

糸魚川市

入退院連携ガイド



翡翠(カワセミ):糸魚川市の鳥

事務局 糸魚川市在宅医療・介護連携協議会
退院支援企画委員会

- 策定の経緯 -

医療と介護が必要な高齢者等が、住み慣れた地域で暮らし続けるためには、医療と介護の関係者が連携し、切れ目のない支援体制を整えることが必要である。

これまで当市では、医療と介護関係者等の多職種での連携に取り組み、顔の見える関係づくりに努めてきた。その中で、入退院支援の方法は関係者間で共有されたやり方がすでにあることより、今回はそれを「入退院連携フローチャート」として可視化に取り組んだ。

このガイドは糸魚川市内の病院と介護支援専門員等の関係者が相互理解をより深め、連携の強化に資するものとして作成した。

- 目的 -

医療と介護が必要な高齢者等が、望む生活環境を整えることをめざし、病院と介護支援専門員の情報共有と入退院支援調整がスムーズに行われる。



< 目 次 >

策定の経緯

目 的

1. 入退院連携フローチャート

(1) 介護保険サービスを利用している場合 ……………P 1～2

(2) 介護保険サービスを利用していない場合……………P 3

(3) 資料：加算について……………P 4

2. 情報提供書

(1) 入院時情報提供書（様式 1）……………P 5～6

(2) 退院・退所情報記録書（様式 2）……………P 7

※様式 1・2 は厚生労働省のホームページ(<https://www.mhlw.go.jp>)からダウンロードできます。

ホームページで「平成 30 年度診療報酬改定について」を検索し、表示された「サイト内検索結果」のページから「入院時情報提供書ダウンロード」「退院・退所情報提供書ダウンロード」で検索してください。

3. 参考文献 ……………P 8



1. 入退院連携フローチャート

(1) 介護保険サービスを利用している場合

経過	病 院		介護支援専門員（以下CM）
	病棟看護師	医療相談員ソーシャルワーカー （よしだ 病院では看護師が担う）	
入院前支援	<ul style="list-style-type: none"> 入院支援看護師が入院前に患者に対し1)から8)を行い、入院中の看護や管理栄養等に係る療養支援計画を立て、患者及び入院予定の病棟職員と共有する。（加算①） 1) 身体的、社会的、精神的背景を含めた患者情報の把握 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 4) 栄養状態の評価 5) 服薬中の薬剤の確認 6) 退院困難な要因の有無の評価 7) 入院中に行われる治療、検査の説明 8) 入院生活の説明 		<ul style="list-style-type: none"> 家族へ入院に備えての依頼事項 ①入院した場合は、病院へ担当のCMと事業所を伝えること。 ②入院した場合は、CMへ連絡すること。 ③退院の話が出た場合は、早めにCMに連絡すること。
入院 退院支援開始	<ul style="list-style-type: none"> 退院困難な要因を有する入院中の患者を抽出し、関係職種共同で入退院支援を実施する。（加算②） 各病棟において、MSW、リハビリ等医療従事者が参加し、毎週1回カンファレンスを実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> CMより入院時情報提供書（様式1）を受け取り、病棟へ渡す。 必要に応じて随時CMへ状態を情報提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時情報提供書（様式1）を作成し、3日（7日）以内に病院相談室へ提出する。（加算④） ※ケアプラン（第1表と第3表）添付する。また、必要に応じて、住環境としては自宅内見取り図や本人の生活動線の特徴、IADLとしては買い物や調理、掃除等の状況などを情報提供する。 必要により適宜本人の状態を把握するために病院に行く。面会時間内であれば病棟への訪問可能。 具体的な病状確認が必要な場合はMSWを通じて病棟看護師のアポイントを取る。
退院調整開始	退院許可 <ul style="list-style-type: none"> 退院許可（又は退院調整指示）が出た時 ①家族へ退院許可を連絡する。その際、退院準備のためCMへ連絡するよう伝える。 ②MSWへ報告する。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院許可（又は退院調整指示）が出たことをCMへ報告し、家族とのサービス調整を依頼する。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族から退院許可（又は退院調整指示）の連絡が来たら、サービス調整を開始する。 リハビリ見学の必要があれば、MSW又はリハビリ担当へ連絡する。 状態確認の必要があればMSWへ連絡する。 ※状態確認時、サービス事業所も同席することに問題はない。
	患者情報共有 <ul style="list-style-type: none"> 来院したCMへ情報提供を行う。 患者・家族の療養生活の状態を踏まえ、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤指導や新たな介護保険サービス等の導入が望ましい場合に、説明及び指導を行う。（加算③） 	<ul style="list-style-type: none"> CMと状態確認に来院する日を調整し、病棟へ報告する。 訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤指導の必要があればCMへ提案する。 新規で訪問診療や往診を依頼する必要がある場合は、対応可能な在宅医を探し依頼する。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院・退所情報記録書（様式2）を使い、病棟看護師から情報収集する。 訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤指導の必要性について情報収集する。 医療機関からの情報や状態確認の結果を踏まえ、ケアプラン内容を検討する。
退院前 カンファレンス 準備	<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスに向けて ①MSWはCMと退院前カンファレンスの日程を調整し、病棟へ報告し参加を依頼する。 ②新規で訪問診療や往診が導入となる場合は、在宅医となる予定の医師へカンファレンスへの出席を打診する。 ③病棟看護師は当日までに退院前カンファレンス用紙を作成し、MSWへ渡す。 		<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスが必要な場合はMSWへ連絡し、退院前カンファレンスの日程を調整する。 各サービス事業所、在宅医（訪問診療受けていた場合）、訪問歯科医、訪問薬剤師へ以下の連絡を行う。 ①退院前カンファレンスへの参加を依頼する。 ②本人の現状を情報提供する。 ケアプラン（案）を作成する。
退院前 カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスを開催する。（加算③） ①看護師より、本人の入院中の状況について報告する。 ②リハビリ担当者より、本人のリハビリの状況について報告する。 ③確認や検討が必要な事項について整理する。 ④退院日時が決まる。 		<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスに出席する。（加算⑤） ①本人の状況について最終確認を実施する。 ②退院日時が決まる。 ③関係職種へケアプラン（案）を提示し、意見・助言等をもらう。修正等がない場合は、本人・家族の同意を得て（案）をとり、配布する。確認事項や検討等が必要な場合は、後日配布とする。
退院まで	<ul style="list-style-type: none"> 看護サマリーを作成し、MSWへ渡す。 退院前カンファレンスにて必要な確認事項等がある場合は検討し、結果をMSWへ報告する。 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟等から受け取った報告内容をCMへ情報提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院から報告を受けた内容を関係者で共有する。 ケアプランを完成させ、本人・家族から同意を得て、関係者に配布する。
退院		<ul style="list-style-type: none"> 看護サマリーをCMへ渡す。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の訪問。

(2) 介護保険サービスを利用していない場合

経過	病院	介護支援専門員(以下CM)
入院前支援	<p>・入院支援看護師が入院前に患者に対し1)から8)を行い、入院中の看護や管理栄養等に係る療養支援計画を立て、患者及び入院予定の病棟職員と共有する。(加算①)</p> <p>1) 身体的、社会的、精神的背景を含めた患者情報の把握 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 4) 栄養状態の評価 5) 服薬中の薬剤の確認 6) 退院困難な要因の有無の評価 7) 入院中に行われる治療、検査の説明 8) 入院生活の説明</p>	
入院 退院支援開始	<p>・本人・家族の聞き取りや介護保険証により、担当CMが決まっていないことを確認する。</p> <p>・病棟看護師が退院困難な要因を有する入院中の患者を抽出し、関係職種共同で入退院支援を実施する。(加算②)</p> <p>・各病棟において、MSW、リハビリ等医療従事者が参加し、毎週1回カンファレンスを実施する。</p>	
治療状況に応じて	<p>・治療の目処がついてきたら、病棟看護師にてADLなどの情報を家族へ提供する。</p> <p>・介護保険サービスの利用の希望がある場合はMSWにて介護保険制度について説明し、申請の支援を行う。</p> <p>・MSWにて担当可能なCMを探し、担当の内諾を得る。</p>	<p>・病院からの依頼に関して概要、退院の見込みを確認。</p> <p>・情報について、いつ、どこで、誰とどんな方法でおこなうのか調整し、アセスメントする。</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>連絡先</p> <p>○要支援と予測される・対応に悩む場合:地域包括支援センター</p> <p>○明らかに要介護と予測される場合:居宅介護支援事業所</p> </div>		
<p>以降の流れは「介護保険サービスを受けている場合」の退院調整開始からと同じ</p>		

退院支援が必要な患者 (H30年度入退院支援加算の対象となる患者要件より)

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院
- ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

(3) 加算について(平成30年4月改正)

	加 算		算 定 要 件	
	名 称	点 数		
診 療 報 酬	①入院時支援加算	200	入退院支援加算を算定する患者に対し、 ①入院前に以下の1) から8) を行い、 ②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、 ③患者及び入院予定先の病棟職員と共有する。 <1)・2)・8) は必ず実施 > 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 4) 栄養状態の評価 5) 服薬中の薬剤の確認 6) 退院困難な要因の有無の評価 7) 入院中に行われる治療・検査の説明 8) 入院生活の説明	
	②入退院支援加算	600	退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するものに対して入退院支援を行った場合に算定する。	
	③介護支援等連携指導料	400	当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた入院中の患者に対して、看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に当該入院中2回に限り算定する。	
介 護 報 酬	④入院時情報連携加算	200	入院後3日以内に情報提供した場合(提供方法は問わない)	
		100	入院後7日以内に情報提供した場合(提供方法は問わない) ※糸魚川市では「入院時情報提供書」を使用すること。	
	⑤退院・退所加算	連携回数・カンファレンスの有無による	退院時におけるケアプラン初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。	
		連携回数	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
1 回		450	600	
2 回	600	750		
3 回	×	900		

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

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)基本情報について

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 ※可能ならば、「写真」などを添付	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） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 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			<input type="checkbox"/> 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<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. 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（ ） * <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		

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 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

* = 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		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"/> 歩行者 <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"/> 歩行者 <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	義歯	<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	ポータブルトイレ	<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/パッド	<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(コピー)」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

退院・退所情報記録書

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 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)					
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・ <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし					
入院(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			
	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(所)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(部分・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＞病気、障害、後遺症等の受け止め方									
	＜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"/> 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障害要因(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。

3. 参考文献

(1) 平成 28 年度厚生労働省入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との

多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業

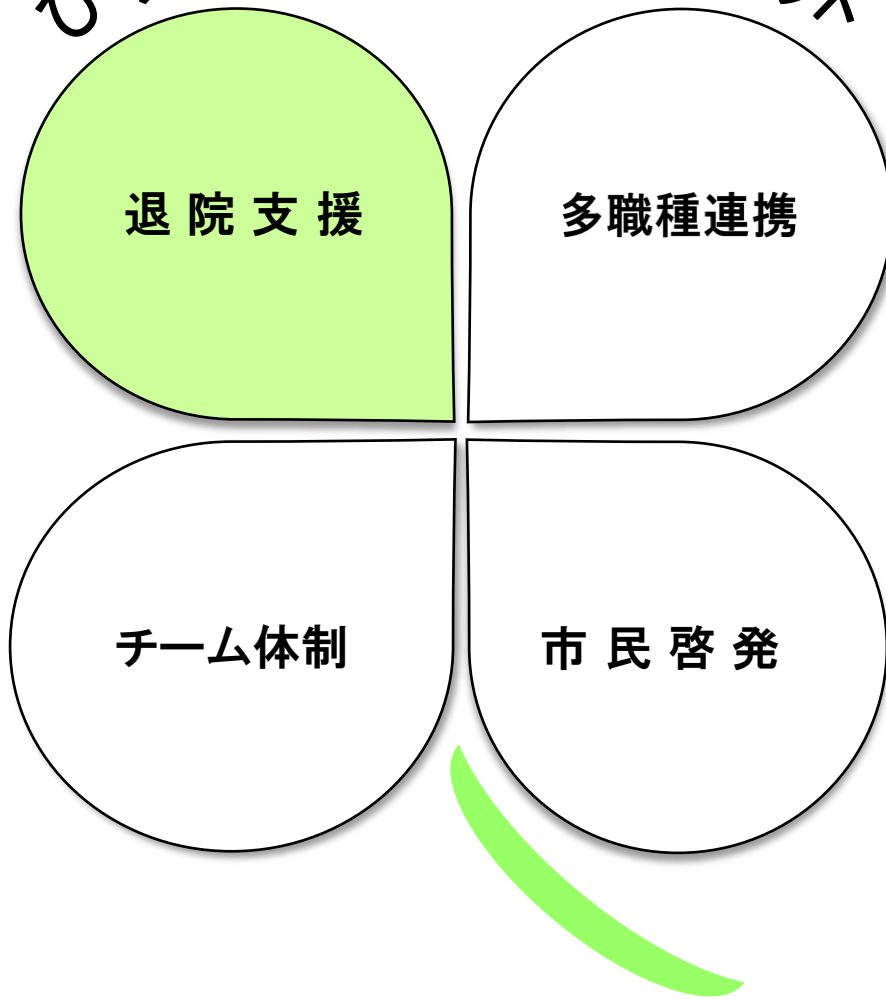
「入退院時におけるケアマネジャーの医療機関との連携・情報収集の手引き」

(平成 29 年 3 月 株式会社日本能率協会総合研究)

(2) 在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬

(平成 30 年 10 月 関東信越厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課)

ひすい在宅医療プロジェクト



糸魚川市 入退院連携ガイド

発行日／令和 元年 5月

発行者／糸魚川市在宅医療・介護連携協議会

退院支援企画委員会