

熊毛保健医療圏域屋久島地域入退院支援ルールの手引き (2019年5月1日から運用)

1 本手引きの作成にあたって

医療機関から在宅への患者が退院するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められています。

本手引きは、医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援ができ、円滑な在宅（施設入所を含む）への移行を図ることを目的としています。

2 本手引きのねらい

入退院支援がなかったために困ったことになる可能性のある患者さんや家族がいます。そのような事例を1例でもなくすために、みんな^{*}で連携して「入退院支援ルール」を円滑に推進し、病院担当者、在宅担当者（ケアマネ等^{**}）等に活用していただくために作成したものです。

※ここでいう「みんな」とは、自助、互助、共助、公助の観点から、患者本人・家族、支援する病院・事業所等の管理者、行政等も含めた総称をいう。

※※地域包括支援センターについては、ケアプラン作成者全員を対象とするため、「ケアマネ等」と表記。

3 入退院支援ルールとは

屋久島地域入退院支援ルールとは、要介護・要支援状態の患者が入退院（施設入所を含む）の際に、病院職員と在宅担当者（ケアマネ等）で、患者についての必要な情報を引き継ぐ手順のことです。

患者の退院後の生活をイメージしながら、病院と在宅担当者（ケアマネ等）が情報を共有することで、退院する際に、必要な介護サービスをタイムリーに受けられるよう、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、屋久島地域の連携の仕組みです。

ルール運用後は、運用状況を関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行っていきます。

4 入退院支援ルールを適用する対象ケース

以下の①、②のいずれかの要件を有する者

- ①入院前にケアマネ等がいる患者（介護保険サービスを利用している患者）
- ②入院前にケアマネ等がいない患者（介護保険サービスを利用していない患者）
- ・病院担当者が「退院支援が必要」と判断した患者

5 退院調整の手順

病院担当者は、患者が入院してきたら介護保険証を確認する。

A 入院前にケアマネがいる患者（介護保険サービスを利用している患者）の場合

(1) 入院時

ケアマネジャー・地域包括支援センター（以下、在宅担当者（ケアマネ等））は、介護・医療連携シート（様式1）を病院が指定する担当者に提出する（持参、郵送、FAX）。

1泊2日の検査入院や短期間に入退院を繰り返す患者の場合は、必ずしも介護・医療連携シート（様式1）を提出する必要はない。

入所施設からの入院の場合、各施設の様式を使用してもよい。

屋久島徳洲会病院担当者：患者の入院病棟の看護師長
もしくは当日のリーダー

※ 病院は、介護・医療連携シート（様式1）をいつでも受け付ける。
（ケアマネ等が持参する場合は、9時～17時）

(2) 退院支援の開始

病院の担当者は下記 (ア) (イ) の2パターンで在宅担当者 (ケアマネ等) に退院支援に関する連絡を行う。

(ア) 入院時情報の提供があった場合

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者 (ケアマネ等) の退院支援に必要な期間 (ケアプランの修正、サービス事業所の調整期間) を考慮して、在宅担当者 (ケアマネ等) と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

(イ) 入院時情報の提供がなかった場合 (なるべく早い時期に在宅担当者 (ケアマネ等) に連絡)

家族又は介護保険証で在宅担当者 (ケアマネ等) を確認し、退院支援に必要な期間 (ケアプランの修正、サービス事業所の調整期間) を考慮して、在宅担当者 (ケアマネ等) と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

※病院担当者から在宅担当者 (ケアマネ等) への連絡は、介護度変更の見込みの程度にかかわらず入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に行う。

【在宅担当者 (ケアマネ等) が、利用者の入院情報を速やかに把握するための工夫例】

- 入院するときには、必ずケアマネジャーに連絡するよう利用者や家族等に伝えておく。
- 介護サービス事業所から、利用者の入院情報が入るようにしておく。
- ケアマネジャーの連絡先がわかるように、利用者の介護保険証やお薬手帳と一緒に名刺等 (連絡先が記載されているもの) を保管してもらう。

【病院担当者が入院患者の要介護認定情報を把握できない場合の照会について】

<照会が想定される患者>

救急搬送された患者等で、退院後円滑に在宅へ移行するためにケアマネ等による支援が必要と判断され、他に要介護認定等に係る情報を得ることができない場合

(例) 患者が要介護認定等についての認識がなく、併せて単身者で家族等への確認もできない場合

<照会内容>

要介護認定の有無、要介護認定を受けている場合、契約している居宅介護事業所等計画作成担当のいる事業所名

<照会方法>

- ①病院担当者は、住所地の屋久島町地域包括支援センターに電話で問い合わせる。
- ②屋久島町地域包括支援センターは、病院に架電し、必要な情報を提供する。

(3) 退院前カンファレンス

①病院担当者は、面談日までに、院内の関係者から入院中の情報を収集する。(退院支援情報共有シート(様式2)を参考に情報収集する。)

※退院支援情報共有シート(様式2)は、病院が、在宅担当者(ケアマネ等)に提出するものではなく、あくまでも情報項目として参考にする様式です。

②在宅担当者(ケアマネ等)は、病院担当者と面談し、必要な情報を収集する。

ケアマネ等が情報収集する場合の留意点

- ・情報収集のための連絡窓口担当者は、患者が入院している病棟の看護師長である。
- ・事前に患者が入院する病棟師長もしくは当日のリーダーに電話で連絡する。
(緊急でなければ、電話の時間は原則、午後)
- ・情報収集する時間は、平日14時～16時とし、病院スタッフが少ない日曜、祝祭日を避ける。
- ・情報収集に対応する病院担当者は、病棟師長もしくは当日のリーダーである。

③病院担当者は、在宅担当者(ケアマネ等)に患者情報を説明する。

④病院担当者は、退院前カンファレンスや退院時の協働指導の実施の要否について、在宅担当者(ケアマネ等)と相談し、院内で決定する。

⑤退院前カンファレンスは、本人(家族)を交えて看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハなど必要なサービスとの引き継ぎとして実施する。

※詳細な実施方法については、病院の指示に基づく。

ケアマネ等がリハビリカンファレンスに参加して情報収集する場合の留意点

- ・リハビリカンファレンスの病院担当者は、患者が入院している病棟の看護師長である。
- ・ケアマネから事前に患者が入院する病棟師長もしくは当日のリーダーに電話で連絡する。
(緊急でなければ、電話の時間は原則、午後)
- ・リハビリカンファレンスの開催日は、以下のとおり。
3階病棟：木曜日14時～
4階病棟：金曜日14時～
5階病棟：水曜日14時～

(4) 退院時の共同指導

【実施の要否は病院担当者と在宅担当者(ケアマネ等)で調整し、病院が決定する。】

入院中の患者に対して、入院中の病院の医師又は看護師等が、在宅療養を担う医療機関の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、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうち、いずれか3者以上と共同して指導を行う。

(5) 退院時サマリー

病院担当者は、看護・介護の引継ぎ書(退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日、服薬内容)を在宅担当者(ケアマネ等)に提供する。

※看護サマリーやリハビリに関する情報等各施設の様式を使用

(6) 退院後

在宅担当者（ケアマネ等）は、病院から求めがあった場合、退院後にケアプランの写しを病院担当者に提供する。

【転院時の対応】

転院元の病院担当者は、転院が決まり次第、速やかに在宅担当者（ケアマネ等）に連絡する。また、転院先の医療機関へ、在宅担当者（ケアマネ等）から提出された介護医療連携シート（様式1）の写しを提供するか、もしくは退院時サマリーの中に介護医療連携シートの内容を付記して提供する。その際、在宅担当者（ケアマネ等）の氏名、連絡先等についても情報提供する。

在宅担当者（ケアマネ等）は、転院を把握した場合、転院先の医療機関との情報共有を図る。

B 入院前にケアマネ等が決まっていない患者（介護保険サービスを利用していない患者）の場合

【病院担当者が「退院支援が必要な患者」と判断する基準】

<要支援>

- ・見守りが必要な者
- ・現在の状態のまま何の支援も受けないと、介助が必要な状態になる恐れのある者

<要介護>

- ・立ち上がりや歩行、食事、排泄に介助が必要な状態の者
- ・認知機能が低下している者

(1) 在宅担当者（ケアマネ等）の決定支援

病院担当者は、介護保険申請と平行して、下記の（ア）（イ）（ウ）のパターンで在宅担当者（ケアマネ等）を決定するための支援を行う。

(ア) 地域包括支援センターを紹介するパターン（要支援者）

病院担当者は、退院支援が必要な要支援者に該当する患者の場合、住所地の屋久島町地域包括支援センター（在宅担当者）との契約を支援する。

(イ) ケアマネジャーを紹介するパターン（要介護者）

病院担当者は、退院支援が必要な要介護者に該当する患者の場合、屋久島町内の居宅介護支援事業所一覧を元に在宅担当者（ケアマネ等）との契約を支援する。

(ウ) 要支援か要介護者か判断に迷うパターン

病院担当者は、住所地の屋久島町地域包括支援センター（在宅担当者）との契約を支援する。

(2) 以降の流れは、A 入院前にケアマネがいる患者の場合の(2)以降と同じ

6 屋久島地域介護事業所・地域包括支援センター・医療機関等

(1) 居宅介護支援事業所

	事業所名	所在地・連絡先
1	有限会社 岡村 ひまわりのお家	〒891-4205 熊毛郡屋久島町宮之浦2384-10 TEL 0997-42-2855 FAX 0997-42-2856
2	医療法人 徳洲会 屋久島徳洲会介護センター	〒891-4205 熊毛郡屋久島町宮之浦2467 TEL 0997-42-2200 FAX 0997-42-2202
3	社会福祉法人 屋久島町社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 縄文の苑	〒891-4205 熊毛郡屋久島町宮之浦2467-19 TEL 0997-42-2711 FAX 0997-42-2361
4	社会福祉法人 愛心会 縄文の郷 居宅介護支援事業所	〒891-4205 熊毛郡屋久島町宮之浦2458-2 TEL 0997-42-2821 FAX 0997-42-2825
5	社会福祉法人 淳成会 居宅介護支援事業所 スケッチライフ竜天館	〒891-4312 熊毛郡屋久島町船行1068-3 TEL 0997-49-7050 FAX 0997-46-2737
6	合同会社 アイメディック 居宅介護支援事業所 ひばり (※令和3年4月現在休止)	〒891-4311 熊毛郡屋久島町安房1796-14-107 TEL 0997-46-4777 FAX 0997-46-3997
7	社会福祉法人 屋久島町社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 こまどり館	〒891-4404 熊毛郡屋久島町尾之間459-1 TEL 0997-47-3232 FAX 0997-47-3233

(2) 小規模多機能居宅介護

	事業所名	所在地・連絡先
1	有限会社 岡村 ひまわりのお家	〒891-4205 熊毛郡屋久島町宮之浦2384-10 TEL 0997-42-2855 FAX 0997-42-2856

(3) 特定施設入居者生活介護

	事業所名	所在地・連絡先
1	有限会社 岡村 ひまわりのお家	〒891-4205 熊毛郡屋久島町宮之浦2384-10 TEL 0997-42-2855 FAX 0997-42-2856

(4) 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)

	事業所名	所在地・連絡先
1	社会福祉法人 淳成会 特別養護老人ホーム 竜天園	〒891-4312 熊毛郡屋久島町船行1068-3 TEL 0997-46-3114 FAX 0997-46-2737

(5) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

	事業所名	所在地・連絡先
1	有限会社 千華 グループホーム「鶴と亀」	〒891-4207 熊毛郡屋久島町小瀬田849-18 TEL 0997-43-5501 FAX 0997-43-5811
2	社会福祉法人 愛心会 グループホームこもればの杜	〒891-4312 熊毛郡屋久島町安房2354-15 TEL 0997-46-2139 FAX 0997-46-2139
3	社会福祉法人 愛心会 グループホームやくしま	〒891-4403 熊毛郡屋久島町原914-23 TEL 0997-47-2010 FAX 0997-47-2010

(6) 屋久島地域退院調整ルール参加医療機関

	医療機関名	所在地・連絡先
1	医療法人 徳洲会 屋久島徳洲会病院	〒891-4205 熊毛郡屋久島町宮之浦2467 TEL 0997-42-2200 FAX 0997-42-2202

(7) 地域包括支援センター

	事業所名	所在地・連絡先
1	屋久島町北部介護予防支援事業所 (屋久島町北部地域包括支援センター)	〒891-4205 熊毛郡屋久島町宮之浦1593 TEL 0997-43-5900 FAX0997-42-2732
2	屋久島町南部介護予防支援事業所 (屋久島町南部地域包括支援センター)	〒891-4404 熊毛郡屋久島町尾之間80 TEL 0997-43-5900 FAX0997-43-5905

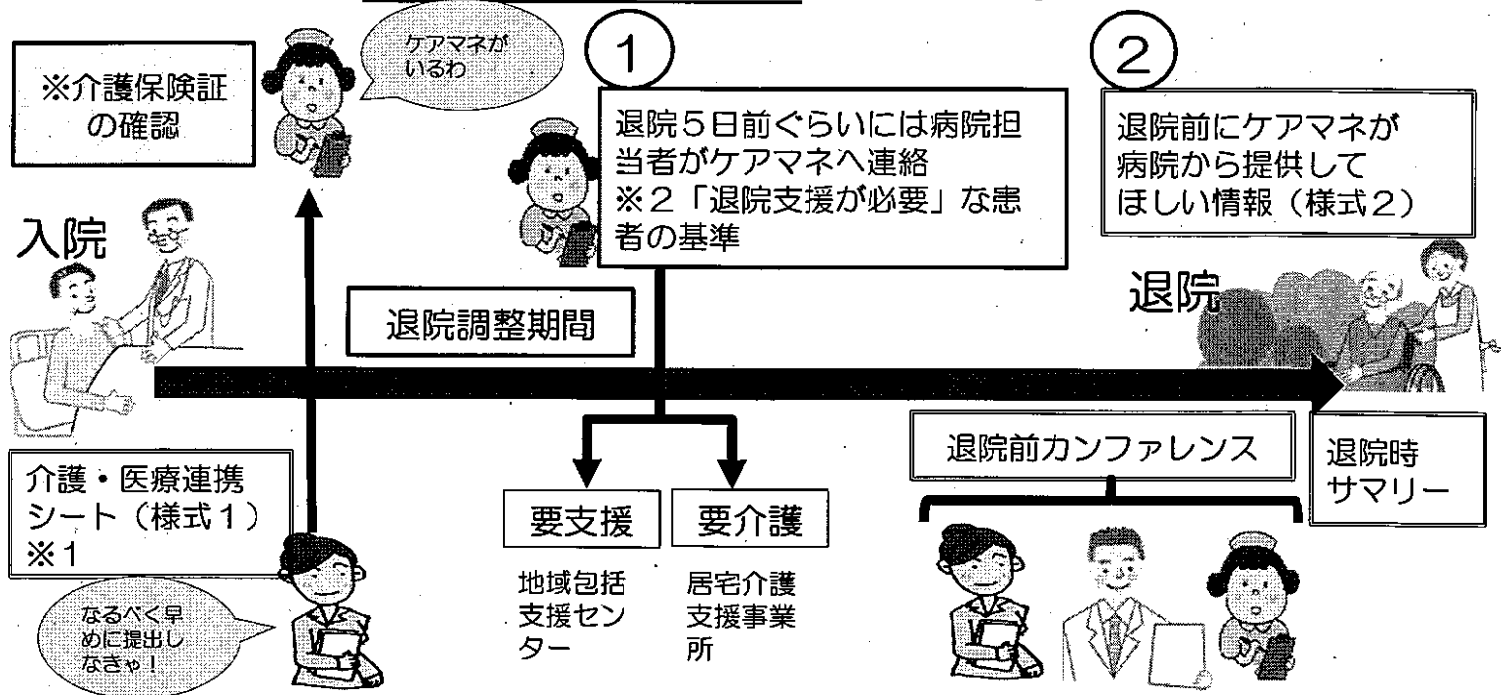
(8) 退院調整ルールについての相談窓口

	機関名	所在地・連絡先
1	熊毛支庁屋久島事務所保健福祉環境課 (屋久島保健所) 保健福祉係	〒891-4311 熊毛郡屋久島町安房650 TEL 0997-46-2024 FAX0997-46-3522
2	屋久島町健康長寿課	〒891-4207 熊毛郡屋久島町小瀬田849-20 TEL 0997-43-5900 FAX0997-43-5905

この手引きは令和3年4月1日に鹿児島県において、「退院調整ルール」から「入退院支援ルール」に名称変更したことに伴い一部改正した。

入退院支援ルール

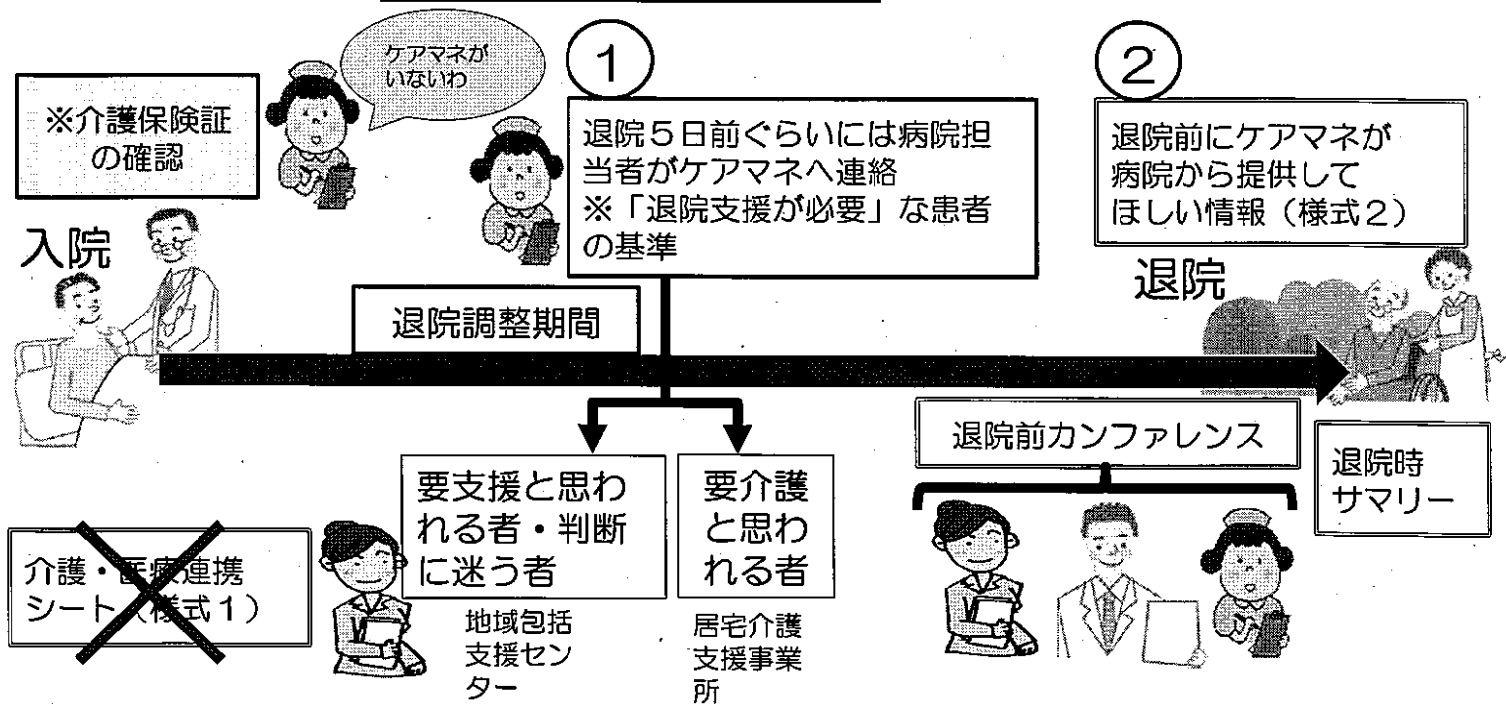
A 入院前にケアマネがいる患者の場合



※1 介護・医療連携シートの提出がない場合は、なるべく早い時期に担当ケアマネに連絡。
 ※2 介護・医療連携シートの提出があった者（必須）
 ① 病因・病状によって基準となる在院日数は異なることから、おおよその目安である。
 （退院の見込みがたったならなるべく早期に。できれば退院前1週間程度。）

入退院支援ルール

B 入院前にケアマネがいない患者の場合



※「退院支援が必要」な患者の基準
 要支援：見守りが必要な者
 放っておくと、介助が必要な状態になる恐れのある者
 要介護：立ち上がりや歩行、食事、排泄に介助が必要な状態の者
 認知機能が低下している者

参考資料

1. 介護保険申請の手続き

(1) 65 歳以上の患者

介護保険の申請を希望する場合、患者が下記の状態であった場合は、家族などが介護保険証を持って市町村の担当課へ介護保険申請の手続きに行く。

(介護保険申請の目安)

- 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 ポータブルトイレを使用中的の方
- ⑤ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある方
- ⑥ 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
- ⑦ (ADL は自立でも)がん末期の方
- ⑧ (ADL は自立でも)新たに医療処置(経管栄養、吸引など)が追加された方

(2) 40 歳以上 65 歳未満の患者

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)で上記の状態であった場合は、家族などが医療保険証を持って市町村の担当課へ介護保険申請の手続きに行くように説明する。

【介護保険の対象となる疾病】(40 歳から 64 歳)

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- 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

2. 退院支援におけるケアマネジャーの役割

対象者: 介護(要支援)認定を受けている人・見込の人、かつ、ケアマネジャーとの契約が整った人

条件: 本人・家族が在宅退院(自宅とは限らない)の意思を持っている人

業務: ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院支援の報酬を得るのは、在宅退院となりケアプランを作成した場合のみ
(介護保険施設、転院先の紹介などは規定された業務ではない)

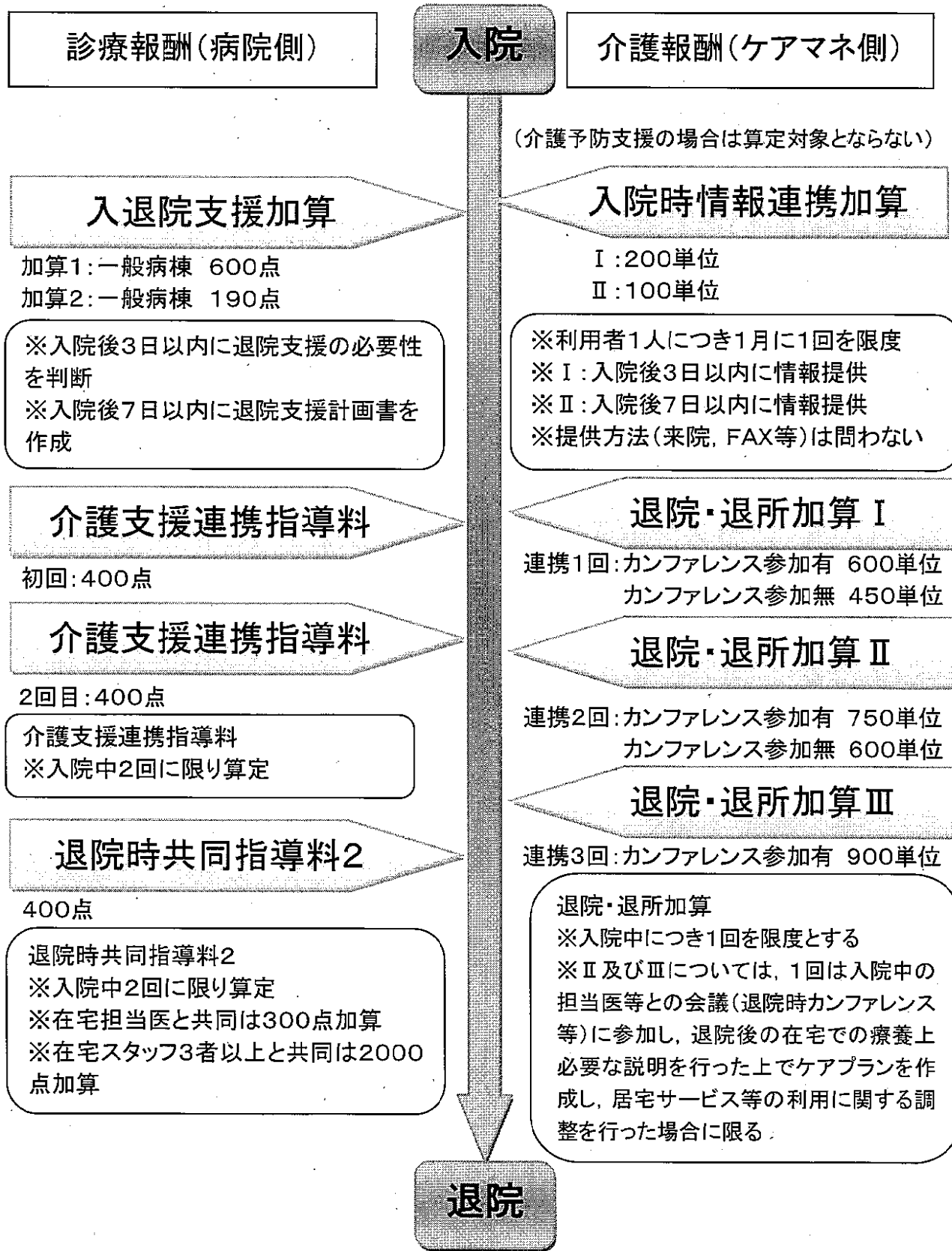
3. ケアプラン作成の流れ

- ①契約・面談(本人・家族)
退院後の住居, 家族支援の状況確認, 本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら, 契約 の手続きとアセスメントを行う。
- ②病院からの情報収集
身体機能の低下の状況, 要因の分析, 生活機能の予後予測
- 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の提供
- 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継ぎ
- ⑥サービス担当者会議
サービス事業所間で目標・課題を共有, 事業所の役割分担を確認
- ⑦サービス提供開始(退院)

指定居宅介護支援事業所と地域包括支援センターとの違い (指定介護予防支援事業所)

	指定居宅介護支援事業所	地域包括支援センター (指定介護予防支援事業所)	
法的根拠	介護保険法第 46 条第 1 項	介護保険法第 58 条第 1 項	
主たる 業務内容	要介護者(介護給付)のケアプラン作成に係る一連のマネジメント業務	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防のマネジメント ・地域の高齢者等からの相談, 助言, 関係機関との調整 ・処遇困難事例等に対する支援 	
人員基準	介護支援専門員	主任介護支援専門員, 社会福祉士, 保健師等	
ケアプラン 作成の対 象者	要介護1~5 ※地域包括支援センターから委託されている場合のみ要支援1, 2	事業対象者, 要支援1, 2	
マネジメン ト業務	【要介護1~5】 ①介護支援専門員によるアセスメント ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議等の開催(ケアプランの決定) ④介護サービス利用 ⑤一定期間ごとに要介護認定を更新	【要支援1, 2】 ①保健師等によるアセスメント ②介護予防ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議等の開催(介護予防プランの決定) ④介護予防サービスの利用 ⑤介護予防プログラム終了後, 効果評価	【事業対象者・非該当】 ①保健師等によるアセスメント ②介護予防ケアプラン原案作成等 ③新しい総合事業サービス担当者との話し合い(サービス担当者会議を含む) ④新しい総合事業サービス等の利用 ⑤介護予防プログラム終了後, 効果評価

医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算



診療報酬(病院側)

入院

介護報酬(ケアマネ側)

(介護予防支援の場合は算定対象とならない)

入退院支援加算

加算1:一般病棟 600点
加算2:一般病棟 190点

※入院後3日以内に退院支援の必要性を判断
※入院後7日以内に退院支援計画書を作成

入院時情報連携加算

I : 200単位
II : 100単位

※利用者1人につき1月に1回を限度
※ I : 入院後3日以内に情報提供
※ II : 入院後7日以内に情報提供
※提供方法(来院, FAX等)は問わない

介護支援連携指導料

初回: 400点

退院・退所加算 I

連携1回:カンファレンス参加有 600単位
カンファレンス参加無 450単位

介護支援連携指導料

2回目: 400点

介護支援連携指導料
※入院中2回に限り算定

退院・退所加算 II

連携2回:カンファレンス参加有 750単位
カンファレンス参加無 600単位

退院時共同指導料2

400点

退院時共同指導料2
※入院中2回に限り算定
※在宅担当医と共同は300点加算
※在宅スタッフ3者以上と共同は2000点加算

退院・退所加算 III

連携3回:カンファレンス参加有 900単位

退院・退所加算

※入院中につき1回を限度とする
※ II 及び III については, 1回は入院中の担当医等との会議(退院時カンファレンス等)に参加し, 退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し, 居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

退院

※平成 30 年4月の診療報酬及び介護報酬の内容です。

※算定にあたっては, 各病院, 各自介護事業所で, 算定要件, 施設基準等を確認してください。

様式1

介護・医療連携シート

【情報提供先】屋久島徳洲会病院

入院日:

【提供方法】

情報提供日:

【情報提供元】

(居宅介護支援事業所)

介護支援専門員:

印

【氏名】	【性別】	【生年月日】	【年齢】	歳
【住所】 屋久島町	【TEL】	【緊急連絡先】氏名		
		【TEL】	【続柄】	

【介護保険】 要介護	【身障手帳】 (級)	【障害高齢者の日常生活自立度】
【有効期間】 -	【生活保護】 <input type="checkbox"/> 受給有	【認知症高齢者の生活自立度】
【係り付け医療機関】		【主治医】

【家族構成】	【関係者】			
	【氏名】	【続柄】	【TEL】	【特記事項】

【介護サービス利用状況】				【特記事項】	
訪問介護		訪問リハビリ			
訪問入浴		ショートステイ			
訪問看護		福祉用具貸与			
訪問診療		小規模多機能			
通所介護		その他			
通所リハビリ					

【現病歴】	【服薬内容】
【既往歴】	

※尚、記載されている服薬内容については、平成 年 月付けで確認したものです。各医療機関で再度確認をお願い致します。

様式2

退院支援情報共有シート

担当ケアマネ()

氏名	生年月日		明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分～ 時 分			場所			
医療機関名及び連絡窓口(所属)	()		電話	面談者(職種)			
入院の原因となった病名・状態像				合併症			
入院期間	入院日: 年 月 日～	退院(予定)日: 年 月 日	要介護度	未申請 区分変更中 新規申請中 非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日～ 年 月 日			
特定疾患医療受給者証	□有(疾患名:) □無		障害者手帳	□身体 (程度:)	□知的	□精神	生活保護の受給
病院主治医			在宅主治医				
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望							
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子		
移動方法	□	□	□	□	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用		
移乗方法	□	□	□	□			
口腔清潔	□	□	□	□			
食 事	□	□	□	□	□普通食 □治療食 (□ Kcal □糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他) □経管栄養		
					主食: □米飯 □全粥 □ミキサー (摂取量 割)		
					副食: □通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付) □ソフト食 (摂取量 割)		
					水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 □あり □なし		
					アレルギー: □無 □有() 食への意欲: □無 □有		
				摂取方法: □はし □スプーン □その他() 嚥下・咀嚼状況(留意点)()			
更 衣	□	□	□	□			
入 浴	□	□	□	□	入浴の制限: □無 □有(□浴槽 □シャワー浴 □清拭 □その他())		
排 泄	□	□	□	□	場所: □トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ 排泄コントロールの状況:		
服薬管理	□	□	□	□	薬の種類() 薬の変更: □無 □有()		
療養上の問題	□無 □有(□幻視・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □徘徊 □認知(程度:)) 同居家族の認知症の有無: □無 □有(程度:)) キーパーソン: □無 □有(連絡先:) □その他()) 予後予測())						
医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ(人工肛門・人工膀胱) □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他()) 処理の頻度() 家族での対応: □可 □不可						
家族の介護力	□無 □有(留意点等))						
家族への介護指導	□無 □有: 理解の状況… □十分 □不十分 (問題点:))						
感染症	□HBV □HCV MRSA: 保菌 □発症(部位: □痰 □血液 □尿 □創部) □その他						
病気に対する危険予測							
緊急時の対応	処置の方法: 連絡先: 搬送先:						
かかりつけ医の変更	□無 □有(病院名: 医師名:))						
◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認):							
◆看護を行っている気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等)							
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)							
◆連絡事項・その他							

介護・医療連携シート

【項目】	【日常生活】	【特記事項】
麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	
褥創	<input type="checkbox"/> 有(部位) <input type="checkbox"/> 無し	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりにて可 <input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりにて可 <input type="checkbox"/> できない	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えにて可 <input type="checkbox"/> できない	
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えにて可 <input type="checkbox"/> できない	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> 経管栄養	
嚥下	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 見守り(むせなど) <input type="checkbox"/> 不良	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ	
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
尿意・便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 失禁有り	
下着	<input type="checkbox"/> 普通パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
上衣の更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
ズボンの更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> めがね	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> 具体的なことに限る <input type="checkbox"/> できない	
意思の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> 具体的なことに限る <input type="checkbox"/> できない	
認知症の 周辺症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他	
服薬自己管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> ワンドーズの必要性	
その他 特記事項		