

湖東圏域における 病院とケアマネジャーの 入退院支援のための手引き



平成28年3月（第1版）

平成31年4月（第2版）

彦根市立病院・彦根中央病院・友仁山崎病院・豊郷病院

彦根愛知犬上介護保険事業者協議会

彦根愛知犬上介護支援専門員連絡協議会・彦根保健所

～ 目 次 ～

1	はじめに	・・・	P 1
2	入退院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	・・・	P 2
	②新たに介護保険サービスを受ける場合	・・・	P 3
	③加算例	・・・	P 4
3	運用にあたっての補足説明	・・・	P 5
4	使用するシート	・・・	P 9
	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）	・・・	P 14
	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）		P 19
	③退院後情報提供書（湖東圏域作成）	・・・	P 25
5	参考資料	・・・	P 26
	①病院の病床機能	・・・	P 27
	②4病院連絡窓口等一覧	・・・	P 29
	③市町の相談窓口（高齢者・障害福祉・その他）	・・・	P 32
	④市町地域包括支援センター	・・・	P 33
	⑤医療と介護の相談窓口（くすのきセンター内）	・・・	P 35
	⑥介護保険サービス利用のための基本的な流れ	・・・	P 36
6	参考ホームページ	・・・	P 38
7	滋賀県入退院支援ルール評価検討事業	・・・	P 39
	①H27年度「湖東保健医療圏域における病院と介護支援専門員の入退院支援の充実にむけた検討と取組み」の経過		P 40
	②入退院支援ルール評価検討事業 コア会議の協議内容	・・・	P 46
	～医療と介護の連携に関するアンケート結果より～		
8	各圏域における病院窓口一覧および入退院支援ルール	・・・	P 48

1 はじめに

我が国では、2025年には、団塊の世代すべてが75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。高齢化の進展に伴い現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないことから、「病院完結型」から、地域で治し支える「地域完結型」へという方向性が示され、地域医療構想の策定や医療と介護の連携と地域包括ケアシステムの構築等が推進されているところです。

湖東圏域においては、既に高齢化率が30%を超えた町もあり、脳血管疾患の後遺症、骨折後のADLの低下、慢性疾患の療養など、身体機能が低下し、医療・介護の支援を受けながら病院と在宅を行き来して生活する方が増えていきます。さらに入院期間の短縮化に伴い、医療の継続的関与が必要な退院患者や、ADLの回復過程にある状態での退院患者等が増えることが予想され、医療と介護の連携の必要性はますます大きくなっていきます。

このような中、平成27年度より病院での治療から在宅療養へのスムーズな連携をはかることを目的に「湖東地域退院支援ルール評価検討事業」を実施し、病院と地域（ケアマネジャー）が効果的な入退院支援の流れの検討を重ねてきました。

あまり顔なじみのない病棟看護師とケアマネジャーが顔をあわせ意見交換する中でお互いの立場や役割、事情を理解しあい、患者さんやご家族が安心して自宅での療養生活に移行できるために一緒に頑張っていこうという気持ちを強くされたことが何より大きな成果だと思えます。

それ以降も毎年協議を重ね課題を共有し、手引きを修正しておりますが、この度改訂をいたしました。

一人でも多くの方が安心して在宅療養をできるよう、病院担当者、ケアマネジャーの皆様がこの手引きを活用して円滑に入退院支援をしていただきますよう、お願いいたします。

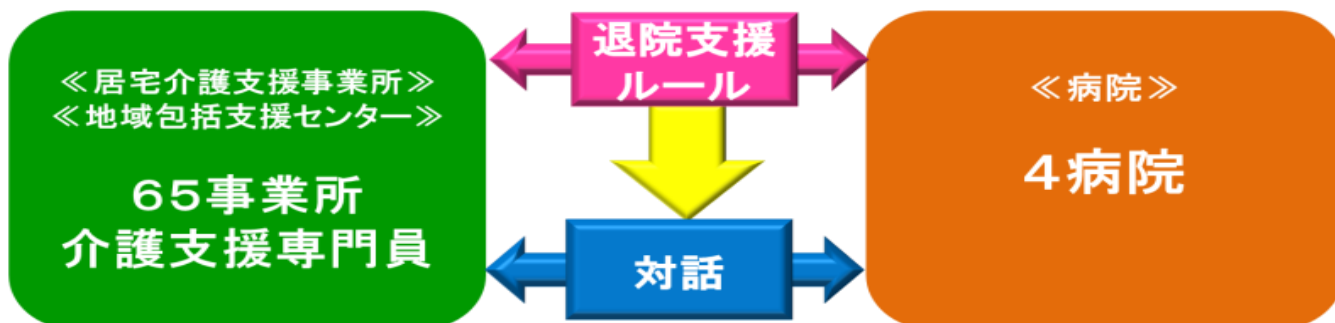
<湖東圏域(彦根市・愛荘町・豊郷町・甲良町・多賀町)>

65歳以上の住民	: 39,281人	75歳以上の住民	: 19,832人
65歳以上の認定者数	: 6,833人	75歳以上の認定者数	: 6,180人

(人口、認定者数は平成31年3月末現在 市町村介護保険事業状況報告より)

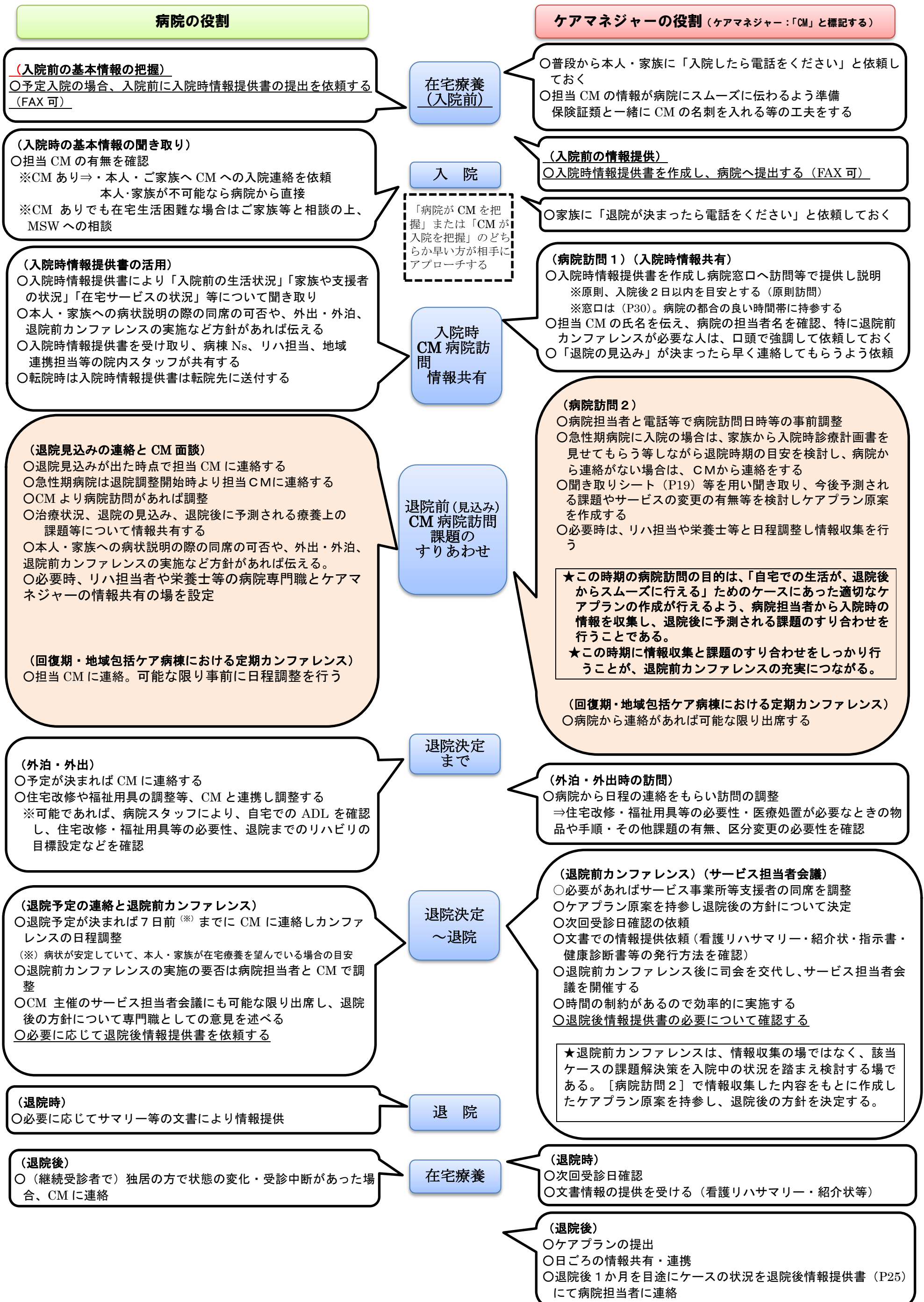
在宅療養支援

～入退院支援で安心して在宅療養できる住民を増やそう～



医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護・栄養士・セラピスト・歯科衛生士 など

2 入退院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～



2 入退院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～

病院の役割

自宅に退院予定で「連携の基準」^(※)に該当する方

ご本人・ご家族に介護認定の申請を勧める。病棟または地域連携室より地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ連絡し、今後の対応について協議。

○要支援と予測される・対応に悩む場合

⇒市町地域包括支援センター（P33-34）

○明らかに要介護と予測される場合⇒居宅介護支援事業所へ連絡。

○介護保険対象外⇒別紙相談窓口参照（P32）

^(※)連携の基準

- 立ち上がりや歩行に支援・補助具（手すりを含む）が必要
- 食事に支援が必要
- 排泄に支援が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- 認知症の周辺症状や全体的な理解の低下
- 在宅では、独居がそれに近い状況（介護力が乏しい等）で、買い物、調理や掃除など身の回りのことに支援が必要
- 自宅の段差やトイレの場所など、環境調整が必要
- （ADLは自立でも）がん末期の方、新たに医療処置（経管栄養、吸引、透析、インスリンなど）が追加された方
- 退院後続けて受診が必要であり、受診に介助や往診が必要
- 肺炎や、病状の悪化による入退院の繰り返し
- 服薬継続で支援が必要
- 高齢者虐待・介護放棄が疑われる時
- その他、退院後の生活に不安を感じるとき

（CMとの面談）

○CMより病院訪問があれば情報提供
「これまでの経過と、入院の理由」「在宅療養に向けてどの様なことが課題と考えられるか」「家族や支援者の状況」等

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

ケアマネジャーの役割（ケアマネジャー：「CM」と表記する）

入院中

病院から連絡を受けた、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は、概要を確認したうえで、病院への訪問等対応方法について検討し返答する。

（担当依頼の連絡後）

○本人家族面談・病院担当者との面談

- ・病状や本人家族の在宅療養についての思い等の聞き取り
- ・介護保険制度やサービスの利用に関する説明

※病院担当者へは名刺を渡し、今後の連絡先を伝えておく。

○サービス利用の合意が出来れば契約

○ケアプラン原案作成

○サービス調整

○サービス担当者会議

※契約からサービス決定までの期間はサービスの種類、量により変わるが1～2週間必要

※介護認定の結果が出るまでに約1か月を要する。

介護認定決定までは利用できるサービス量が確定しない。

※場合によっては暫定プランを使うことができる。

CM 病院訪問

退院決定まで

退院決定
～退院

退院

在宅療養

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～③加算例～

医療保険における加算例

入院時支援加算 200点 ※入退院支援加算算定時のみ可

(入院時情報提供書の活用)

入退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合) 190点
入院7日以内に退院困難な要因を有する者を抽出し、できるだけ早期に本人、家族と面談および病棟とのカンファレンスを実施し、7日以内に退院支援計画に着手する。

入退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合) 600点
入院3日以内に退院困難な要因を有する者を抽出し、各病棟に専任配置された退院支援職員が7日以内に本人、家族と面談および病棟とのカンファレンスを実施し、7日以内に退院支援計画に着手する。

(退院見込みの連絡とCM面談)

介護支援等連携指導料 1回目 400点
当該保健医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護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等や退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に限り2回算定する。

(外泊・外出)

退院前訪問指導料 (2回まで) 1回 580点
入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患者を訪問し、当該患者またはその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に算定する。当該入院中1回 (入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は2回)に限り算定する。

(退院予定の連絡と退院前カンファレンス) 介護支援等連携指導料 2回目 300点

(退院後訪問指導料)

退院後訪問指導料 (退院1か月以内5回まで) 1回 580点
※算定要件あり
訪問看護同行加算(1回のみ) 20点

入院

入院時
CM 病院訪問
情報共有

退院前(見込み)
CM 病院訪問
課題の
すりあわせ

退院決定まで

退院決定
～退院

退院

在宅療養

介護保険における加算例

(病院訪問1) (入院時情報共有)

入院時情報連携加算 I 200単位
入院当日から3日以内
II 100単位
入院当日から7日以内

(病院訪問2)

退院・退所加算 (1) イ 450単位
退院・退所加算 (2) イ 600単位
退院・退所加算 (1) ロ 600単位
退院・退所加算 (2) ロ 750単位
退院・退所加算 (3) 900単位

(退院前カンファレンス) (サービス担当者会議)

退院・退所加算 ※算定要件あり

※「退院・退所加算」は3回まで算定可能
詳細はP(18)参照

3 運用にあたっての補足説明

(1) 本手引きの対象範囲および運用について

本手引きは、湖東保健医療圏域の病院及びケアマネジャーを対象の範囲とする。

なお、ケアマネジャーが各シート等を活用して他圏域等の医療機関と連携を行うことは問題ない。

また、本手引きは原則であり、年末年始等の連休やケースの状況により臨機応変に対応すること。

(2) 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携について

①介護認定がありケアマネジャーがいる場合

ア) 在宅療養（入院前）

○担当ケアマネジャーの情報が病院にスムーズに伝わるよう準備

日頃の取り組み例)・保険証類と一緒に名刺を入れておく・「命のバトン」の記入の支援

・かかりつけ医や病院に担当ケアマネであることを伝える など

○普段より、入院時には医療保険証や介護保険証と、緊急時に必要な情報（連絡先、キーパーソン、かかりつけ医、薬、ケアマネ名等）をまとめた用紙を持参するよう伝えておく。

○普段より、入院したら、ケアマネジャーに連絡を入れてもらうよう伝えておく。

○予定入院の場合、病院はケアマネジャーへ入院時情報提供書の提出を依頼するなど、入院前の在宅療養にかかる情報を収集しておく。

○予定入院の場合、ケアマネジャーは入院時情報提供書を作成し、病院へ提出する。(FAX可)

★入院前の情報収集の目的

入院を予定している患者が、入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかイメージでき、安心して入院医療を受けられるよう、外来と病棟が連携し、入院中に行われる治療の説明や入院生活に関するオリエンテーションなどの支援に活かすことができる。

イ) 入院時ケアマネジャー病院訪問 [病院訪問1]

(ケアマネジャー)

○受け持ちケースが入院した場合は、もれなく【入院時情報提供書】を原則入院後2日以内に病院に持参する。

○この時の病院訪問は、事前の日程調整は不要。病院の良い時間帯に手渡しの相手まで持参する。(P30参照)

○【入院時情報提供書】については原則持参であるが、病院担当者（地域連携または病棟看護師）との調整により方法は適宜変更可能である。

○【入院時情報提供書】を使用してこれまでの経過等を説明する。

○【入院時情報提供書】特に「退院に向けてケアマネからみた生活上の一番の課題」を明確に記入し、病院担当者に伝える。

○【入院時情報提供書】を持参する時は、ケアマネジャーの名刺を必ず同時に渡し、病院担当者名を確認、今後の支援の流れを病院担当者と確認し、退院の見込みが決まった時点で早期に連絡をもらうよう依頼する。また、退院前カンファレンスが必要な人については、そのことを強調し病院担当者に伝えておく。

○その他、病院から必要とされる書類があれば提出する。

※入院時情報提供書の様式については、原則、滋賀県介護支援専門委連絡協議会の様式を使用する。(P14参照)

(病院担当者)

○【入院時情報提供書】により在宅時の状況を確認し、不足の情報について確認する。

○【入院時情報提供書】を病棟看護師、リハ担当、地域連携担当等が情報共有をはかる。

特に、リハ担当に情報が伝わりにくいので注意する。

○本人・家族への病状説明の際の同席の可否や、外出・外泊、退院前カンファレンスの実施など方針があれば伝える。

○【入院時情報提供書】は患者が転院される時は、転院先に写しを送付する。

★【入院時情報提供書】の使用目的

要介護高齢者の退院がより円滑なる（安心して退院できる）ため、入院前の生活状況や療養環境、生活上の課題等をケアマネジャーが病院の専門職に情報提供することで、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に参考にすることができる。

ウ) 退院前（見込み）ケアマネジャー病院訪問〔病院訪問2〕

（ケアマネジャー）

- 病院から退院見込みの連絡をうけたら、病院担当者と日程調整を行い病院訪問する。
- 必要時は、リハ担当や栄養士等と日程調整し情報収集を行う。
- 特に急性期については退院が急に決まることがあるので、家族から退院の見込みがでたら連絡もらうよう伝えとともに、入院時診療計画書を見せてもらうなどして退院の目安を検討し、病院から連絡がない場合は、ケアマネジャーから連絡を入れる。
- 居宅サービス計画書（総合的な援助の方針）を立案するために必要な情報を収集するため、【退院に向けてのききとりシート】（P19参照）を活用する。
 - ※【退院に向けてのききとりシート】については、原則、滋賀県介護支援専門委連絡協議会の様式を使用する。

（病院担当者）

- 退院見込みが明らかになった時点で担当ケアマネジャーへ連絡する。
- 入院前の本人の生活状況と大きく変化することが予測される場合や、退院後の支援が必要な人については、早めに担当ケアマネジャーに連絡し退院支援を開始する。
- 特に急性期については、退院が急に決まることがあるので、退院調整開始時または病状が安定した時点等で担当ケアマネジャーへ連絡する。
- 担当ケアマネジャーの連絡先は【入院時情報提供書】に書かれているので参考にする。
- 必要時、リハ担当や栄養士等の病院専門職とケアマネジャーの情報共有の場を設定する。
- ケアマネジャーは下記の目的で、【退院に向けてのききとりシート】を中心とした情報収集を行うので、その準備をしておく。

★【病院訪問2】の目的

自宅での生活が、退院後からスムーズに行えるため、ケースにあった適切な居宅サービス計画書の作成が行えるよう、病院担当者から入院時の情報を収集し、退院後に予測される課題のすり合わせを行うことである。

★【退院に向けてのききとりシート】の位置付け（P16 参照）

[背景] 入院期間の短縮化に伴い、以下が予想される。

- 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。
- ③ADL が回復期過程にある状態での退院患者が増える。



特に、退院直後は「病状や症状」、「ADL」が変化しやすい状態にある。

⇒ケアマネジャーはそれらの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。



◎そのためには、医療の情報も含めた必要な情報を退院前に収集する必要があり、もれなく情報収集するためのツールとして【退院に向けてのききとりシート】が作成された。

（※注）ただし、ききとりシートを埋めることが目的ではない。

受持ちケースを正しく理解し、アセスメントするためのものである。

エ) 回復期・地域包括ケア病棟における定期カンファレンス

（ケアマネジャー）

- 回復期病棟・地域包括ケア病棟では定期的カンファレンスが開催される。
- 病院から連絡をうけたら、可能な限り出席する。

（病院担当者）

- 日程が決まれば担当ケアマネジャーへ連絡する。可能な限り日程調整を行う。

オ) 外泊・外出時の家庭訪問

- 住宅改修や福祉用具の調整等、病院担当者とケアマネジャーと連携しながら調整を行う。

カ) 退院前カンファレンス（サービス担当者会議）

- 実施の要否は病院担当者とケアマネジャーで調整。
- 専門職間での引継ぎができる場であるため、できる限り、サービス事業所等の出席を求める。
- 退院前カンファレンス後に、司会を交代しサービス担当者会議を開催する。
- 時間の制約があるので、効率的に進行する。
- 退院後情報提供

★退院前カンファレンスは、情報収集の場ではなく、該当ケースの課題解決策を入院中の状況を踏まえ検討する場である。

[病院訪問2] で情報収集した内容をもとに作成したケアプラン原案を持参し、退院後の方針を決定する。

キ) 在宅療養（退院後）

○病院とケアマネジャーとの日頃の連携の例

（ケアマネジャー）

- ・退院後1か月を目途に、ケースの状況を【退院後情報提供書】（P25 参照）を使用し、病院担当者に連絡する
- ・体調悪化時：受診同行（受診立会い）・文書による情報提供および相談
- ・薬が飲めていない場合：病院担当者へ連絡
- ・サービス担当者会議：出席（主治医意見照会）の依頼
- ・更新・区分変更・軽度者レンタル：主治医への相談および意見書依頼

（病院担当者）

- ・ケアマネジャーから【退院後情報提供書】が届いたら、院内スタッフに伝える。
- ・状態の変化・受診中断等の場合（特に独居）：ケアマネジャーへの連絡

★退院後、ケアマネジャーから病院へのフィードバックを行う目的：

①外来支援時の参考資料とする

②退院支援により退院した患者（本人）や家族が退院後どのような療養生活を送っているかを、ケアマネジャーと病院担当者が共有することで、入退院支援が適切にできていたのか、改善点はないか振り返ることができ、更にスムーズな入退院の連携につながる

③病院担当者は退院後の患者（本人）の状況を知ること、日頃の支援のモチベーションの向上につながる

★患者（本人）・家族の状況変化にあわせて早期に対応するためには、患者（本人）が退院したら連携が終わるのではなく、患者（本人）や家族の状況に応じて連携は続いていることを、病院、ケアマネジャーともに意識しておく

4 使用するシート

①入院時情報提供書

②退院に向けてのききとりシート

（①②ともに滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）

③退院後情報提供書

（湖東圏域版 平成31年4月作成）

— 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ー連携強化に向けてー

「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、人間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の、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)			T	
	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)						
入院歴	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)				
入院前の状況	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 () <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
 の記入例

病院担当者様

()

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

シガハナコ		生年月日	年齢
氏名	滋賀 花子 様 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	1928年11月16日	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	家族状況 	
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)		
有効期間	2017年4月1日 ~ 2019年3月31日		
生活歴 (家族関係含む)	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	<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 <input type="checkbox"/>	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	
	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	デイサービスではトイレ、自宅ではポータブルトイレを使用しています。尿パット、リハビリパンツを使用しています。夜間に失禁されることがあります。
	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)	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。
	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、一包化した上で、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 (〇〇/分) <input checked="" 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 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) 最近こけることが増えてきた。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、生活上の大きな障壁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情報等は事前に入力しておくで便利

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：退院についての方向性を確認する

シートを埋めるのではなく、聞きたい事の覚え書き・メモとしてのツールと捉える

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）□ 600単位
退院・退所加算（Ⅱ）□ 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（準看護師を除く）」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)				
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					
疾病等	既往歴	現疾患				
入院中の状態	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) <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 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			(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) <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"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input 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			(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 】

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 (〇〇〇)	<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	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	84 歳	退院時の要介護度	<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)
	氏名	滋賀 花子 様						
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) 〇〇 (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						
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。			
	(排泄方法)	<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)			
	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 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)			
	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)			
	<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	リハビリ中 見守り下での歩行器歩行 10m 可 ↓ リハビリの継続必要か？ (通所リハ?) 自宅での動作確認必要!! →退院前の同行訪問依頼する
	(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	・筋力UP 体力UP 体幹バランスUP、注意散漫、危険予測 ・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)			
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	全荷重可 またぎの動作注意		
肢位	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	脱臼、屈曲、内転、内旋 床の物を取る動作注意! 足が内側に入る姿勢をしない! (横座り、お姉さん座り)			
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)	
	・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 ・前より歩けなくなった		痛みやふらつきもある	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
退院後の生活に関する留意点	退院後の主治医	(医療機関名) <u>〇〇医院</u>	(医師名) <u>大津 太郎</u>		
備考	1か月後 △△病院整形外科受診予定				

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。

退院後情報提供書が必要な事例について

① 退院カンファレンスにおいて退院後情報提供書提出の必要性について検討し、病院側・地域側ともに必要と考えられた方。

➡退院カンファレンスにおいて、退院後情報提供書の提出が必要かどうかを必ず確認する。

② 退院カンファレンスを実施していない場合であっても、病院側が必要と判断した方。

➡病院側は、退院サマリーに退院後情報提供書の提出を求める旨を理由と併せて記載し、提出を依頼する。

③ 退院後情報提供書の提出を求められていない場合においても、地域側において、状態の変化があったり、改めて調整や指導が必要であったりした場合など、報告が必要と判断した方。

➡地域側は、なぜ退院後情報提供書の提出を必要と判断したかを「その他連絡事項等」へ記載し、報告する。

病院担当者様 （記入日： R 年 月 日 退院日： R 年 月 日）

基本情報	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	年	月	日
	氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	家族構成		
	住所						
	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()					
	一日の主な過ごし方						

※主介護者、キーパーソンに印を

項目	退院直後からの変化	状態・特記事項
移動・移乗	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他
入浴	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他
食事摂取動作	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
栄養状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 経管栄養
障害高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<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
認知機能	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<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
BPSD	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<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

療養状況	医療処置の状況	<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 (単位) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

入院中の課題、退院時に課題として残ったこと	課題に対する現状・新たに工夫していること等

退院後新たに目立った課題	
その他連絡事項等	
事業所名	担当者名
所在地	(TEL) (FAX)