

伊勢崎佐波地域 退院調整ルールの手引き

平成30年2月

(改定：令和3年4月)

は じ め に

介護を必要とする患者さんが病院から退院をする際に、病院とケアマネジャーの間の情報共有が不十分であったため、必要な介護サービスがすぐに利用できないなど、円滑に在宅生活へ移行できない場合があります。

このようなことから、病院に入院している要介護（要支援）状態の患者さんが在宅へ退院するための準備の際に、病院からケアマネジャーに着実な引継ぎを行えるよう「伊勢崎佐波地域退院調整ルール」を策定しました。

この退院調整ルールを地域全体で運用し、介護を必要とする患者さんが疾患の種類を問わず、伊勢崎佐波地域のどの病院において入退院しても、必要な介護サービスが受けられ、安心して在宅へ戻ることができるよう、医療と介護の関係者がさらに連携を強化して支援していくことを、ルールの目的としています。

また、本手引きは、よりよい連携を目指して必要時に改定（年に1回程度）をします。

患者さんの退院を地域全体で支えるため、関係者の皆様に内容を共有していただき、退院調整ルールの普及・活用に、御協力くださいますようお願いします。

1	退院調整ルールの方 考 え 方	1
	(1) 伊勢崎佐波地域退院調整ルールとは	
	(2) ルールの性格	
	(3) ルールを利用する主な関係機関	
	(4) ルールの対象となる患者	
	(5) ルールで想定される基本的なケース・位置づけ	
	(6) ルールの見直し	
	(7) 個人情報の取扱いについて	
2	ルールの内 容	2
	(1) 入院前にケアマネジャーがいる患者の場合	
	(2) 入院前にケアマネジャーがいない患者の場合	
	(3) 退院調整が必要な患者の基準（入院前にケアマネジャーがいない患者の場合）	
	(4) 地域包括支援センターの業務	
	(5) ケアマネジャーの業務及び役割	
3	介護保険制度のあらまし	1 2
4	情報共有様式	1 3
	(1) 入院時情報提供書【入院時情報共有シート】	
	(2) 退院・退所情報記録書【退院前情報共有シート】	
5	地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等連絡先一覧	1 7
	(1) 地域包括支援センター	
	(2) 居宅介護支援事業所	
	(3) 小規模多機能型居宅介護支援事業所等	
6	入退院調整のための病院相談窓口等一覧	3 0
7	参考資料	3 2
	◇退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例（令和2年4月）	
	◇在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら	
	◇退院調整ルール策定経過	

1 退院調整ルールのかえ方

(1) 伊勢崎佐波地域退院調整ルールとは

患者が退院する際に、必要な介護サービスを切れ目なく受けられるよう、伊勢崎佐波地域内の病院とケアマネジャーが、入院時から退院時まで情報を共有し、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための伊勢崎佐波地域内の仕組みです。

患者の居宅への退院に向けて、病院とケアマネジャーが連携するために、それぞれの役割や手順などを定めるものです。

このルールの運用は、平成30年4月から開始します。

(2) ルールの性格

伊勢崎佐波地域退院調整ルールは、病院とケアマネジャーが連携するために期待される標準的な行動を定めたものであり、強制力を持つものではありません。

ルールに定めた手順や日数などは、あくまで「目安」と考え、個別の事情に応じ対応が必要な場合は、その都度、関係者の間で調整してください。

(3) ルールを利用する主な関係機関

- ①病院
- ②居宅介護支援事業所
- ③地域包括支援センター
- ④伊勢崎市・玉村町
- ⑤在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら

(4) ルールの対象となる患者

次のような内容に該当する方が、退院調整の対象者です。

①入院前に担当ケアマネジャーがいる方

(入院前に介護保険サービスを利用していた方)

⇒要介護・要支援に関わらず、すべての方が対象となります。

②入院前に担当ケアマネジャーがいない方

(退院後、新たに介護保険サービスを利用する方)

⇒『退院調整が必要な患者の基準』(P. 6)により、病院が、退院調整が必要と判断した方が対象となります。

(5) ルールで想定される基本的なケース・位置づけ

基本的に、伊勢崎佐波地域にお住まいの退院調整ルール対象者が、地域内の病院に入院し、退院後、在宅に戻るケースを想定しています。

(6) ルールの見直し

ルール運用後、定期的に運用状況の確認、評価を行い、必要に応じて関係者間で協議の上、適宜見直しを行っていきます。

(7) 個人情報の取扱いについて

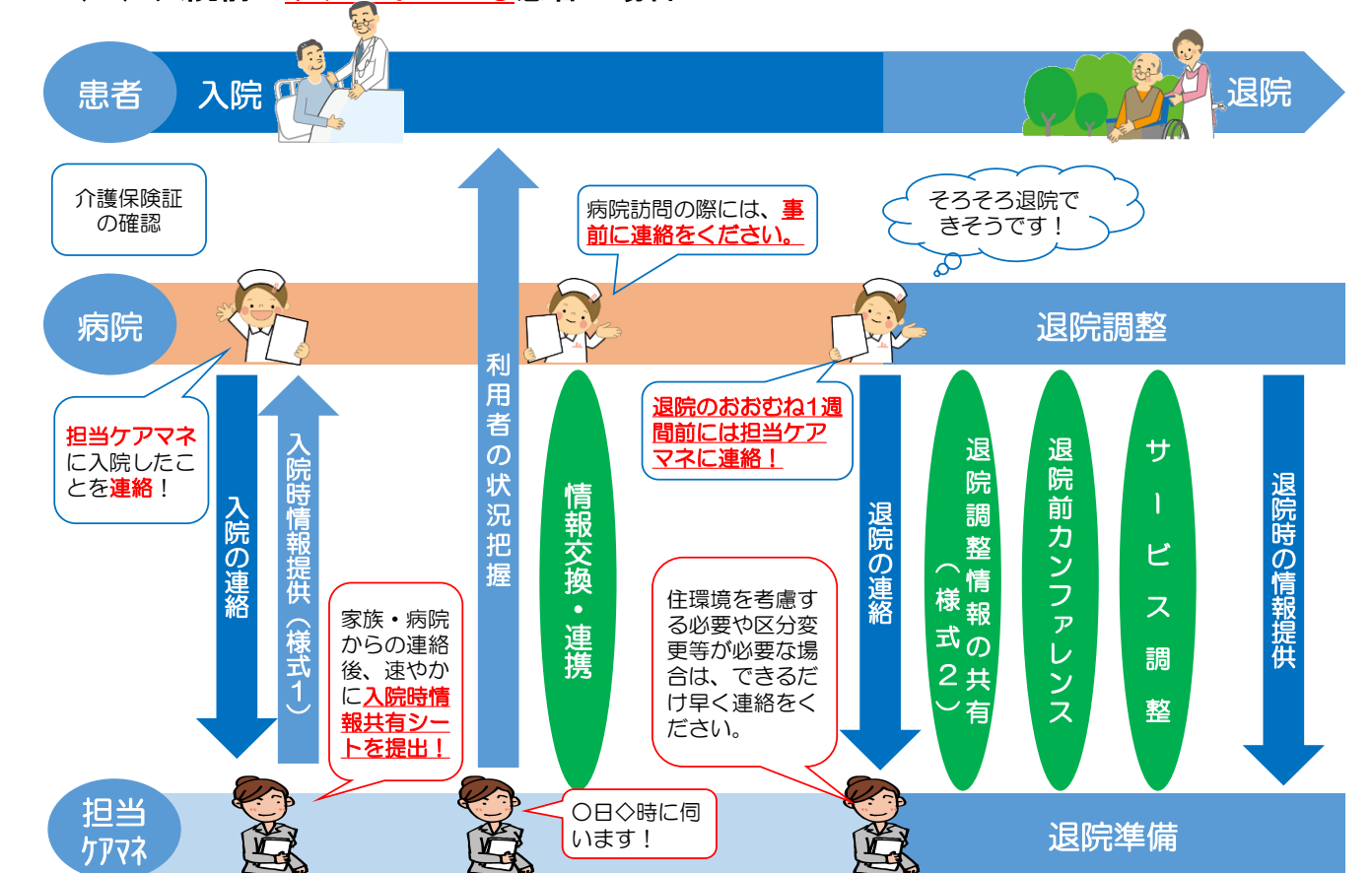
医療・介護の連携のためには、関係者間の情報共有が不可欠ですが、個人情報の取扱いには細心の注意が必要です。個人情報の取扱いについては、厚生労働省から「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」が示されていますので、参考にしてください。

(厚生労働省ホームページ)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

2 ルールの内容

(1) 入院前にケアマネがいる患者の場合



	病 院	ケアマネジャー
在宅時 ↓		①利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫 ・利用者や家族に、入院したら担当ケアマネに連絡するように伝えておき、担当ケアマネの情報が伝わるように工夫をしておく。 ＜工夫例＞ ・担当ケアマネの名刺を、「医療保険証」「介護保険証」「お薬手帳」などと一緒に保管し、入院の際には、必要な物のセットとして持参するようにする。 ・自宅の見えるところ（電話の前、ベッドサイドなど）に担当ケアマネの氏名・連絡先を貼っておくように願います。
入院 ↓	②入院時連絡 ・患者や家族への聞き取りや介護保険証等により担当ケアマネを把握し、入院したことを、本人や家族から担当ケアマネに連絡するように依頼（本人・家族が連絡困難な場合は、病院担当者が担当ケアマネに直接連絡）。 「病院がケアマネジャーを把握」又は「ケアマネジャーが入院を把握」、どちらか早いほうから連絡！	③入院時情報共有シートの提出 ・入院を把握したら「入院時情報共有シート」を作成し、速やかに病院に提供。 ※原則、電話連絡のうえ、持参。（持参が困難な場合は、FAXで送付）
退院の見込 ↓	④入院中の連携 ・病院担当者及びケアマネは、入院期間の見込みや患者の状態等について、入院時から連携して情報共有に努める。 ⑤患者の退院見込みがたったことを連絡 ・患者の病状が安定し、在宅への退院が可能と判断できる場合は、その旨を担当ケアマネに連絡。（退院予定日のおおむね1週間前までに） ・住環境を考慮する必要や区分変更等が必要な場合は、できるだけ早く担当ケアマネに連絡。 ・急に退院が決まった場合は、直ちに担当ケアマネに連絡。	⑥患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ・病院から退院見込みの連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整。
退院調整 ↓	⑦入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施 ※詳細な実施方法は各病院に確認して進める。 ・病院担当者（看護師・MSW等）と担当ケアマネジャーの退院調整開始面談 ・患者や家族の意向を確認し、介護サービスを調整 ・退院前カンファレンスの開催 ・退院前情報共有シートの提供（入院時情報共有シートの記載内容と変更がない事項は、記載を省略可。）など	
退院日決定 ↓	⑧退院日を連絡 ・主治医の許可した退院日を担当ケアマネジャーに連絡。	
退院後	⑨サマリーの提供	⑩ケアプランの提供

入院前から、担当ケアマネジャーが決まっている患者については、要介護・要支援を問わず、必ず引継ぎを行います。

<在宅時>

- ①ケアマネジャー及び地域包括支援センター担当者（以下「在宅担当者」）は、普段から利用者や家族に「入院したら電話をください。」と伝えておき、在宅担当者の情報が病院に伝わるように工夫をしておきます。

工夫例

- ・担当ケアマネの名刺を「医療保険証」「介護保険証」「お薬手帳」などと一緒に保管し、入院の際には、必要な物のセットとして持参するようにお願いします。
- ・自宅の見えるところに担当ケアマネの氏名・連絡先を貼っておくようにお願いします。 など

<入院>

- ②病棟・地域連携室の退院担当者（以下「病院担当者」）は、家族又は介護保険証から在宅担当者を確認し、本人・家族から在宅担当者に連絡するよう依頼します。本人・家族が連絡困難な場合、病院担当者は、患者が入院した旨を在宅担当者に直接連絡します。
- ③在宅担当者は、本人の入院を把握したら、病院に連絡して「入院時情報共有シート」（入院時情報提供書）を作成し、速やかに病院に提供します。原則、電話連絡のうえ、持参しますが、病院の指定するFAXへ送信することも可能とします。FAXの場合、個人情報としての取扱いに注意してください。
- ④病院担当者及び在宅担当者は、入院期間の見込みや患者の状態等について、入院時から連携して情報共有に努めてください。

<退院の見込>

- ⑤病院担当者は、患者の状態が安定し、在宅への退院が可能と判断できる場合は、退院予定日のおおむね1週間前までに、その旨を在宅担当者に連絡をします。
- ※患者の状態や要望を反映した介護保険サービスの調整には、1週間は必要です。
- また、住環境を考慮する必要や区分変更等が必要な場合は、できるだけ早く連絡をします。
- 急に退院が決まった場合は、直ちに在宅担当者に連絡をします。
- ⑥在宅担当者は、病院から退院の見込みの連絡があったら、利用者情報の共有について、いつ、どこで、どのような方法で実施するかを病院と調整を始めます。

<退院調整>

- ⑦病院担当者と在宅担当者は、入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施します。
- 【情報共有方法】※詳細な実施方法は各病院に確認して進めます。
- ・病院担当者は、在宅担当者がケアプランを修正する際に必要な情報（退院前情報共有シート（退院・退所情報記録書））を、院内の関係者から収集します。可能な範囲でシートに記入し、退院調整の開始時（連絡時）に在宅担当者に提供します。
 - ・病院担当者は、面談時に在宅担当者に患者情報を説明します。在宅担当者は、ケアプラン修正をするのに、不足する情報がある場合は、面談時に病院担当者から聞き取ります。
 - ・病院担当者と在宅担当者は、退院の目途がたったら退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認します。
 - ・退院前カンファレンスでは、病院担当者から入院中の様子や、退院時の留意事項について引継ぎを受け、本人・家族を交えて在宅に必要な支援等について検討します。

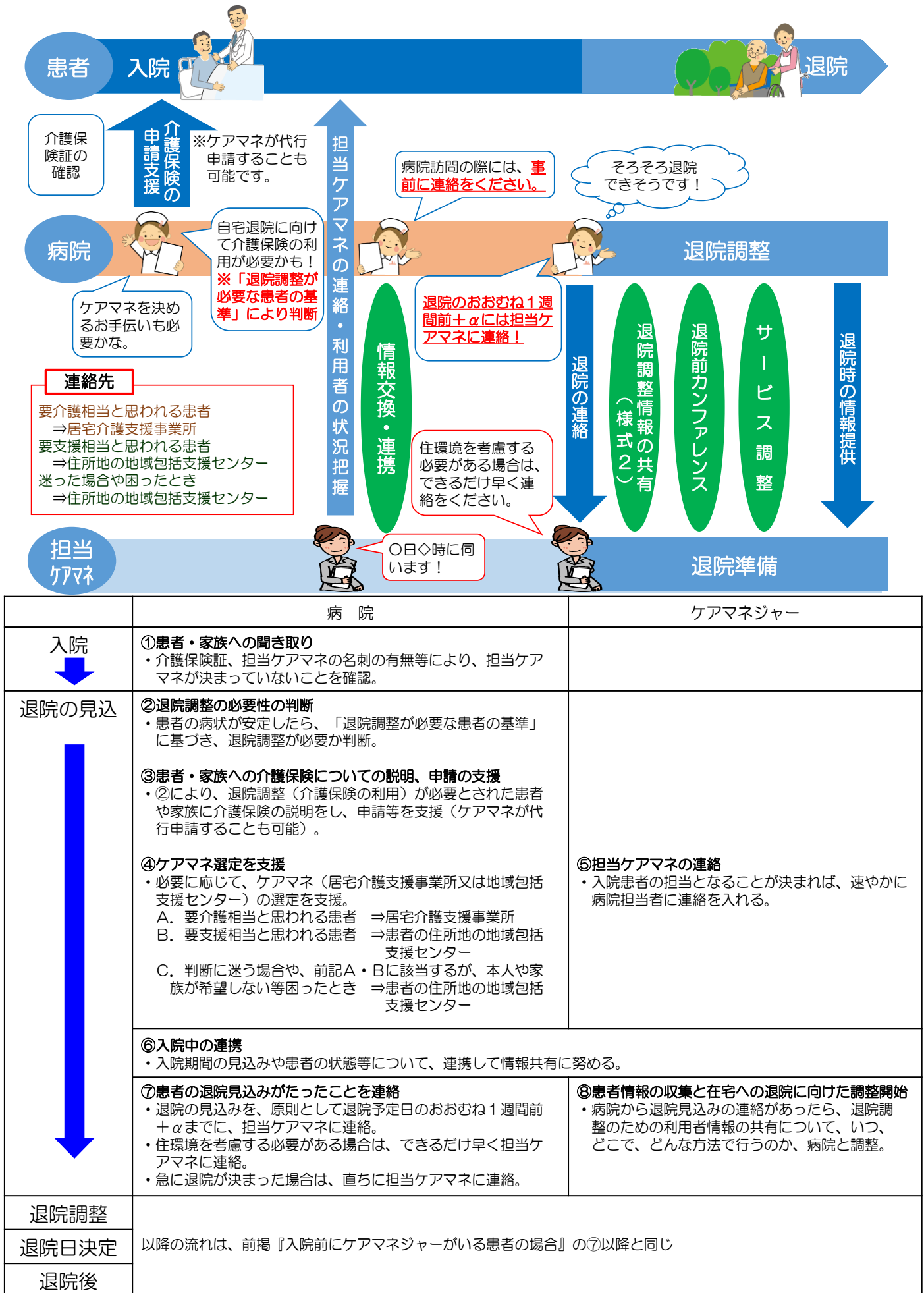
<退院日決定>

- ⑧病院担当者は、主治医の許可した退院日を在宅担当者に連絡します。

<退院後>

- ⑨病院担当者は、サマリーを在宅担当者に提供します。
- ⑩在宅担当者は、必要に応じて、ケアプランの写しを病院担当者に提供します。

(2) 入院前にケアマネがない患者の場合



<入院>

- ①病棟・地域連携室の退院担当者（以下「病院担当者」）は、本人や家族への聞き取りにより、介護保険証やケアマネジャー及び地域包括支援センター担当者（以下「在宅担当者」）の名刺の有無等を確認し、介護保険の認定の有無や、在宅担当者がいないことを確認します。

<退院の見込>

- ②病院担当者は、医師等により「在宅への退院が可能かどうか」を判断します。
 - ・「退院調整が必要な患者の基準」（P. 6）に基づき、退院調整が必要かどうかを判断します。
 - ・退院調整が必要と判断した場合、調整に必要な期間（おおむね1週間前＋ α ）を考慮して患者や家族への支援、在宅担当者の選定のため早めに調整を始めます。
- ③病院担当者は、退院調整（介護保険の利用）が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明を行い、申請等を支援します。（ケアマネジャーが代行申請することも可能です。）
- ④病院担当者は、必要に応じて、事業所連絡先一覧（P. 17）を活用して、在宅担当者の選定を支援します。

【要介護】は、居宅介護支援事業所連絡先一覧（P. 18）から選定した事業所へ
【要支援・判断に迷う場合や困ったとき】は、患者の住所地の地域包括支援センター（P. 17）へ
- ⑤在宅担当者は、入院患者の担当となることが決まったら、速やかに病院担当者に連絡をします。
- ⑥病院担当者及び在宅担当者は、入院期間の見込みや患者の状態等について、連携して情報共有に努めます。
- ⑦病院担当者は、患者の退院見込みがたったら、在宅担当者の退院調整に必要な期間（おおむね1週間前＋ α ）を考慮して連絡をします。

※患者の状態や要望を反映した介護保険サービスの調整には1週間は必要です。新たに介護保険サービスを利用する場合は、初回の訪問（契約、家族への説明など）やサービス事業者を新たに探す時間などが、さらに必要なため、『＋ α 』としてあります。

また、住環境を考慮する必要や区分変更等が必要な場合は、できるだけ早く連絡をします。急に退院が決まった場合は、直ちに在宅担当者に連絡をします。
- ⑧在宅担当者は、病院から退院の見込みがたった旨の連絡があった場合、利用者情報の共有について、いつ、どこで、どのような方法で実施するかを病院と調整を始めます。

以降の流れは、『入院前にケアマネがいる患者の場合』（P. 2）の退院調整以降と同じです。

<ケアプラン作成の流れ>

- ①契約・面談：退院後の住居や生活の課題・ニーズの把握。契約の手続き。
- ②病院からの情報収集：身体機能の状況、生活機能の今後の見込み等の情報を収集。
- ③ケアプラン原案作成：自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定。
- ④サービス事業所との調整：事業所の選定、事業所へ利用者情報提供。
- ⑤退院前カンファレンス：サービス事業所を交えた病院との引き継ぎ。
- ⑥サービス担当者会議：事業所間で目標・課題共有。事業所間の役割分担を確認。
- ⑦サービス提供開始

※詳細については、「退院調整におけるケアマネジャーの業務」（P. 10）をご覧ください。

（３）退院調整が必要な患者の基準（入院前にケアマネがない患者の場合）

入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない患者については、次の基準により退院調整（介護保険の利用）が必要かどうかを判断します。

① 65歳以上の患者の場合

【前提】入院前からケアマネジャー・地域包括支援センターと契約している患者については、要介護・要支援には関係なく担当者へ引継ぎをしてもらいます。

1 退院調整が必要な患者（患者の状態が「要介護相当」）

- ①立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- ②食事に介助が必要な方
- ③排泄に介助が必要な方
- ④日常生活に支障をきたすような精神症状または認知症状のある方

※ 1項目でも当てはまれば（さらに重度も含めて）

⇒ 居宅介護支援事業所※へ連絡

2 それ以外で見逃してはいけない患者（患者の状態が「要支援相当」の一部）

- ⑤在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ⑥（ＡＤＬは自立でも）がん末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）が追加された方

⇒ 患者の住所地の地域包括支援センター※へ連絡

3 迷った場合や、上記１・２に該当するが本人や家族が希望しない等、困ったとき

⇒ 患者の住所地の地域包括支援センター※へ連絡

※居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターの連絡先一覧はP. 17

② 40歳以上65歳未満の患者の場合

患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記の介護保険の対象となる疾病参照）で、かつ、前ページの1又は2の「退院調整が必要な患者の基準」に当てはまる場合

【介護保険の対象となる疾病】（40歳以上65歳未満）

- ①がん末期
- ②関節リウマチ
- ③筋萎縮性側索硬化症
- ④後縦靱帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥初老期における認知症
- ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧脊髄小脳変性症
- ⑨脊柱管狭窄症
- ⑩早老症
- ⑪多系統萎縮症
- ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬脳血管疾患
- ⑭閉塞性動脈硬化症
- ⑮慢性閉塞性肺疾患
- ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(4) 地域包括支援センターの業務

高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、さまざまな面から総合的に支えていくための相談機関で、伊勢崎市には9か所、玉村町には3か所、設置されています。

①総合相談（さまざまな相談に対応します）

高齢者やその家族の相談を受け、適切なサービスにつなげます。相談の内容によってサービス、制度に関する情報提供や、関係機関への紹介をします。また、介護や健康に関することだけでなく、生活全般についても相談にのっています。

②介護予防ケアマネジメント（自立した生活ができるように支援します）

介護保険で「要支援1、2」と判定された方や新しい総合事業の対象となる方（介護予防・生活支援サービス事業対象者）一人ひとりに合わせた介護予防プランを作成し、自立した日常生活が送れるように支援します。また、介護予防サービス等が利用できるよう連絡調整を行います。

③包括的・継続的マネジメント（地域の連携・協力体制を支えます）

高齢者が、住み慣れた地域で暮らし続けられるように、地域の様々な機関・専門家などと連携・協力できる体制づくりに取り組みます。

また、地域のケアマネジャーが円滑に仕事ができるよう支援し、より暮らしやすい地域にするため関係機関と協力していきます。

④権利擁護（高齢者の権利・尊厳を守ります）

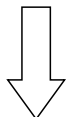
高齢者が安心して日常生活を送れるよう、高齢者の権利を守ります。

また、成年後見制度の紹介や虐待の早期発見、消費者被害の未然防止などに対応します。

②退院調整におけるケアマネジャーの業務

☆病院から退院するケース（認定申請の場合）：新規受付～在宅受け入れ可能になるまで☆

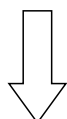
居宅新規受付



- 1 病院又は家族から電話で依頼を受ける
- 2 事業所内で担当者を決定
- 3 病院から『退院前情報共有シート』の提供を受ける
- 4 初回訪問の日程調整

- ・介護保険証の確認ができれば早い。
⇒未申請であれば、代行申請から必要。
- ・ケアマネジャーの担当できる件数が決まっているため、担当者を決めるのにも時間が必要。
- ・家族が就労などで連絡がとれないことが多く、初回訪問まで時間が掛かることも多い。

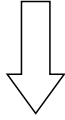
病棟に初回訪問 (インテーク・アセスメント)



- 1 介護保険証の確認
- 2 本人又はその家族に対し、居宅介護支援についての契約及び重要事項の説明、個人情報の使用について説明し、同意を得たのち、署名押印をいただき一部交付
- 3 『居宅サービス計画作成依頼届け』の記載依頼
- 4 病棟から、本人の状態説明や退院後の生活についての助言など、情報提供を受ける
- 5 基本情報聴取・アセスメント(課題分析)を実施
- 6 サービス事業者の情報提供を行い、サービス選択を求める(検討する時間・見学等も含む)
- 7 居宅へ訪問(家屋状況の確認)

- ・アセスメントは、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接しなければならない。
しかし、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合は病院での実施も可能。
⇒入院中は、病院と居宅の訪問が必要になる。
- ・本人の状態像に変化があり、住宅改修などの可能性があれば、本人の動きを自宅で確認する必要がある。また、事務手続きには1か月位かかる場合も。

事務処理

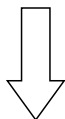


- 1 市役所又は町役場へ書類提出代行申請
『居宅サービス計画作成依頼届け』
『主治医意見書・認定調査票の資料開示申請』
- 2 利用者台帳・基本情報の作成（パソコン入力）
- 3 アセスメントをもとに、ケアプラン原案を作成
- 4 必要と思われるサービス事業者の調整
- 5 主治医との連携
- 6 サービス担当者会議の開催調整と書類準備
（ケアプラン・利用票・提供票、介護保険証の写しなど）

- ・事業所の営業日や役所の開庁時間など、曜日や時間に制限がある。
- ・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医より助言をもらうことが必須。
⇒主治医との連絡調整にも時間を要する。



ケアプランの確定 （ケアプランの交付）



- 1 サービス担当者会議の開催で情報共有
- 2 ケアプランの修正・確定
- 3 ケアプラン・利用票について、利用者又は家族に説明し、同意を得たのち、署名押印を頂き一部を交付
- 4 提供票の交付
- 5 サービス担当者会議録の作成

- ・サービス担当者会議では、サービス担当者から専門的な見地からの意見を聴取しなければならない。欠席する事業所には事前に照会での意見聴取が必要。
⇒事業所が多くなればなるほど、調整に時間が掛かる。
- ・提供票を事業所に交付した証拠として、受領のサインが必要なので原則手渡ししている。

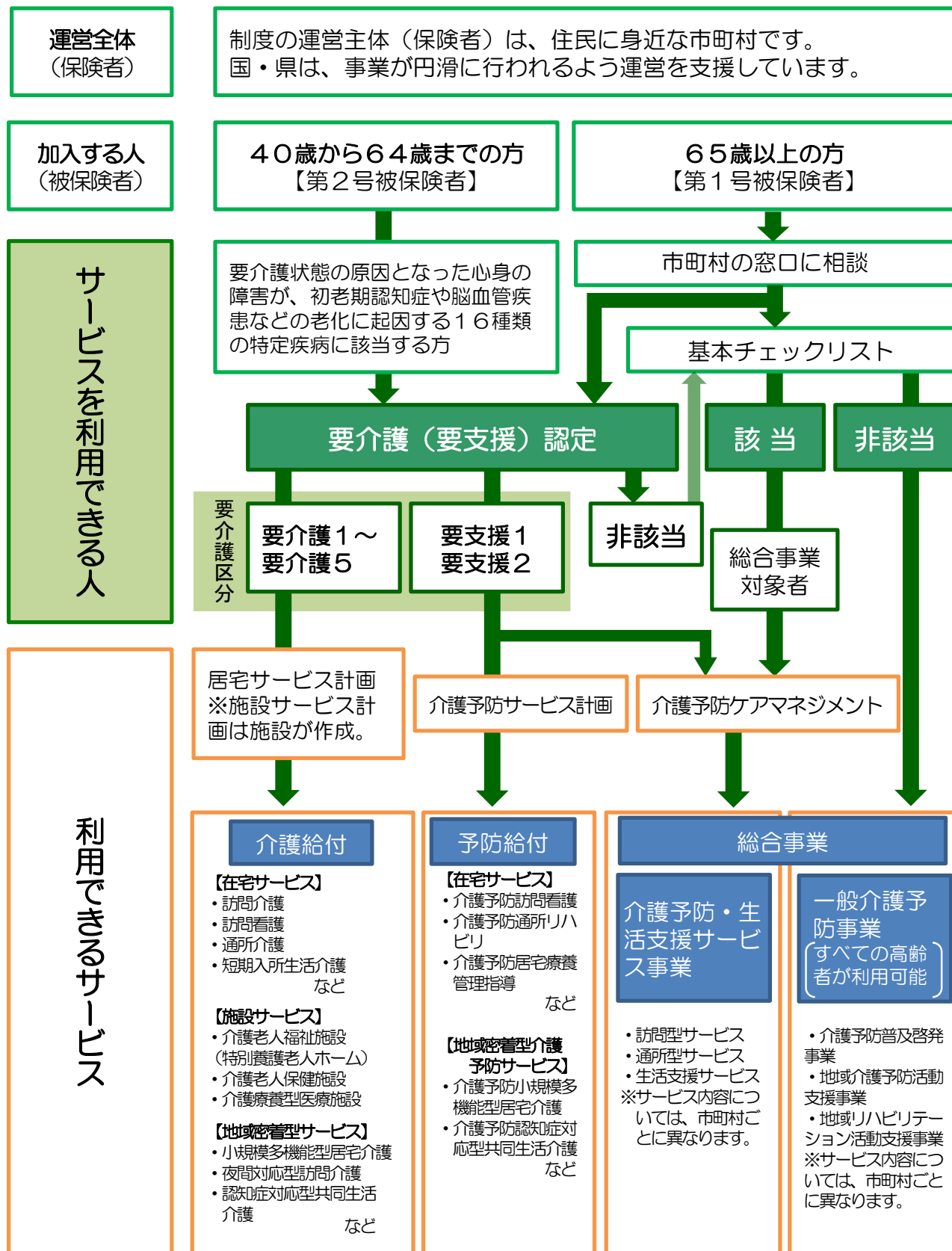


（サービス事業者の 契約同行）

サービス利用を開始するには
ここまでが必要

3 介護保険制度のあらまし

介護保険のサービスを利用する場合は、お住まいの市町村に要介護（要支援）認定を申請し、認定を受けます。認定を受けた後、介護支援専門員（ケアマネジャー）等が作成したケアプランに基づき、サービスを利用します。



4 情報共有様式

入退院時において、病院とケアマネジャーが情報共有していくため、次の様式を作成しましたので、活用してください。

なお、様式の項目については、患者さんの様子がわかる内容を掲載していますが、聞き取り時などにおいて、追加で必要な項目が生じる場合もありますので、その際には適宜対応をお願いします。

(1) **入院時情報共有シート** (入院時情報提供書) …ケアマネジャーから病院へ連絡

- ・ケアマネジャーが有する情報を病院に提供する場合に使用します。
- ・項目で不足する情報は、病院訪問時に病院担当者がケアマネジャーに口頭で確認するか、必要に応じてフェイスシート、ケアプラン第1～3表等を渡して対応します。

(2) **退院前情報共有シート** (退院・退所情報記録書) …病院からケアマネジャーへ連絡

- ・退院調整開始時に病院が有する情報をケアマネジャーに提供する場合に使用します。
- ・病院担当者は、可能な範囲でシートに記入の上、退院調整開始時にケアマネジャーに提供します。
- ・項目で不足する情報は、カンファレンスや面接時にケアマネジャーが病院担当者に聞き取ります。

※なお、個人情報の取扱いには、十分ご注意ください。

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【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）基本情報について

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 ※可能な範囲で写真 などを添付	住居の種類（ ） 階建て 居室 階 エレベーター（ ） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 ☐ 申請中（申請日 / ） ☐ 区分変更（申請日 / ） ☐ 未申請				
障害高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				☐ 医師の判断
認知症高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				☐ ケアマネジャーの判断
介護保険の 自己負担割合	☐ 割 ☐ 不明		障害など認定	☐ なし ☐ あり（ ）	
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他（ ）				

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他（ ） * ☐ 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	☐ 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	☐ 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。 ☐ 居宅サービス計画書1.2.3表 ☐ 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	☐ 独居 ☐ 高齢世帯 ☐ 子と同居（家族構成員表 名） * ☐ 日中独居 ☐ その他
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（ ）
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外（氏名 続柄 年齢）
介護力*	☐ 介護力が見込める（ ☐ 十分 ☐ 一部 ） ☐ 介護力は見込めない ☐ 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*	☐ なし ☐ 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要望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	☐ 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 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	☐ 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		☐ なし ☐ あり ()	
A D L	移動	移動(室内)		☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他	
	移動	移動(屋外)		☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他	
	更衣	起居動作			
	整容				
	入浴				
	食事				
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)	食事制限	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明	
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー		U D F等の食形態区分	
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養	水分とろみ	☐ なし ☐ あり	水分制限
☐ 口腔	嚥下機能	義歯		☐ なし ☐ あり ()	
	口腔清潔	口臭		☐ なし ☐ あり	
排泄*	排尿	ポータブルトイレ		☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時	
	排便	オムツ/パッド		☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時	
睡眠の状態		()	眠剤の使用	☐ なし ☐ 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		☐ なし ☐ あり ()	
	聴力	補聴器		☐ なし ☐ 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		☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 躁鬱 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他 ()			
疾患歴*		☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他 ()			
入院歴*	最近半年間の入院	☐ なし ☐ あり (理由: 期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日) ☐ 不明			
	入院頻度	☐ 頻度は高い/繰り返している ☐ 頻度は低い、これまでもある ☐ 今回が初めて			
入院前に実施している医療処置*		☐ 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 ()			

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	☐ なし ☐ あり ()	在宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり (職種:)
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 (・管理者: ・管理方法:)		
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 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	(フカナ)	診療方法・頻度	☐ 通院 ☐ 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 男・女	歳	□要支援 ()・要介護() □申請中 □なし
入院(所)概要	・入院(所)日： 年 月 日 ・退院(所)予定日：R 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	□通院 □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	□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 □悪く不良	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 ()		薬剤使用 □なし □あり
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦躁・不穏 □攻撃性 □その他 ()		
② 受け止め / 意向	<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) ☐ 更生器具・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)	
		□なし □あり		
	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)療養機関からの見立て・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。