前の状況を判断)			
BPSD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す				
精神状態	<input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 鬱傾向 <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
③ 現在の困りごと・関係機関	現在の困りごと	(本人の生活面の困りごと)	(家族の介護上の困りごと)	(住環境/用具使用上の課題)	
		<input type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付			
	主治医	機関名	医師名		
		<input type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度: )		(TEL)	
	歯科	機関名	(TEL)		
	薬局	機関名	(TEL)		
	★訪問看護★	事業所名	(TEL)		
	リハ職	事業所名	(TEL)	リハ職氏名	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名			<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 (1~3) を添付	
福祉用具	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
④ 共有事項	現在の様子				
	外来受診にあたり伝えたいこと				
事業所名	担当者名				
所在地	(TEL)			(FAX)	

A

病院担当者様

※本情報提供・転院先への情報提供に関してご本人・ご家族の承諾を得ています。

(記入日: R4 年

① 基本情報・入院歴	フリガナ	コナン タロウ		性別	生年月日		年齢	
	氏名	湖南 太郎	様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S15 年	1 月 1 日	82 歳	
	住所	草津市びわこ町1丁目1-1					家族状況	
	★キーパーソン★	湖南 次郎 様 ( 息子 ) (TEL) 898-555-5555						
	緊急時連絡先	湖南 花子 様 ( 妻 ) (TEL) 898-444-4444						
	★要介護度★	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ( 2 )						
	有効期間	R4 年 10 月 1 日 ~ R5 年 9 月 30 日						
生活歴 (家族関係含む)	市内で生まれ育ち20代に結婚。定年まで電気関係の会社に勤めていた。定年後は趣味の庭仕事や町内のグラウンドゴルフなどに参加していたが、75歳ごろ持病の糖尿病の悪化と心不全の発症後閉じこもりがちになった。前回の入院時に介護保険申請。							
過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 R4 年 9 月 15 日 ~ R4 年 10 月 10 日 (原因疾患) 心不全					<input type="checkbox"/> 家族理解・支援配慮要(追加情報あり)		
② 在宅療養時のADLなど	屋内歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		<特記事項> 下肢浮腫のため移動が不安定 手すり活用できている				
	屋外歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他						
	移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない		自宅では2~3日に1回妻の見守りで入浴洗身洗髪は不十分				
	入浴場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴		デイサービスで介助にて一般浴で入浴				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ		尿意はあるが歩行不安定のため間に合わず失禁あり、トイレの汚染があるため妻がトイレの掃除をする				
	食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 食事形態 ( 普通食 )		塩分制限・カロリー制限・水分制限有 守れていない 本人、妻とも必要性の理解が不十分				
	★薬★	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input checked="" type="checkbox"/> 一包装 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼		妻が内服管理をしているが確認が不十分のため飲み残しあり				
	処置	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( 瓶/分 ) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡						
	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 (※ケアマネが入院前の状況を判断)						
BPSD	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す							
精神状態	<input checked="" type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 鬱傾向 <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
③ 現在の困りごと・関係機関	現在の困りごと	(本人の生活面の困りごと) 足の腫れがあり動きにくい。薬が多くてのみにくい、もう少し薬が減らないかと思う。		(家族の介護上の困りごと) 妻 食事や水分の制限が守れない。足が腫れてうごきにくく、トイレが間に合わず汚すので困っています。		(住環境/用具使用上の課題) 玄関、トイレ、浴室の手すり取り付け住宅改修済み <input type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付		
	主治医	機関名 A病院		医師名 E先生				
	歯科	機関名		(TEL)				
	薬局	機関名		(TEL)				
	★訪問看護★	事業所名 F訪問看護SS		(TEL)				
	リハ職	事業所名		(TEL)		<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST		
	介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名 週1回 月曜日 F訪問看護 内服確認 状態把握 週2回 火・金曜日 G通所介護サービス (入浴あり) 自費ベッドレンタル		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1~3)を添付				
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
④ 共有事項	現在の様子	下肢浮腫があり歩行不安定 尿失禁あり						
	外来受診にあたり伝えたいこと	本人、妻とも食事制限、水分制限の重要性はあまり理解されていない様子で守れていません。内服については妻が管理しているが確認が不十分のため飲み残しがある様子です。水分、食事制限の重要性を再度説明していただけたらと思います。また内服の量が多く飲みにくいことも飲み残しの一因ではないかと思われるので、薬を減らすことが出来るか先生にご相談いただけないでしょうか。よろしく願います。						
事業所名	C事業所		担当者名 Dケアマネジャー					
所在地	草津市湖町5丁目5-5		(TEL) 111-111-2211 (FAX) 222-222-1122					

## 参考資料

- ①ケアマネジャーの役割と情報共有について  
(大津圏域「介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議」作成)
- ②「私の在宅療養手帳」(草津市・栗東市)、「在宅療養手帳」(守山市・野洲市)

ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報の共有についてのお願い

利用者（患者）様氏名

事業所名

担当ケアマネジャー

（連絡先：電話

）

（連絡先：FAX

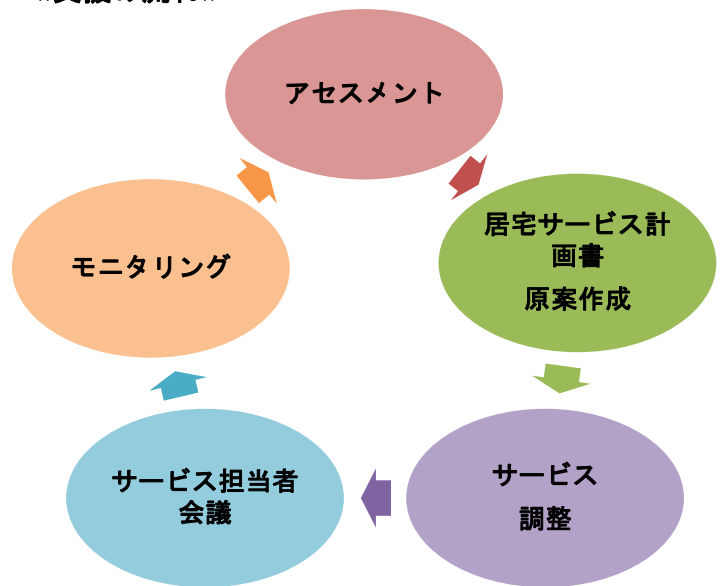
）

【ケアマネジャーの役割】

○ケアマネジャーとは、「介護保険制度」において、要支援または要介護と認定された人が、適切な介護保険サービスを受けられるようにするために、介護サービス計画等を作成する専門職である介護支援専門員のことです。

○ご本人・ご家族の望まれる生活が実現できるように、医療・介護サービス関係者や地域の方と協力して支援をしていきます。

《支援の流れ》



【今後の支援にあたりお伝えしたいこと】

---

---

---

---

裏面に【退院支援のために共有したい情報一覧】がありますので、ご参照ください。

## 【退院支援のために共有したい情報一覧】

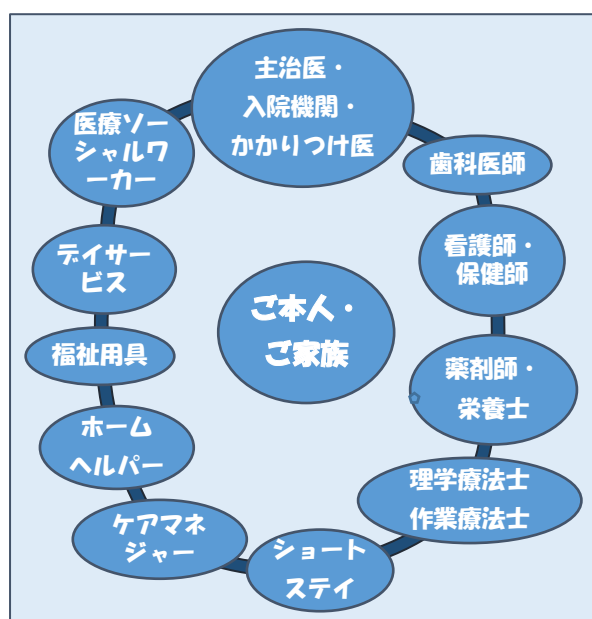
これらの情報は、一般的に必要とする情報を掲載しています。個々の状況により、必要度、詳細、追加で必要な情報等については変わってきますので、担当ケアマネジャーと病院担当者間で協議の上情報共有をします。

本人に関する こと	<b>(医療に関すること)</b> ・ 診断名 ・ 病院からの「病状の説明内容」	・ 今回入院の理由 ・ 本人・家族の「受け止め方」・「今後の希望」
	<b>(ADL) 介助の必要度</b> ・ 移動方法 ・ 更衣 ・ 排泄	・ 食事摂取（嚥下の状況も含む） ・ 入浴
	<b>(認知症・理解力)</b> ・ 理解力 ・ 服薬管理	・ 入院中の周辺症状の有無とある場合の対応
	<b>(今後の治療)</b> ・ 治療内容 ・ リハビリの必要性 ・ 訪問看護への情報	・ 受診の必要性 ・ 薬物治療内容
	<b>(生活上の指示)</b> ・ 食事制限（形態・水分・エネルギー等）・活動制限	
	<b>(在宅で必要な医療処置)</b> ・ 種類 ・ 誰が処置をするか（家族の場合は習得状況）	・ 方法（新たに準備する物品の有無・準備状況も）
	<b>(経済状況) ※入院中に変化があった場合</b> ・ 制度利用の有無	・ 金銭管理の担当
家族に関する こと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 世帯構成（別居の場合はその所在地）</li> <li>・ キーパーソン（金銭管理・介護・様々な方針決定などに関して）</li> <li>・ 緊急連絡先</li> <li>・ 家族以外の支援者（公的な支援者・地域の支援者等）</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主介護者及び介護力</li> <li>・ 家族の支援状況</li> </ul>	
その他 必要な 情報	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

（平成26年度 医療介護連携調整実証事業「介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議」作成）

## 「私の在宅療養手帳」ご利用のお知らせ

在宅で療養生活となり、介護サービスを受けられる際は、「私の在宅療養手帳」をぜひご利用ください。



### 私の在宅療養手帳ってなに？

在宅療養しながら介護サービスや医療を受けるご本人やご家族と主治医やサービス事業の担当者等が記録して連携をとる(連絡)ノートです。

医療・看護・介護等の情報やサービス利用の経過等ご本人様の様子を、関わる全ての者が記入しますので、ご本人の様子やサービス利用の経過などを継続的に把握することができます。



- ☞ 手帳の発行は無料です。
- ☞ ご本人の希望、承諾により発行します。
- ☞ 介護認定の結果、要介護1～5、要支援1～2と認定された方で、希望される方がご利用いただけます。
- ☞ 介護認定区分の決定となりましたら、(在宅療養手帳の発行を希望される場合は)主治医、担当のケアマネジャーに相談してください。

### 【お問い合わせ】

- ・ 草津市長寿いきがい課 ☎ 077-561-2372  
(草津市さわやか保健センター2階)
- ・ 栗東市長寿福祉課 ☎ 077-551-0198
- ・ 草津栗東医師会事務局 ☎ 077-563-3380  
(手帳発行元)



# 「在宅療養手帳」ご利用のお知らせ

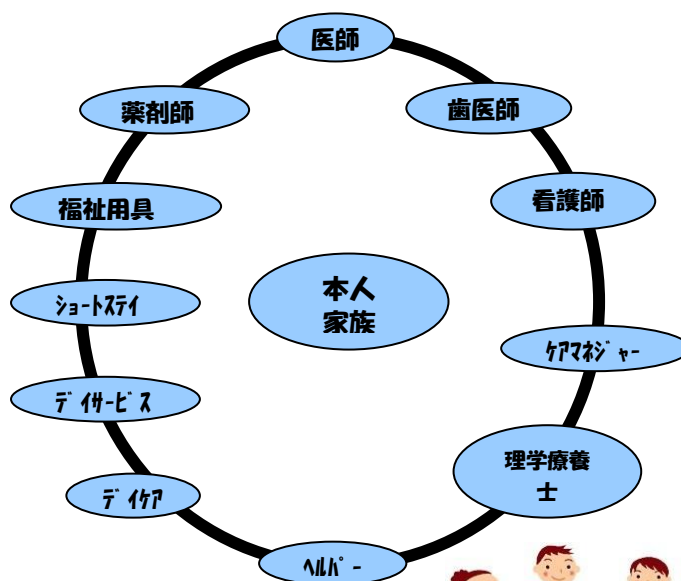
守山市・野洲市では、介護保険を認定された人を対象に、在宅療養手帳の利用を進めています。

## 在宅療養手帳って

高齢者等が住み慣れた地域で安心して在宅で生活が送れるよう、医療機関受診時や各種サービス等を利用した際、本人の情報や様子を記録する手帳です。

1冊の連絡ノートとして、本人だけでなく家族、医師、サービス事業所等、関わるすべての人が記入することで、本人の様子やサービス利用の経過などの情報を共有することができます。

## 本人の在宅生活を支える人々やサービス



※ 手帳の発行は無料です。

※ 手帳はご本人・家族の希望、承諾により発行します。



## 在宅療養手帳の発行を希望される場合は・・・

- ① 介護認定区分が決定したら、担当される介護支援専門員（ケアマネジャー）にご相談ください。
- ② ご不明な点は、下記までお問い合わせください。

### 【お問い合わせ】

守山市在宅医療・介護連携拠点センター  
または、地域包括支援センター

電話：581-0340

電話：581-0330

野洲市高齢福祉課・地域包括支援センター 電話：588-2337

守山野洲医師会事務局（手帳発行元）

電話：582-4113

## ～在宅療養手帳のイメージ（抜粋）～

**在宅療養手帳**

この手帳は医療福祉医療サービス円滑に利用するためのものです。  
本人・家族とサービスの実施機関が記録や情報を交換し、より快適な在宅生活をしたい  
いただく手助けをするための手帳です。  
サービスを利用するときは、必ず担当者にこの手帳を提示してください。

氏名

### ○緊急連絡先（家族用）

	氏名	続柄	TEL・FAX・携帯
1			
2			
3			

緊急時の連絡先を記入します。

（ご本人が意志表示をしたい場合にご記入ください）

**「人生の最終段階における医療やケアの希望について」**

【終末期になった場合の医療・ケアについての意思表示】  
寝たきりになったり、食べられなくなったときを想定してお考えください

ご本人の意思をご家族や近親者、介護施設などと話し合い、ご本人の希望を  
確認し、ご本人の意思を記載してください。ご本人の希望を記載することには  
法的な意味はありません。

人生の最終段階における医療やケアの希望を記入します。

記入日： \_\_\_\_\_

本人氏名（署名）： \_\_\_\_\_ （代筆者： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_）

### ○サービス利用状況

施設名	連絡先	サービス内容	開始年月日	終了年月日
	TEL			
	FAX			
	TEL			

介護サービスを受けて施設名や内容等を記入します。

### 月間予定表

平成 年 月

日	月	火	水	木	金	土

1か月の介護サービス（ヘルパー・デイサービス・訪問看護など）や受診の予定などを記入します。

### 日常生活動作スケール

歩行（屋外）	1. 普通 2. 杖や歩行器があれば歩ける 4. 歩行困難
歩行（屋内）	1. 普通 2. 杖や歩行器があれば歩ける 4. 歩行困難
階段の昇降	1. 普通 2. 杖や歩行器があれば歩ける 4. 歩行困難
立位	1. 普通 2. 杖や歩行器があれば立てる 4. かなり介助されて立てる 5. 全面介助
ねがえり	1. 普通 2. なんとか自分でできる 3. 一部介助すればできる 4. かなり手助けをすればできる 5. 全面介助

日常生活（動作、食事、排泄や入浴など）の状況を記入します。

### 生活経過表

平成 年 月

日	曜日	食事	便	血圧	体温	脈拍	体重	入浴	その他
1									
2									
3									
4									
5									

ご家族や訪問看護師が毎日のご本人様の様子（食事・排泄・血圧・体温・入浴など）を記入します。

### 経過用紙

日付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
/		
/		
/		
/		
/		

ご本人様に関わるすべての人が、ご本人様の状態（例えば、デイサービスやヘルパー利用時の様子や訴え）、医師の往診や訪問看護の処置、他の人に伝えておきた

その他、

- ご本人・家族の状況
  - 人生の最終段階の希望
  - 介護保険の情報
  - 医療の情報（入院歴・受診状況）
  - 口腔の状況
  - お薬の情報や薬歴
- などを記入します。

病床機能について



**高度急性期病床**  
 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が高い医療を提供する。  
 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例  
 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

- ・淡海医療センター
- ・済生会滋賀県病院
- ・滋賀県立総合病院

**急性期病床(一般病床)**  
 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、急性期の治療や検査等の医療を提供する。

- ・淡海医療センター
- ・近江草津徳洲会病院
- ・済生会滋賀県病院
- ・済生会守山市民病院
- ・滋賀県立総合病院
- ・市立野洲病院

**回復期リハビリテーション病床**  
 急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する。  
 ※転院、入院に際し、疾患による制限あり  
 ※入院期間も定めあり

- ・淡海医療センター
- ・南草津病院
- ・済生会守山市民病院
- ・滋賀県立総合病院
- ・市立野洲病院

**医療療養病床**  
 病状が安定している長期療養患者に対し、密度の高い医療的管理やリハビリテーションを提供する。  
 ※医療区分に該当する者  
 ※入院期間は各病院によって異なる

- ・淡海ふれあい病院
- ・近江草津徳洲会病院
- ・南草津病院
- ・済生会守山市民病院

**介護療養病床**  
 病状が安定期にあり、療養上の管理・介護・リハビリテーションが必要な要介護1～5の介護認定を受けている方に対し、療養の管理・医学的管理下における介護その他の世話およびリハビリテーションその他必要な医療を提供する。  
 ※介護保険適用  
 ※入院期間は各病院によって異なる

**障害者病床**  
 重度の肢体不自由者、脊髄損傷の重度障がい者、重度の意識障がい者、神経難病患者、その他の治療が継続して必要な方に対し、治療・看護・リハビリテーションを提供する。  
 ※身体障害者手帳取得の有無は問わない

**地域包括ケア病床**  
 急性期治療を経過し病状が安定した患者や、在宅や施設で療養中の方等が一時的に入院し、在宅や介護施設への復帰に向けた医療や支援を提供する。  
 ※疾患による制限はないが、60日以内に退院する必要あり

- ・淡海ふれあい病院
- ・近江草津徳洲会病院
- ・済生会守山市民病院
- ・滋賀県立総合病院
- ・市立野洲病院

専門病床

**緩和ケア病床**  
 疼痛コントロールが必要ながん患者に対し、痛みや不快な症状、不安など、がんの進行に伴う身体的、精神的苦痛を緩和する治療やケアを提供する。

- ・滋賀県立総合病院

認知症病床

精神科病床

# 連携手引きができるまで

## 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携づくり 取り組み経過

- ◇平成26年度 大津保健医療圏域において取り組み  
(厚生労働省老健局 医療介護連携実証事業、全国10カ所のモデル事業)
- ◇平成27年度 湖南保健医療圏域
  - 4月～6月 各関係機関への事業説明
  - 7月23日～8月17日 介護支援専門員への病院との連携に関する実態調査
  - 8月～9月 病院訪問、事業説明および退院支援状況調査
  - 7月14日～8月28日 各市ごとに介護支援専門員による検討
  - 9月18日 湖南圏域病院協会退院調整部門会議
  - 9月25日 管内4市合同介護支援専門員による検討
  - 10月14日 第1回湖南圏域病院・在宅連携検討会議  
病院とケアマネジャー、地域包括支援センターの紹介  
ワールドカフェ 相互交流、入院時、退院支援の連携
  - 12月17日 第2回湖南圏域病院・在宅連携検討会議  
入退院支援における病院とケアマネジャーの連携基本ルールの合意
  - 2月 連携手引き作成ワーキング(有志)
  - 3月末 湖南圏域 入退院支援の病院とケアマネジャーの連携手引き 完成
- ◇平成28年度～ 入退院支援における連携ルールの試行開始  
湖南圏域病院・在宅連携検討会議 運用状況の確認、検討
- ◇平成29年度 医療介護連携フェスタの開催
- ◇平成30年度 草津・守山にて医療介護連携フェスタの開催
- ◇平成31年度/令和元年度 新型コロナウイルス感染症流行のため医療介護連携フェスタ中止
- ◇令和元年度 湖南圏域病院・在宅連携検討会議 目指す支援について目標確認
- ◇令和2年度 湖南圏域病院・在宅連携検討会議・ケアマネ部会・退院調整部会  
目標達成のための優先取り組み事項を検討
- ◇令和3年度～令和4年度 湖南圏域病院・在宅連携検討会議・退院調整部会・ワーキング部会  
入院・退院安心ロード改訂について検討

## 「湖南圏域病院・在宅連携検討会議」とは

個々の経験や工夫により、病院と在宅療養支援機関との連携がスムーズにできるよう取り組んできているものの、現状では十分な退院支援がないまま在宅に移行する事例もあることや、連携の方法（ルールやツール）についてもまだまだ効果的運用に至っていないという課題がありました。

そこで湖南圏域における入退院支援の病院とケアマネジャーの連携推進を目的として検討会議を設置しました。各病院（看護部、退院調整部門）、各市ケアマネジャー代表、地域包括支援センター、介護支援専門員連絡協議会、看護協会地区支部等の関係者と市、保健所職員約 50 名余りをメンバーとし、入退院支援の連携について検討しました。病院と地域、お互いの理解が深まり、和やかな雰囲気の中検討が進みました。”患者さん、利用者さんのために”という思いから「入院・退院安心ロード」というアイデアも生まれました。

令和元年度から、部会や全体会議を通じて入院・退院安心ロードの運用状況を共有し、課題の検討を進めてきました。特に、これまでの会議で優先して取り組むべき事項として挙げられた「外来―地域連携」の重要性の観点からみて今回の改訂を行いました。今後も入院・退院安心ロードの普及やさらなる改定に向けて活動していきます。

ツールと活用法、主な参照ページ		
在宅療養/外来通院	入院	退院
在宅療養/外来通院		在宅療養/外来通院

<p><b>P2～4 湖南太郎さんの在宅療養 安心ロード</b></p> <p>P2 湖南太郎さんを中心にした病院/ケアマネが大切にしたこと等の一例</p>		
<p>“湖南太郎さん”を中心に、病院/ケアマネは、どんな時に、どのような支援・連携ができるといい？</p> <p>▶ 在宅療養→入院→退院→在宅療養へ</p>	<p>P3 ① 湖南太郎さんが、介護認定あり・担当ケアマネジャーがいる場合の病院/ケアマネの役割・連携 ② 湖南太郎さんが、新たに介護保険サービスを受ける場合の病院/ケアマネの役割・連携</p>	
<p>▶ 在宅療養・外来通院中</p>	<p>P4 湖南太郎さんが外来通院している場合の病院/地域の役割・連携</p>	P4

<p>連携を効果的に行うには？</p> <p>▶ 入院時</p> <p>▶ 退院にむけて</p> <p>▶ 外来時</p>	<p><b>P9 入院時情報提供書</b> 居宅介護支援事業所→医療機関へ(転院も含む)</p> <p><b>P14 退院に向けての聞き取りシート</b> 居宅介護支援事業所が医療機関・施設と面談で</p>	<p>P19</p> <p>P25</p>
<p><b>P19 外来－地域連携情報共有シート</b> 居宅介護支援事業所⇄医療機関</p> <p><b>P25 外来時情報提供書</b> (主にP19 外来－地域連携情報共有シートで返信者からのがあれば、居宅介護支援事業所や地域包括等→医療機関へ)</p>		

<p>ご本人の様子*やサービス利用の経過を、関わるすべての人がタイムリーに、継続的に把握するには？</p> <p>*要介護認定あり・手帳利用を希望される方</p>	<p><b>P30・31 在宅療養手帳</b></p>	<p>P30・31</p>
---	-----------------------------	---------------

<p>どこに、誰に、どんな連絡手段でつなぐ？</p>	<p><b>P34～37 連携の窓口等一覧</b></p> <p>P34 地域包括の連絡先 P35 病院：すでに介護保険を利用し、担当ケアマネがいる場合 P36 “ ”：新たに介護保険を利用する場合、その他 P37 “ ”：主な書類の依頼・提出先、問い合わせ先(外来患者窓口・連絡方法等)</p>	
----------------------------	--	--

湖南保健医療圏域  
～病院とケアマネジャーの連携手引き～  
**在宅療養 安心ロード**  
令和5年(2023年)3月発行

作成 湖南圏域病院・在宅連携検討会議

事務局：滋賀県南部健康福祉事務所(草津保健所)

湖南圏域病院退院調整部門

協力機関：湖南ブロック介護支援専門員連絡協議会、滋賀県看護協会第2地区支部

草津市、守山市、栗東市、野洲市

発行 滋賀県南部健康福祉事務所(草津保健所)

〒525-8525 滋賀県草津市草津三丁目14-75

TEL 077-562-3526

FAX 077-562-3533