

【鳥取県東部】 入院・退院時における
ケアマネジャー と 医療機関
連携・情報共有の手引き

住み慣れた暮らしの場で、安心して在宅療養・生活が送れるために

解説編

鳥取県東部医師会・東部地区在宅医療介護連携推進協議会

1. はじめに

(抜粋)

医療と介護に携わる関係者の連携は、入院前からはじまっており、病院の入退院調整担当者と介護支援専門員（ケアマネジャー）が中心となり情報共有し、入院中、退院時そして退院後の支援を行っています。

しかしながら、この情報共有に関する手順や内容については、明文化されたものがなく、各々の病院や居宅介護支援事業所、個人の経験・能力によって支援が行なわれており、医療と介護の連携体制に差が生じているという問題点があります。

そこで、高齢者等がどこで治療・療養・生活していても、支援が必要な場合に医療・介護の情報共有が円滑に行われるような地域の共通ルールを策定することとし、関係機関・職種の皆さまのご協力の下、東部地区在宅医療介護連携推進協議会情報共有支援ワーキンググループで検討を進めてきました。

このたび、「入院・退院時におけるケアマネジャーと医療機関の連携・情報共有の手引き」としてポイントをまとめました。地域の高齢者等が住み慣れた暮らしの場で、安心して在宅療養・生活が送れるために、この手引きをご活用いただきますようお願いします。

2. 連携にあたってのエチケット

コミュニケーションが良好な連携がとれていますか？
誤解が生じることの多くは、コミュニケーション不足と言われています。
さらに一步、歩み寄った連携を行い、より良い支援につなげましょう。

連携にあたっての基本行動(エチケット)

◎ 時間を意識しましょう

- ・急ぐことと、急がないことを、判断して連絡しましょう

◎ 電話でのマナーを守りましょう

- ・用件は簡潔に、あらかじめ内容はまとめておきましょう
- ・連絡する時間も配慮しましょう
- ・受け取った情報はメモし、大切な事は反復し確認しましょう

◎ わかりやすく伝えましょう

- ・専門用語、略語は使わないようにしましょう
- ・言葉はゆっくりと、はっきりと発音しましょう
- ・簡潔に伝えましょう

◎ 自分の事業所・名前を伝えましょう

- ・相手が名前を聞き取りやすいように話しましょう
- ・名札も確認しやすいように配慮しましょう

◎ 双方の視点を大切にしましょう

- ・お互いの専門性・役割を理解しましょう
- ・思いやりを持って伝え、相手の欲しい情報を考えましょう

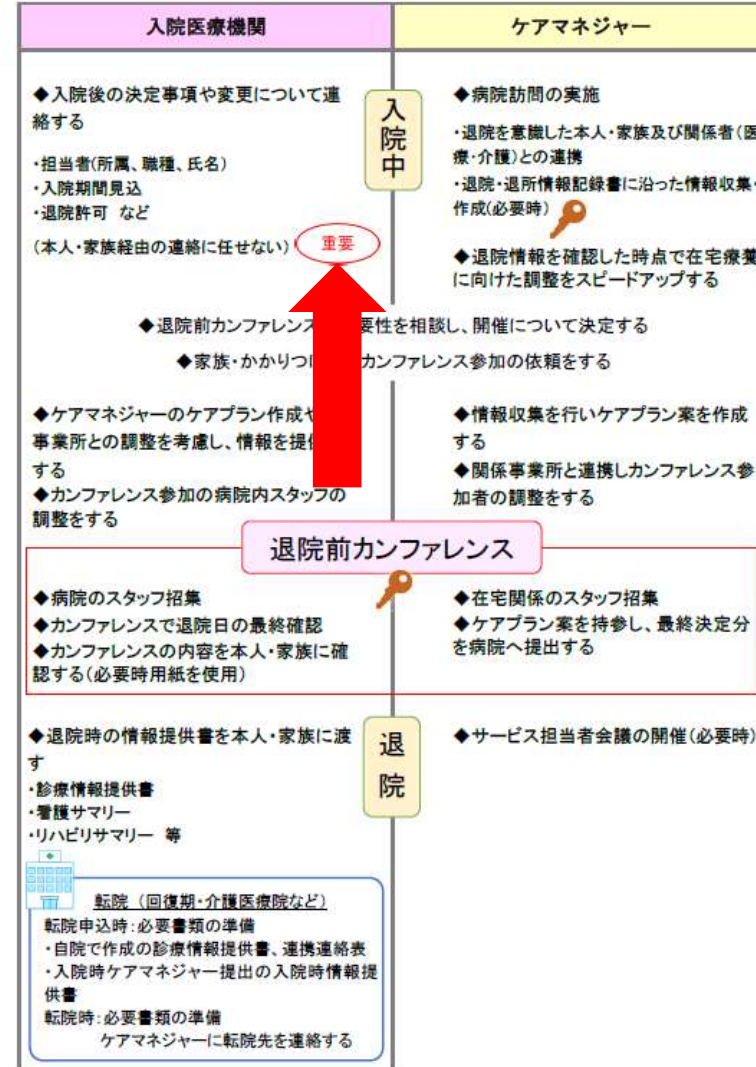
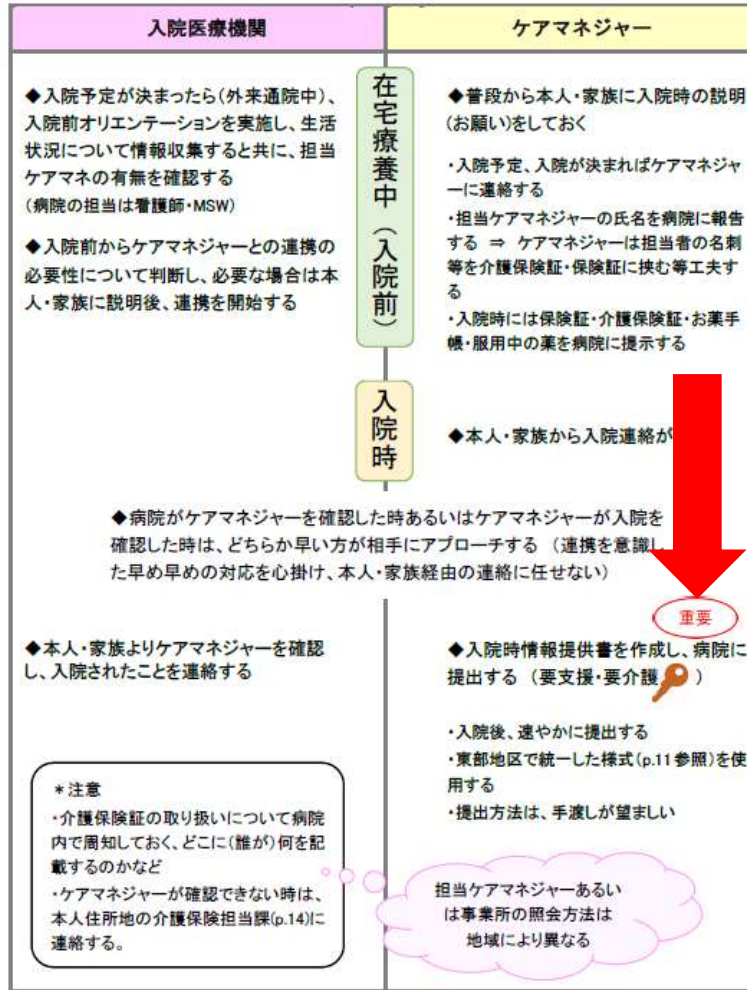
◎ 担当者が不在の時の対応を整えておきましょう

- ・あなたの職場内でのコミュニケーションも大切です

3. 入院・退院時における、連携・情報共有の流れ

(A) ケアマネジャーが決まっている場合

このマークは報酬に関係しています



重要なポイント

入院医療機関


◆入院後の決定事項や変更について連絡する

- ・担当者(所属、職種、氏名)
- ・入院期間見込
- ・退院許可 など

(本人・家族経由の連絡に任せない) **重要**

ケアマネジャー

重要

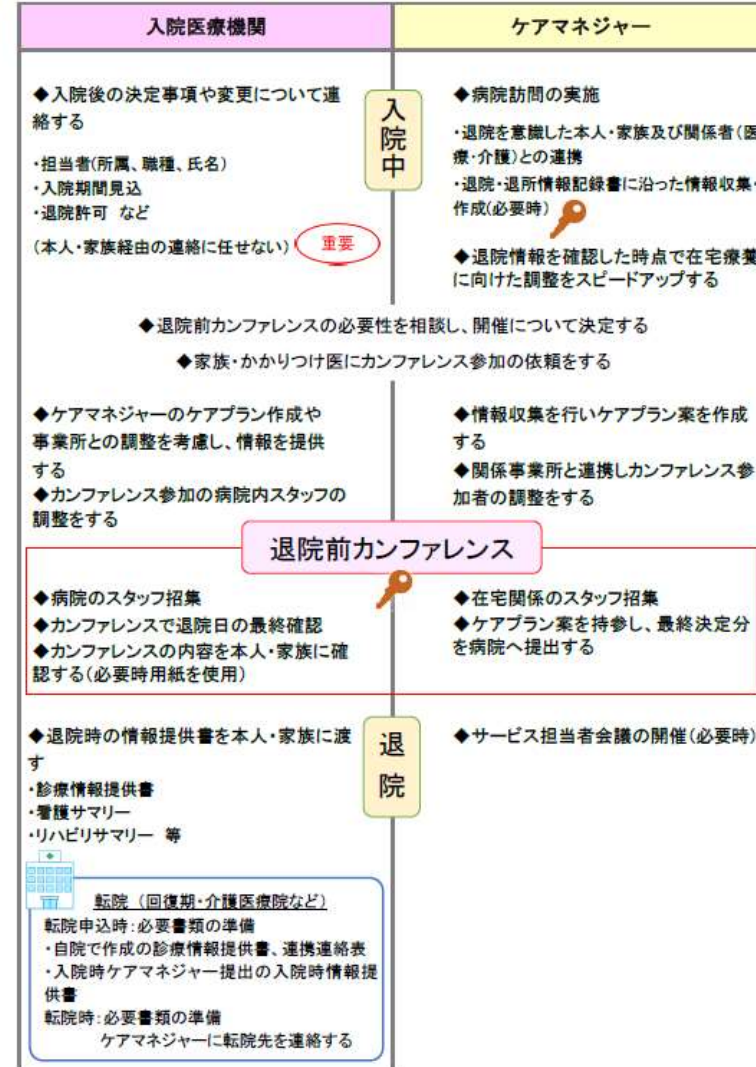
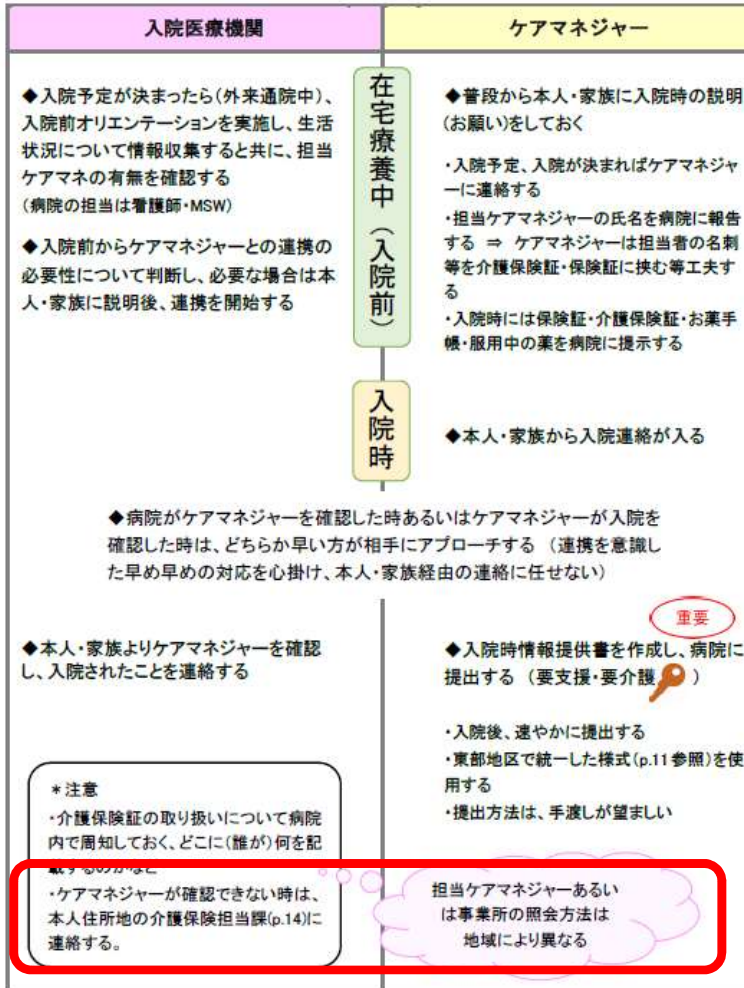
◆入院時情報提供書を作成し、病院に提出する (要支援・要介護 )

- ・入院後、速やかに提出する
- ・東部地区で統一した様式(p.11 参照)を使用する
- ・提出方法は、手渡しが見望ましい

3. 入院・退院時における、連携・情報共有の流れ

(A) ケアマネジャーが決まっている場合

このマークは報酬に関係しています



1.1. 担当ケアマネジャーの問い合わせ先

1. 問い合わせをすることを家族・本人が了解していること
2. 返答の方法は担当により異なり、一律ではありません

本人住所	問い合わせ担当課	電話番号
鳥取市	長寿社会課介護保険係	0857-30-8212
岩美町	健康長寿課介護保険係	0857-73-1322
若桜町	包括支援センター	0858-82-2209
	町民福祉課福祉環境係	0858-82-2232
智頭町	福祉課	0858-75-4102
八頭町	保健課介護保険係	0858-72-3555
新温泉町	地域包括支援センター	0796-82-5623

3. 入院・退院時における、連携・情報共有の流れ

(B) ケアマネジャーが決まっていない場合

入院医療機関

- ◆ 介護保険申請状況(申請未・申請中・申請済)を確認
- ◆ 必要なサービスを考慮して、介護保険制度等の説明を行い、サービス利用に向けた支援を開始する

申請状況によって支援は異なる

- ・申請未⇒介護保険の説明から申請方法、ケアマネジャーの決定支援
- ・申請中⇒ケアマネジャーの決定支援
- ・申請済⇒必要があれば変更申請・ケアマネジャーの決定支援

介護状態により担当事業所が異なる

- ・明らかに要介護状態 ⇒ 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)
- ・要支援・要介護のはっきりしない状態
- ・介護保険以外のサービス利用が必要な状態
⇒ 住所地の地域包括支援センター

- ◆ ケアマネジャー(担当者)決定

申請から認定まで時間がかかる

- ・介護保険申請から認定まで約1ヵ月を要するが、サービス利用は申請日から可能

- ◆ 在宅療養の支援に向け情報を提供する(ケアマネジャーと顔合わせ)

〔以降、(A)ケアマネジャーが決まっている場合に準ずる〕

4. 退院前カンファレンスの基本的な流れ

◆入院時の状態がどう変化し、今後どういう方向に向かって行くのか、本人・家族の意向の変化と共にケアチームとして確認し、持続可能な生活を送るために何が必要なか考えることを目的として話し合しましょう。

◆留意すること

- ①出席者にわかりやすい言葉で話しましょう。専門用語は使用しないよう心がけましょう。
- ②なごやかな雰囲気、他者への非難を避け、プラス志向の表現をしましょう。
- ③時間厳守です。おおむね 30 分程度で行いましょう(事前準備はしっかりと)
- ④本人・家族がカンファレンスに参加することへの不安・戸惑いに対して気を配りましょう。

	目的	発言者	発言内容
1	出席者紹介	司会者 (看護師) (MSW)	出席者の自己紹介と開催目的を説明 会議終了時刻を確認、発言時間は約2分程度
2	入院中の経過	担当医 (看護師)	疾病の治療内容と経過、今後の見通し 医師からの療養上の留意点
3	現在の生活機能	看護師 介護福祉士	入院中の日常生活動作、服薬状況、栄養状態、精神状態など 本人の気持ちの代弁
4	専門職種からみた現状と今後の目標	PT・OT・ST 歯科衛生士 薬剤師 管理栄養士等	医師・看護師の説明に補足する 退院後の目標や留意事項
5	本人・家族の希望	本人・家族	退院後の希望や心配事
6	在宅での課題	司会者	病院スタッフからの説明、本人家族の意向を踏まえ、課題をまとめる 疾病に関する事、日常生活上の問題、介護負担や生活環境
7	在宅でのケアプラン	ケアマネジャー	総合的な援助の方針 介護サービスの内容や変更点
8	在宅療養の方針	かかりつけ医 在宅スタッフ	退院後の在宅療養についての方針
9	質問や要望	全員	質問や要望について確認する

* 同日に担当者会議を行う場合は、退院前カンファレンスとは分けて行いましょう

5. ケアマネジャーの皆さまへ

ケアマネジャーの皆さまへ

1. 入院前の準備

- ◆ 普段から医療機関への情報提供を意識し、利用者の状況を把握しておきましょう。
- ◆ 入院時は利用者から連絡が入るように説明しておきましょう。
- ◆ 担当者がわかるよう、介護保険証と一緒に名刺を入れておくなど工夫しておきましょう。
- ◆ 医療機関と連携を行っていくため、個人情報の使用について説明しておきましょう。

2. 医療機関は情報提供を待っています

- ◆ 入院時には、できるだけ早く情報を提供し、連携をとっていきましょう。
- ◆ 鳥取県東部地区では入院時情報提供書はできるだけ厚生労働省提示の様式を利用していくこととなりました。
- ◆ 入院当初より退院を見据えた情報提供、収集を行きましょう。
- ◆ 本人・家族の思いを大切にすると共に、医療機関への確認も自ら行いましょう。

3. 本人・家族はケアマネジャーを頼りにされています

- ◆ 療養に大きく影響する言葉はチームで話し合ってから発信しましょう。たとえば「もう家では無理」「入院あるいは転院が必要」などの言葉です。

【医療機関との情報交換で留意してほしいこと】

- ◆ 問い合わせの事項などは○×で回答できる内容が望ましいです。質問が長いと、聞きたいことと答えることが異なったりします。
- ◆ できるだけ医療機関に向いて情報収集しましょう。特に初めての関係者に電話だけの確認では、情報提供を拒まれる場合もあります。
- ◆ 一人で判断せず、医療機関のスタッフや同僚に助言をもらうなどしましょう。
- ◆ 医療機関からの情報提供の方法は様々です。欲しい情報についてはあらかじめ投げかけ、退院時には聞き取る姿勢で臨みましょう。

6. 医療機関の入退院支援に関わる皆さまへ

医療機関の入退院支援に関わる皆さまへ

1. 介護保険について知識を得ておきましょう

- ◆ ケアマネジャーは、医療機関の皆様介護保険について正しく知ってほしいと思っています。
- ◆ 本人・家族に対して「あなたの介護度は〇〇くらい」などの不確かな情報提供や、早期から必要な介護サービスを決めつけることは禁物です。「在宅では介護(生活)できない」「すぐに施設を探して」などの言葉は十分話し合った後に発信しましょう。病院関係者の一言は今後の生活に大きな影響力があります。

2. 退院時にはスムーズな情報提供を行いましょ

- ◆ 在宅スタッフへの引継ぎが円滑に進むことが、在宅療養の安定と本人・家族の安心につながります。
- ◆ 在宅スタッフの必要とする情報を提供できるように準備しておきましょう。(p.13 退院・退所情報記録書の内容を参照)

3. ケアマネジャーへの連絡はなるべく早くしましょう

- ◆ 退院の目途が立ち次第(退院日が不確定でも)ケアマネジャーに一報を入れましょう。在宅でのサービス調整には時間がかかります。
- ◆ 本人や家族を介しての連絡のみでは時間がかかったり、不確実な情報が伝わったりします。直接ケアマネジャーと連絡を取りましょう。

4. 地域包括支援センターをご利用ください

- ◆ 介護状態や介護保険申請の時期について迷う場合は、居住地域の地域包括支援センターに相談しましょう。

7. 医療機関(病院)入退院連携の窓口

病院名	連携部署名 (入院時情報提供書受取部署)	連絡先	
鳥取生協病院	医療相談室	TEL	①0857-24-7251(代) ②0857-25-0621(直)
		FAX	0857-24-7299(直)
介護医療院 鳥取産院	相談室	TEL	0857-23-3151(代)
		FAX	0857-22-0006(代)
鳥取市立病院	患者サポートセンター入退院支援係 入退院支援室	TEL	0857-37-1522(代)
		FAX	0857-37-1558(直)
幡病院	退院支援部署(精神保健福祉士)	TEL	0857-22-2346(代)
		FAX	0857-23-4575(代)
渡辺病院	地域医療連携課	TEL	①0857-24-1151(代) ②0857-39-1152(直)
		FAX	0857-24-1024(代)
鳥取赤十字病院	患者サポートセンター	TEL	0857-24-8111(代)
		FAX	0857-39-0531(直)
上田病院	地域連携室	TEL	0857-22-4319(代)
		FAX	0857-31-1882(代)
ウェルフェア 北園渡辺病院	事務部地域医療連携課	TEL	0857-27-1151(代)
		FAX	0857-27-1152(代)
鳥取県立 中央病院	患者支援センター	TEL	0857-21-8501(直)
		FAX	0857-21-8507(直)
尾崎病院	地域連携室	TEL	0857-38-3251(直)
		FAX	0857-32-2513(直)
鳥取医療 センター	地域医療連携室	TEL	0857-59-0892 (内線 275)(直)
		FAX	0857-59-0713(直)
鳥取医療生協 鹿野温泉病院	地域連携室	TEL	0857-84-2311(代)
		FAX	0857-84-3287(代)
岩美病院	地域連携室	TEL	0857-73-1421(代)
		FAX	0857-73-0028(代)
智頭病院	地域医療連携室	TEL	0858-75-3211(代)
		FAX	0858-75-3636(代)

8. 入院時情報提供書使用前の確認

1. 用紙

- ◆ 鳥取県東部地区では厚生労働省が提示する様式を利用しましょう。
- ◆ 鳥取県東部医師会、在宅医療介護連携推進室のホームページからダウンロードできます。
※エクセル形式(チェックボックス機能有・無)、PDF形式

2. 詳しく記入

- ◆ 1ページ目の項目「障害など認定」の項目はわかる範囲で等級など記入しましょう。

3. 追加の書類

- ◆ 居宅サービス計画書は3表のみを添付しましょう。
(1表・2表は不要)

4. 切れ目のない情報

- ◆ 入院時情報提供書は入院前の様子を知る情報源として本人の移動と共に支援関係者に渡していきましょう。(伝言ゲームにならないためにも)
※例えば急性期病院⇒回復期病院⇒施設⇒自宅

5. 個人情報

- ◆ 個人情報のやり取りです。本人・家族の了承を得ていることが基本です。
- ◆ 提供場所の間違いを避けるためにもできるだけ手渡しで提供しましょう。

9. 東部地区での統一した入院時情報提供書（様式）

（様式1）入院時情報提供書（厚生労働省提示様式） P. 1

東部医師会在宅医療介護連携推進室ホームページにチェックボックス使用の用紙あり

入院時情報提供書

医療機関 ← 在宅介護支援センター

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(療養)/要介護の高齢者及び、利用時情報(身体・生活機能)などの情報を伝えます。患科ご活用下さい。

1. 利用(療養)の基本情報について	
患者氏名 (フリガナ)	年齢 才 性別 男 女
住所	生年月日 明・大・期 年 月 日生
住環境 ※可能な限り写真(裏面の裏面)	住居の種類(戸建/集合住宅) 階数 階 エレベーター(有/無)
入院時の要介護度	要介護() 要介護() 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 中級中(中級日) / <input type="checkbox"/> 区分変更(中級日) / <input type="checkbox"/> 未中級
要介護前月の日常生活自立度	<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
認知症前月の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIc <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明
年金などの保障	<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) (関係・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"/> 要介護サービスが必要()
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 要介護サービスが必要()
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	利用の程度まで記載ください <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> その他()
5. 今後の在宅生活の目標について(ケアマネジャーとしての要請)	
在宅生活に必要な要請	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居
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	口本スタートに明記 <input type="checkbox"/> 口本記以外(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"/> 介護力が見込めない(家族や支援者がない)
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. カンファレンスについて(ケアマネジャーからの要請)	
「院内の手帳型カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり <input type="checkbox"/> 不参加()
「退院前カンファレンス」を実施する場面の同行	<input type="checkbox"/> 参加あり

わかれば等級記入

居宅サービス計画書は3表のみ提出する

* 介護保険 退院後療養1, 2) 退院直前の要請の要請に要請

（様式1）入院時情報提供書（厚生労働省提示様式） P. 2

7. 身体・生活機能の状況/寝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"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移動	自立 見守り 一部介助 全介助 移動(屋外) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立 見守り 一部介助 全介助 衣服動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	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 昼 夜) 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"/> 粥 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー UDF等の食形態区分
口腔	嚥下機能	むせない 時々むせる 常にむせる 嚥下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分 - 嚥)
	口腔清潔	良 不良 嚥下不良 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
排泄	排便	自立 見守り 一部介助 全介助 ポータルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排尿	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
認知の状態	良 不良() 認知の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
喫煙	無 有 (本/日) 喫煙 無 有 (本/日)	
コミュニケーション能力	視力	問題なし やや弱あり 弱 弱視 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	聴力	問題なし やや弱あり 弱 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	言語	問題なし やや弱あり 弱 コミュニケーションに関する特記事項:
認知状態	問題なし やや弱あり 弱	
精神面における課題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知・気持 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 興奮・不安 <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()	
疾患等*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知性障害 <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	
入院経緯	<input type="checkbox"/> 病状は悪化/繰り返している <input type="checkbox"/> 病状は低い/これまでもある <input type="checkbox"/> 今回初めて	
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"/> 呼吸器吸引 <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"/> 尿漏れケア <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他()	
8. その他について ※必要に応じて「お墨手帳(コピー)」を添付		
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 在宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種:)	
高齢管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理(管理員:) 管理方法: ()	
居宅状況	<input type="checkbox"/> 介護力活用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い/気が付かれていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否	
お墨に関する特記事項		
9. 訪問回数について		
かかりつけ医療機関名	電話番号	
医師名 (フリガナ)	診療方法 - 頻度 () 回 / 月	

* 脳血管障害 退院後療養1, 2) 退院直前の要請の要請に要請

10. 退院・退所情報記録書（ケアマネジャー使用）

（参考様式）退院・退所情報記録書（厚生労働省提示様式）

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

氏性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (要区分変更)
氏名		男・女	歳	要支援()・要介護() □申請中 □なし
入院(所)	入院(所)日：H 年 月 日		退院(所)予定日：H 年 月 日	
退所(所)	退院(所)の要介護度 (要区分変更)			
退院(所)の目的等	入院・入所先 施設名			
退院(所)後の要介護管理	今後の要介護管理 医療機関名： 療 養 所			
現在治療中の疾患	①	②	③	状態の状況 *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 □ケトル・パウチ()			
入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一浴浴 □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) 嚥下 入院(所)中の使用： □なし □あり			
口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助			
認知・精神	□良好 □不良() 認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不眠 □攻撃性 □その他() 認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不眠 □攻撃性 □その他()			
本人への指示・指導、後援等の受け止め方	本人への指示・指導： □あり □なし			
本人・退院後の生活に関する意向				
家族・関係者への指示・指導、後援等の受け止め方				
家族・退院後の生活に関する意向				

2. 継続認識のための情報

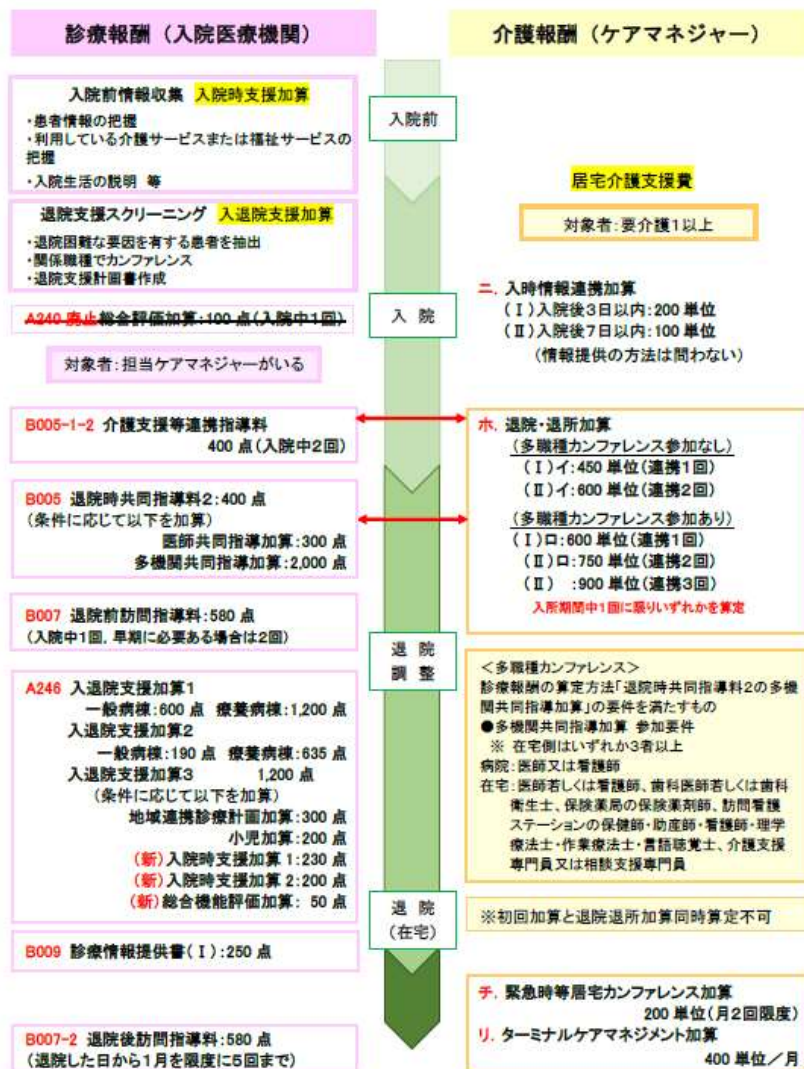
③ 医療処置の内容	□なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿管ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射() □その他()		
看護の視点	□なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □療養上の指導(食事・水分・嚥下・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他()		
リハビリの視点	□なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 □起立/座位等基本動作練習 □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) □経路管理(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)		
症状・病状の予後・予測	□なし □あり		
退院に際しての日常生活の留意事項(心身状況・環境等)	※ 介護職員からの視点で「退院後の見通し」、退院の可能性や考慮、どんなことが起こりうるかを(退院後)長くついでに又は短期間で実現する可能性があることについて、①退院後の本人の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後の必要な事項、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	情報提供を受けた看護(氏名)	出席
1	年 月 日		無・有
2	年 月 日		無・有
3	年 月 日		無・有

※ 継続分析にあたっては、必要に応じて継続看護記録表の活用も考えられる。

(参考資料) 入院から退院までの報酬シート



診療報酬 (医療保険) と介護報酬 (介護保険) との関連図 令和2年4月改正



「入院・退院時におけるケアマネジャーと医療機関の連携・情報共有の手引き」の要点

(ケアマネジャー)

1. 利用者が入院したときは、できるだけ早く入院時情報提供書を提出しましょう。
2. 入院時情報提供書の様式は、厚生労働省が提示した様式を東部地域の統一様式とします。（東部医師会在宅医療介護連携推進室のホームページよりダウンロードできます。）
3. 入院時情報提供書に添付する居宅サービス計画書は、3表のみ提出ください。

「入院・退院時におけるケアマネジャーと医療機関の連携・情報共有の手引き」の要点

(入院医療機関)

4. 退院の目途が立ち次第（退院日が不確定でも）ケアマネジャーに一報を入れましょう。本人や家族を介しての連絡ではなく、直接ケアマネジャーに連絡してください。
5. 在宅スタッフの必要とする情報を提供できるように準備しておきましょう。

(退院・退所情報記録書の内容を参照)

様式のダウンロード

（鳥取県東部医師会）在宅医療介護連携推進室のホームページからダウンロードできます。

※ エクセル形式（チェックボックス機能有・無）、PDF形式

http://www.toubu.tottori.med.or.jp/zaitaku/z_iryou_kaigo

【様式】 各種様式のダウンロード

