

須崎市・中土佐町・津野町における入・退院連絡 実施要領

1 目的

医療と介護を必要とする介護保険を利用する高齢者等が、安心して在宅生活を継続していくために、入・退院をする時に、医療機関とケアマネジャーが「互い」に「確実」に「引継ぎ」と「情報共有」を行うことを目指す。

ポイント

・高幡地域ではすでに顔の見える関係が出来ているが、医療と介護のより一層の連携を意識づけるためのツールとして活用する。

2 対象地域

須崎市、中土佐町、津野町（以下、「3市町」という。）

3 運用開始時期

平成30年4月

4 改訂時期

令和3年11月 「入退院連絡の手順」及び「転院時の対応」を追加記載
「点検協議の実施頻度」を変更
「入退院時情報提供シート」をブラッシュアップ

5 支援の対象者

- (1) 入院前に介護保険サービスを利用していた方
- (2) 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する方

6 支援の担当者

- (1) 3市町内の居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター等に所属するケアマネジャー
- (2) 3市町内医療機関の病棟看護師、地域連携室のソーシャルワーカー、リハビリ専門職等

7 実施内容

(1) 窓口の明確化

- ア 須崎福祉保健所作成「困ったときに見てや！－高幡圏域保健・医療・福祉資源集－」を活用する。
- (ア) 医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等に1部ずつ配布する。
- (イ) 須崎福祉保健所のホームページに電子ファイルを掲載する。

(2) 入院時における連絡の時期

- ア ケアマネジャーは、利用者の入院を把握したら速やかに医療機関へ連絡する。

イ 医療機関は、ケアマネジャーからの連絡がない場合、ケアマネジャーに連絡する。

(ア) 本人・家族、介護保険証を確認し、担当ケアマネジャーを把握する。

(イ) 上記の方法で不明な場合は、以下の窓口に連絡する。

	窓口	電話番号
須崎市	長寿介護課 介護保険係	0889-42-1205
	地域包括支援センター	0889-42-1206
中土佐町	健康福祉課 介護保険係	0889-52-2662
	地域包括支援センター	0889-52-3352
津野町	介護福祉課 介護保険係	0889-62-2313
	地域包括支援センター	0889-62-2317

(3) 医療機関からケアマネジャーへ退院連絡をする時期

ケース	目安となる時期
ア 退院後、新たに介護保険サービスの利用を希望する場合 イ 住宅改修が必要な場合	3週間前
ウ サービス調整の必要がある場合 (入院前と状態の変化がある場合等)	2週間前
エ サービス調整の必要がない場合	2～3日前

ポイント

- ・以上はあくまでも目安で、対象者の状況により、臨機応変に対応することを前提とする。
- ・退院の見込みが出たら、早めにケアマネジャーへ連絡する。

(4) 入・退院時に共有したい情報

ア 「高知市入・退院時の引継ぎルール」の参考様式又は既存様式等の書面で共有する（新たな様式は作らない）。

イ 既存様式を利用する際は、「高知市入・退院時の引継ぎルール」で示されている項目を参考に、マーカーでチェックする等、共有したい情報が一目でわかりやすいようにする。

⇒高知市入・退院時の引継ぎルール

- ・ P. 15 「7. 入院時の引継ぎのために共有したい情報」
- ・ P. 16 「8. 退院時の引継ぎのために共有したい情報」
- ・ 高知市ホームページ 地域共生社会推進課「高知市入・退院時の引継ぎルールについて」(<http://www.city.kochi.kochi.jp/soshiki/189/hikitsugi.html>)

ウ 退院前カンファレンスの実施について

ケアマネジャーがいる場合、医療機関は可能な限り退院前カンファレンスを実施する。

ポイント

- ・入院時、ケアマネジャーは医療機関と在宅生活に向けたイメージを共有するために、「今までどのような生活をしていたか」等について情報提供をするよう努める。
- ・住宅改修があった場合は、家屋図の添付があると在宅のイメージがつきやすく、リハビリに活用できる。
- ・情報の提示方法は、入院時カンファレンスという形にこだわらない。

ポイント

- ・顔が見える情報交換に努めることで、医療機関・ケアマネジャー相互の理解が深まる。
- ・対象者の入院中にケアマネジャーが医療機関に足を運ぶことは、情報交換の機会となる。
- ・自宅で生活することが困難なケースについては、ケアマネジャーからの相談に応じる。

(5) 入退院連絡の手順

P. 4～P. 5 のとおり

(6) 転院時の対応

転院時には、「高知市入・退院時の引継ぎルール」で示されている内容を実施する。

⇒高知市入・退院時の引継ぎルール

- ・ P. 10 「●転院時の対応」

8 参考資料

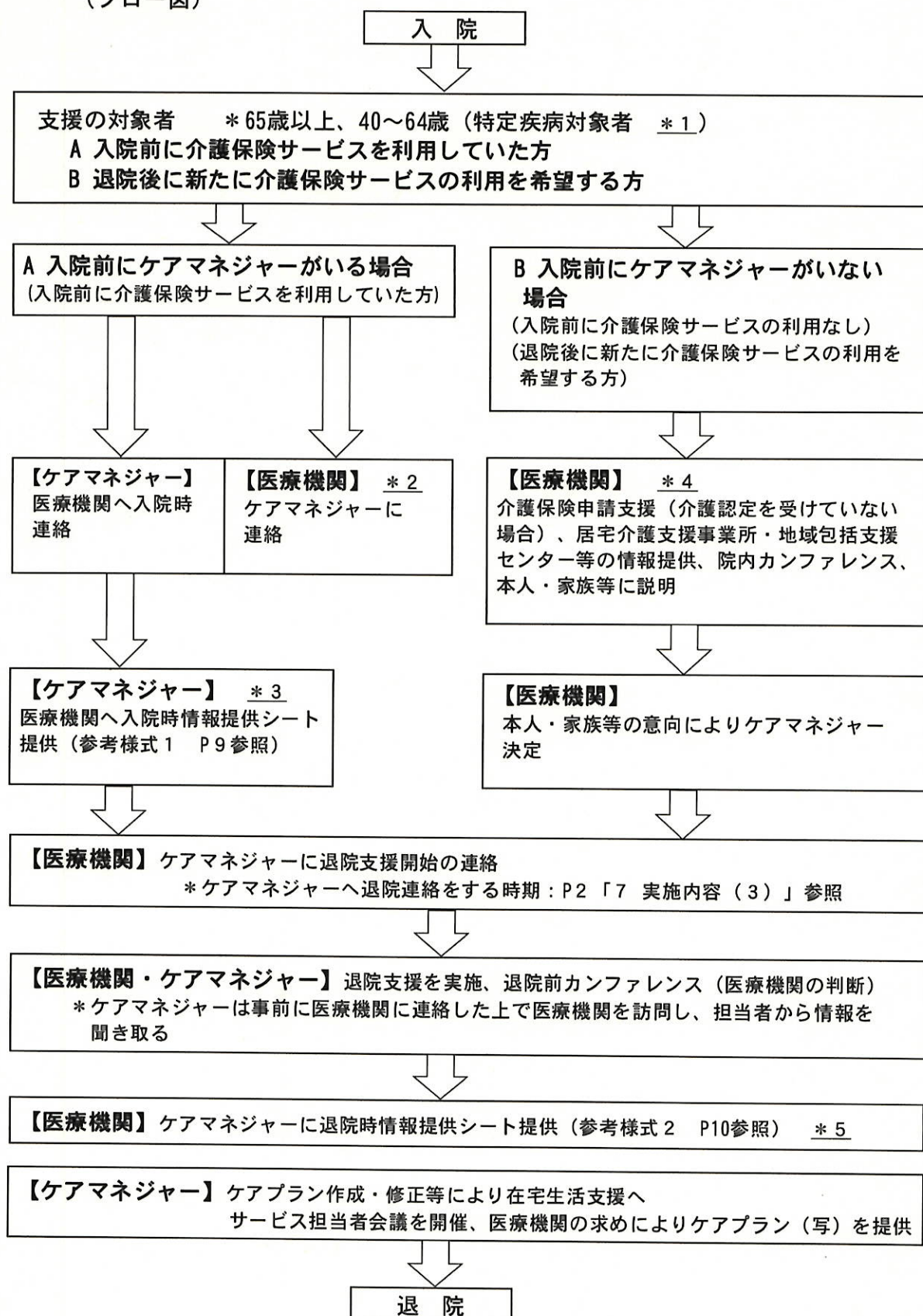
- 困ったときに見てや！－高幡圏域保健・医療・福祉資源集－
- 高知市 入・退院時の引継ぎルール
 - ・ P. 10 「●転院時の対応」
 - ・ P. 15 「7. 入院時の引継ぎのために共有したい情報」
 - ・ P. 16 「8. 退院時の引継ぎのために共有したい情報」

9 その他

- (1) 運用後1年間は半年ごと、その後は1年ごとに内容を見直すため、点検協議を行う。
- (2) 運用に関する困った事例等については、その都度各市町地域包括支援センターに連絡する。

- ・ 須崎市地域包括支援センター TEL 0889-42-1206
- ・ 中土佐町地域包括支援センター TEL 0889-52-3352
- ・ 津野町地域包括支援センター TEL 0889-62-2317

(5) 入退院連絡の手順
(フロー図)



<補足説明>

入退院連絡の手順（フロー図）について

* 1 「高知市入・退院時の引継ぎルール P13 より」

がん末期、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、後縦靱帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、多系統萎縮症、初老期における認知症、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、脳血管疾患、パーキンソン病関連疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変型を伴う変形性関節症

* 2 検査入院等、入院期間が事前に決まっており、かつ短期間の入院となるものについては連絡は不要です。しかし、状態が大きく変化した場合等、在宅生活に影響の出る場合には連絡を原則必要とします。また、レスパイト入院等の場合、入院時の情報提供を必要とする場合がありますので、医療機関担当者とケアマネジャーが双方に連絡を取り合い、対応を検討してください。

* 3 ① 短期間に入退院を繰り返しており、ケアプラン等の変更がない場合には、入院時情報提供シート（参考様式1）の提供は省略できることとします。しかし、医療機関からの要請がある場合等については、医療機関担当者とケアマネジャーが双方に連絡を取り合い対応を検討してください。

② 参考様式については、「高知市入・退院時の引継ぎルール」で示されているものであり、居宅介護支援事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存の様式を使用する際には、参考様式の項目をご確認いただき、情報共有をお願いします。

* 4 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する場合は、介護保険申請の支援を実施します。

* 基本的には申請は本人・家族が実施します。本人・家族等が申請を忘れていたり、申請はしているが主治医意見書が遅れている場合も見受けられるため、ケアマネジャーへ連絡をする前には、介護認定の申請ができているかどうか、認定がおりているかどうか等の確認をお願いします。

* 介護認定のお問い合わせは、各市町の窓口まで：P2「7 実施内容（2）」参照

* 40歳から64歳以下の場合、介護保険の要介護認定申請ができるのは、特定疾病に該当した場合のみとなります（上記*1参照）。

* 5 ① 参考様式については「高知市入・退院時の引継ぎルール」で示されているものであり、医療機関の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存の様式を使用する際には、参考様式の項目をご確認いただき、情報共有をお願いします。

② 退院時情報提供シートの提供方法については、医療機関担当者とケアマネジャー双方で確認をお願いします。

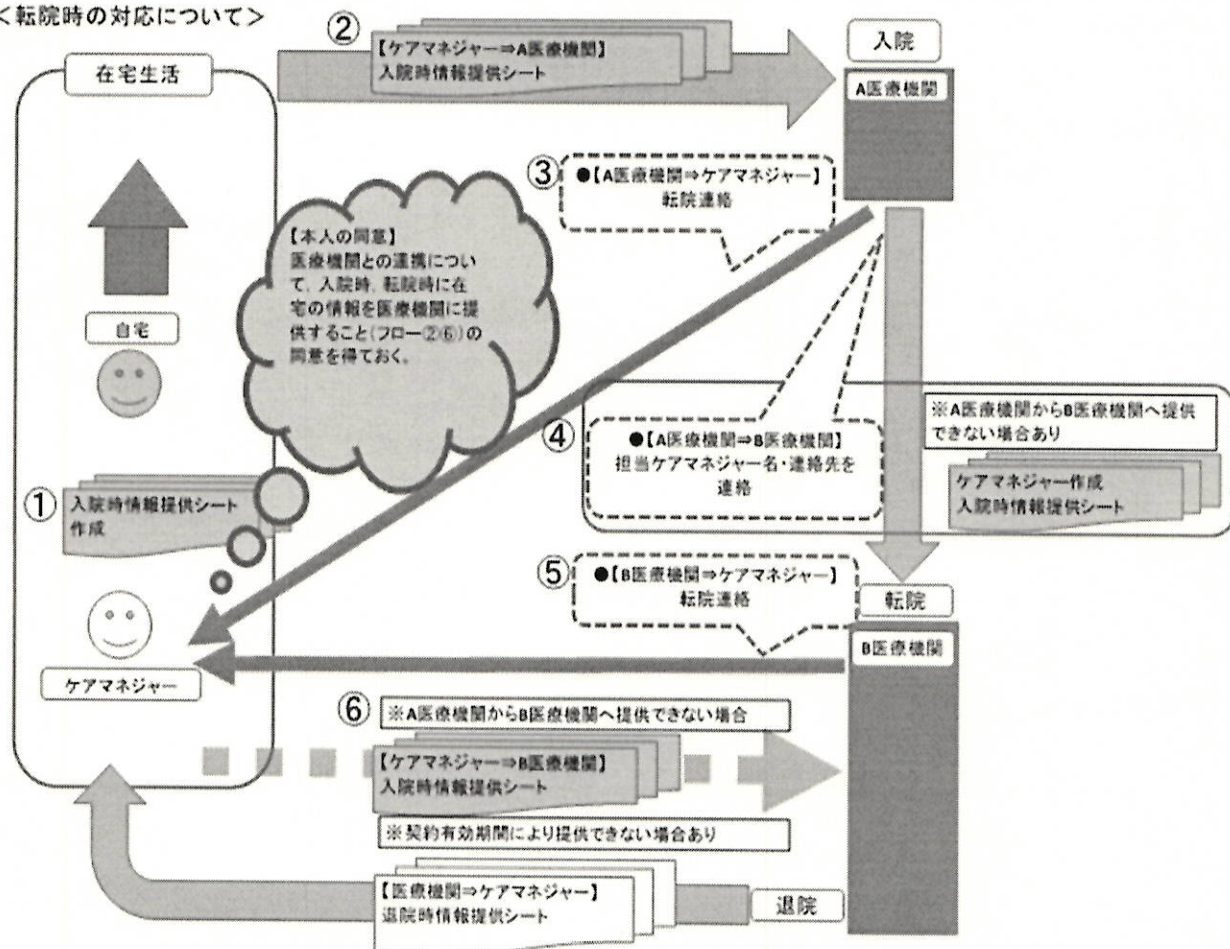
●転院時の対応

転院時においては、以下の内容を実施する。

- ① ケアマネジャーは、医療機関との連携(入院時、転院時に在宅の情報を医療機関に提供すること)について、予め本人の同意を得ておく。
- ② ケアマネジャーは、入院時に「入院時情報提供シート(参考様式1)」等を、医療機関(病院・有床診療所)担当窓口(P.21・P.22 参照)に持参し、利用者の情報を提供する(シートを持参できない場合は、FAX 等の方法を医療機関担当者と協議する)。
- ③ 転院元医療機関(A 医療機関)は、転院が決まった際には、担当ケアマネジャーに転院の連絡をする。
- ④ 転院元医療機関(A 医療機関)は、転院先医療機関(B 医療機関)へ、「担当ケアマネジャー名・連絡先」の連絡をする。
- ⑤ 転院先医療機関(B 医療機関)は、担当ケアマネジャーに転院の連絡をする。
- ⑥ 担当ケアマネジャーは必要時、転院先医療機関(B 医療機関)へ「入院時情報提供シート」を提供する。

※ケアマネジャーの契約有効期間により提供できない場合があります。

<転院時の対応について>



*「高知市入・退院時の引継ぎルール」 P.10 より

7. 入院時の引継ぎのために共有したい情報

	内容
本人に関する こと	〔基本〕 患者氏名・性別・生年月日・(年齢)・住所・電話 〔介護認定等情報に関すること〕 ・居宅介護支援事業所等名 ・事業所電話・FAX ・担当者名 ・要介護度 ・認定有効期間 ・認知症高齢者日常生活自立度 ・障がい日常生活自立度 ・障がい等の認定 〔医療に関すること〕 ・現在かかっている病院 ・疾患名(主病名・既往歴) ・服薬の有無(別添有無) 〔在宅中のADL〕 - 自立・見守り・一部介助・全介助 ・移動方法 ・移乗方法 ・食事 ・口腔清潔 ・更衣 ・入浴 ・排泄 〔在宅中のIADL〕 - 自立・見守り・一部介助・全介助 ・調理 ・掃除 ・洗濯 ・買い物 ・金銭管理 ・服薬管理 〔住まいの状況〕 ・一戸建て ・集合住宅 ・住環境の問題 ・住宅改修の有無, 内容 〔精神的な状況(認知機能含む)〕 ・問題の有無 ・丁寧な説明の必要性 ・特記() 〔療養上の問題点〕 有無 ・介護上,特に支障となる点,注意すべき点 〔医療処置〕 ・内容(・バルーンカテーテル ・ストマ ・気管切開 ・喀痰吸引 ・胃ろう ・経管 ・褥瘡 ・その他) ・方法(・訪問看護 ・家族) ・特記欄(経過や処置の時間等記載できるように) 〔感染症〕 ・HBV ・HCV ・MRSA; 保菌 ・発症(部位; 痰・血液・尿・創部) ・その他 〔介護保険サービス利用状況〕 ・利用サービスの種類 ・週間プラン ・レンタル ・用具購入使用状況 〔介護保険サービス以外のサービス等利用状況〕 ・高齢者福祉サービス ・地域での参加
家族に関する こと	・世帯構成 ・主介護者及び介護力 ・キーパーソン ・家族以外の支援者 ・日頃の在宅生活での本人, 家族の意向や不安内容
経済に関する こと	・生活保護受給の有無 ・年金受給の有無・種類
その他必要 な情報	* 連携時に確認

8. 退院時の引継ぎのために共有したい情報

	内容
本人に関する こと	〔基本情報に関すること〕 ※新規で関わる場合⇒ ・患者氏名 ・性別 ・生年月日(年齢) ・住所 ・電話 ・入院月日 ・介護保険の有無 ・介護度 ・認定の有効期間 ・障がい等の認定 ※共通 ・医療機関主治医 ・在宅主治医 ・面談場所 ・面談者(氏名) ・医療機関相談窓口(所属) ・退院予定日 〔医療に関すること〕 ・今回の入院理由(病名) ・他の診断名 ・禁忌事項,禁忌動作 ・医療機関からの「病状の説明内容」 〔ADL〕 自立・見守り・一部介助・全介助 ・移動方法 ・移乗方法 ・食事(食形態・制限・エネルギー・水分量他) ・口腔清潔 ・更衣 ・入浴 ・排泄 ・服薬管理 〔療養上の問題〕 有無 ・幻視幻聴 ・興奮 ・不穏 ・妄想 ・暴力 ・介護への抵抗 ・昼夜逆転 ・不眠 ・徘徊 ・危険行為 ・不潔行為 ・意思疎通困難 ・その他 〔理解力〕 ・問題の有無 ・丁寧な説明 ・契約等困難 〔医療処置〕 ・内容(・バルーンカテーテル ・ストマ ・気管切開 ・喀痰吸引 ・胃ろう ・経管 ・褥瘡 ・その他) ・方法(・訪問看護 ・家族) ・特記欄(経過や処置の時間等記載できるように) 〔今後の治療〕 ・治療内容 ・受診予定 ・薬物治療内容 ・リハビリ目標(リハビリから確認) ・退院後の注意点 〔感染症〕 ・HBV ・HCV ・MRSA; 保菌 発症(部位; 痰・血液・尿・創部) ・その他
家族に関する こと	※新規で関わる場合 ・世帯構成 ・主介護者及び介護力 ・キーパーソン ・緊急連絡先 ・家族以外の支援者
経済に関する こと	※新規で関わる場合 ・生活保護受給の有無 ・年金受給の有無・種類
その他必要な 情報	*連携時に確認

入院時情報提供シート（ケアマネジャー ⇒ 医療機関）

医療機関名

担当者

様

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供させていただきます。
退院時に連絡をいただきたく、よろしくお願いいたします。

事業所名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
経済状況	☐ 生活保護	☐ 年金	【種類: ☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ その他()】									
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄	電話番号						
家族構成図				本人連絡先	自宅番号: 携帯番号:							
主・主介護者 ☆キーパーソン ○女性 □男性				住環境	☐ 一戸建て ☐ 集合住宅(階建て 階) エレベーター ☐ 有 ☐ 無 *住宅改修 ☐ 有 ☐ 無							
				疾患名・ かかっている 病院	主病名: 既往歴:							
				服薬	☐ 無 ☐ 有 ⇒別途資料添付: ☐ 有 ☐ 無							
				介護認定	☐ 有 (☐ 区分変更中) ☐ 無 (☐ 申請中) ☐ 事業対象者 要介護度: 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 *認定有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日							
<世帯状況>				障がい日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2							
☐ 独居 ☐ 高齢夫婦世帯				認知症日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M							
☐ その他()				障がい等の認定	手帳 ☐ 無 ☐ 有 (身体・精神・療育) ☐ 難病(特定疾患)							
IADL	できる	できない	できない	特記	介護保険サービス・その他のサービス等利用状況							
調理	☐	☐	☐		☐ 訪問介護(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☐ 通所介護(回/週) ☐ 通所リハビリ(回/週) ☐ 訪問リハ(回/週) ☐ 短期入所(回/週) ☐ 小規模多機能 福祉用具貸与(内容:)							
掃除	☐	☐	☐		☐ 配食 ☐ 安否確認 ☐ 緊急通報 ☐ 地域での参加 ☐ その他()							
洗濯	☐	☐	☐		キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等							
買い物	☐	☐	☐									
金銭管理	☐	☐	☐									
服薬管理	☐	☐	☐									
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状況(空欄に特記あれば記入)							
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用							
移乗	☐	☐	☐	☐								
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無							
食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他:) 主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ 水分: とりみ剤使用 ☐ 有 ☐ 無 (摂取量: 1日 ml) 副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (☐ とりみ付)							
更 衣	☐	☐	☐	☐								
入 浴	☐	☐	☐	☐	☐ 自宅(浴室) ☐ 訪問入浴 ☐ 通所系サービス							
排 泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ(☐ 常時 ☐ 夜間)							
精神的な状況 (認知機能含む)	問題の有無: ☐ 無 ☐ 有 *特記:				丁寧な説明の必要性: ☐ 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 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他()											
感染症	☐ HBV ☐ HCV MRSA: ☐ 保菌 ☐ 発症(部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他()											
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻 ☐ 褥瘡 ☐ その他()											
連絡事項・その他(在宅での生活の様子、療養上の課題、本人・家族の意向や不安、認知機能など必要と思うことを記載)												

入院時情報提供シート（ケアマネジャー ⇒ 医療機関）

医療機関名

担当者

様

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供させていただきます。

退院時に連絡をいただきたく、よろしくお願ひいたします。

事業所名

電話番号

FAX 番号

担当者名

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
経済状況	☐ 生活保護 ☐ 年金 【種類: ☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ その他()】												
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄			電話番号					
家族構成図				本人連絡先	自宅番号: 携帯番号								
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性				住環境	☐ 一戸建て ☐ 集合住宅(階建て 階) エレベーター ☐ 有 ☐ 無 *住宅改修 ☐ 有 ☐ 無								
				疾患名・かかっている病院	主病名: 既往歴:								
				服薬	☐ 無 ☐ 有 ⇒別途資料添付: ☐ 有 ☐ 無								
				介護認定	☐ 有 (☐ 区分変更中) ☐ 無 (☐ 申請中) ☐ 事業対象者 要介護度: 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 *認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日								
<世帯状況> ☐ 独居 ☐ 高齢夫婦世帯 ☐ その他()				障がい日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2								
				認知症日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M								
				障がい等の認定	手帳 ☐ 無 ☐ 有 (身体・精神・療育) ☐ 難病(特定疾患)								
IADL	できる	不完全	できない	特記	介護保険サービス・その他のサービス等利用状況								
調理	☐	☐	☐		☐ 訪問介護(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☐ 通所介護(回/週)								
掃除	☐	☐	☐		☐ 通所リハビリ(回/週) ☐ 訪問リハ(回/週) ☐ 短期入所(回/週)								
洗濯	☐	☐	☐		☐ 小規模多機能 福祉用具貸与(内容:)								
買い物	☐	☐	☐		☐ 配食 ☐ 安否確認 ☐ 緊急通報 ☐ 地域での参加 ☐ その他()								
金銭管理	☐	☐	☐		キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等								
服薬管理	☐	☐	☐										
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状況(空欄に特記あれば記入)								
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用								
移乗	☐	☐	☐	☐									
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無								
食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他:) 主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ 水分: とりみ剤使用 ☐ 有 ☐ 無 (摂取量: 1日 ml) 副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (☐ とりみ付)								
	更 衣	☐	☐	☐	☐								
	入 浴	☐	☐	☐	☐	☐ 自宅(浴室) ☐ 訪問入浴 ☐ 通所系サービス							
排 泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ(☐ 常時 ☐ 夜間)								
精神的な状況 (認知機能含む)	問題の有無: ☐ 無 ☐ 有 *特記: 丁寧な説明の必要性: ☐ 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 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他()												
感染症	☐ HBV ☐ HCV MRSA: ☐ 保菌 ☐ 発症(部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他()												
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻 ☐ 褥瘡 ☐ その他()												

連絡事項・その他

(在宅での生活の様子、療養上の課題、本人・家族の意向や不安、認知機能等など必要と思うことを記載)

入院時情報提供シート(ケアマネジャー⇒医療機関)

医療機関名

担当者

様

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供させていただきます。

退院時に連絡をいただきたく、よろしくお願いいたします。

事業所名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
経済状況	☐ 生活保護 ☐ 年金【種類: ☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ その他()】										
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄		電話番号				
家族構成図			本人連絡先	自宅番号: 携帯番号:							
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 ☐ …男性 <世帯状況> ☐ 独居 ☐ 高齢夫婦世帯 ☐ その他()			住環境	☐ 一戸建て ☐ 集合住宅(階建て 階) エレベーター ☐ 有 ☐ 無 *住宅改修 ☐ 有 ☐ 無							
			疾患名・ かかっている 病院	主病名: 既往歴:							
			服薬	☐ 無 ☐ 有 ⇒別途資料添付: ☐ 有 ☐ 無							
			介護認定	☐ 有 (☐ 区分変更中) ☐ 無 (☐ 申請中) ☐ 事業対象者 要介護度:要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 *認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日							
			障がい日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2							
			認知症日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M							
			障がい等の認定	手帳 ☐ 無 ☐ 有 (身体・精神・療育) ☐ 難病(特定疾患)							
IADL	できる	不完全	できない	特記	介護保険サービス・その他のサービス等利用状況						
調理	☐	☐	☐		☐ 訪問介護(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☐ 通所介護(回/週)						
掃除	☐	☐	☐		☐ 通所リハビリ(回/週) ☐ 訪問リハ(回/週) ☐ 短期入所(回/週)						
洗濯	☐	☐	☐		☐ 小規模多機能 福祉用具貸与(内容:)						
買い物	☐	☐	☐		☐ 配食 ☐ 安否確認 ☐ 緊急通報 ☐ 地域での参加 ☐ その他()						
金銭管理	☐	☐	☐		キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等						
服薬管理	☐	☐	☐								

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状況(空欄に特記あれば記入)
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用
移乗	☐	☐	☐	☐	
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無
食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食(☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他:)
					主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ 水分: とりみ剤使用 ☐ 有 ☐ 無 (摂取量: 1日 ml)
					副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (☐ とりみ付)
更 衣	☐	☐	☐	☐	
入 浴	☐	☐	☐	☐	☐ 自宅(浴室) ☐ 訪問入浴 ☐ 通所系サービス
排 泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ(☐ 常時 ☐ 夜間)
精神的な状況 (認知機能含む)	問題の有無: ☐ 無 ☐ 有 * 特記: 丁寧な説明の必要性: ☐ 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 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他()				
感染症	☐ HBV ☐ HCV ☐ MRSA: ☐ 保菌 ☐ 発症(部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他()				
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻 ☐ 褥瘡 ☐ その他()				

連絡事項・その他(在宅での生活の様子、療養上の課題、本人・家族の意向や不安、認知機能等など必要と思うことを記載)

病院名

退院時情報提供シート（医療機関 ⇒ ケアマネジャー）

氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
住所			電話番号	自宅番号:		携帯番号:						
経済状況	☐ 生活保護 ☐ 年金 【種類: ☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ その他()】											
病院の連絡窓口(所属)			()	退院時情報提供シート記入者								
入院の原因となった病名			合併症									
既往歴			入院日	令和	年	月	日					
			退院予定日	令和	年	月	日頃					
病院主治医			在宅主治医									
障がい等の認定	手帳等 ☐ 無 ☐ 有(☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病[特定疾患]) ☐ 申請中 (☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病[特定疾患])											
介護認定	☐ 無 (☐ 未申請 ☐ 新規申請中 ☐ 非該当) ☐ 有(☐ 区分変更中) ☐ 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日											
◎病院からの患者・家族への病状の説明内容												
家族等	世帯: ☐ 独居 ☐ 他(同居者:) 主介護者() キーパーソン()											
	家族以外の支援者: ☐ 無 ☐ 有()											
	緊急連絡先:氏名 住所 続柄 電話											
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子(空欄に特記)							
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	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無							
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) (摂取量 割) 水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用: ☐ 有 ☐ 無							
	更 衣	☐	☐	☐	☐							
	入 浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限: ☐ 無 ☐ 有(☐ 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 ☐ リハビリパンツ(☐ 常時 ☐ 夜間)							
服薬管理	☐	☐	☐	☐								
認知症	☐ 無 ☐ 有	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M										
理解力	問題: ☐ 無 ☐ 有 (特記事項:)											
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 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他()											
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻 ☐ 褥瘡 ☐ その他() 処置の対応方法 ☐ 家族 ☐ 訪問看護 ☐ その他()											
家族への介護指導	☐ 無 ☐ 有 ⇒ 理解状況 ☐ 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()											
禁忌事項 (禁忌動作含む)	☐ 無 ☐ 有 ⇒											
◎今後の治療等(治療内容・服薬・受診予定・退院後の注意点・リハビリ目標等)												

退院時情報提供シート（医療機関 ⇒ ケアマネジャー）

氏名				生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
住所				電話番号	自宅番号	携帯番号:			
経済状況	☐ 生活保護 ☐ 年金 【種類: ☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ その他()】								
病院の連絡窓口(所属)		()			退院時情報提供シート記入者				
入院の原因となった病名					合併症				
既往歴					入院日	令和 年 月 日			
					退院予定日	令和 年 月 日頃			
病院主治医					在宅主治医				
障がい等の認定	手帳等 ☐ 無 ☐ 有 (☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病[特定疾患]) ☐ 申請中 (☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病[特定疾患])								
介護認定	☐ 無 (☐ 未申請 ☐ 新規申請中 ☐ 非該当) ☐ 有 (☐ 区分変更中) ☐ 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)								
◎病院からの患者・家族への病状の説明内容									
家族等	世帯: ☐ 独居 ☐ 他(同居者:) 主介護者() キーパーソン()								
	家族以外の支援者: ☐ 無 ☐ 有()								
	緊急連絡先: 氏名		住所		続柄		電話		
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子(空欄に特記)				
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	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無				
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) (摂取量 割) 水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用: ☐ 有 ☐ 無				
更 衣	☐	☐	☐	☐					
入 浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限: ☐ 無 ☐ 有 (☐ 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 ☐ リハビリパンツ (☐ 常時 ☐ 夜間)				
服薬管理	☐	☐	☐	☐					
認知症	☐ 無 ☐ 有 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M								
理解力	問題: ☐ 無 ☐ 有 (特記事項:)								
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 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他()								
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻 ☐ 褥瘡 ☐ その他() 処置の対応方法 ☐ 家族 ☐ 訪問看護 ☐ その他()								
家族への介護指導	☐ 無 ☐ 有 ⇒ 理解状況 ☐ 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()								
禁忌事項 (禁忌動作含む)	☐ 無 ☐ 有 ⇒								

◎今後の治療等(治療内容・服薬・受診予定・退院後の注意点・リハビリ目標等)

退院時情報提供シート(医療機関 ⇒ ケアマネジャー)

氏名	生年月日		明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
住所	電話番号	自宅番号:		携帯番号:			
経済状況	☐ 生活保護 ☐ 年金【種類: ☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ その他()】						
病院の連絡窓口(所属)	()		退院時情報提供シート記入者				
入院の原因となった病名			合併症				
既往歴			入院日	令和 年 月 日			
			退院予定日	令和 年 月 日頃			
病院主治医			在宅主治医				
障がい等の認定	手帳等 ☐ 無 ☐ 有 (☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病[特定疾患]) ☐ 申請中 (☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病[特定疾患])						
介護認定	☐ 無 (☐ 未申請 ☐ 新規申請中 ☐ 非該当) ☐ 有 (☐ 区分変更中) ☐ 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)						
◎病院からの患者・家族への病状の説明内容							
家族等	世帯: ☐ 独居 ☐ 他(同居者) 主介護者() キーパーソン()						
	家族以外の支援者: ☐ 無 ☐ 有()						
	緊急連絡先:氏名		住所		続柄		電話

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子(空欄に特記)
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	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無
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) (摂取量 割)
					水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用: ☐ 有 ☐ 無
更 衣	☐	☐	☐	☐	
入 浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限: ☐ 無 ☐ 有 【 ☐ 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 ☐ リハビリパンツ(☐ 常時 ☐ 夜間)
服薬管理	☐	☐	☐	☐	
認知症	☐ 無	☐ 有	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
理解力	問題: ☐ 無 ☐ 有 (特記事項:)				
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 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他())				
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻 ☐ 褥瘡 ☐ その他() 処置の対応方法 ☐ 家族 ☐ 訪問看護 ☐ その他()				
家族への介護指導	☐ 無 ☐ 有 ⇒ 理解状況 ☐ 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()				
禁忌事項 (禁忌動作含む)	☐ 無 ☐ 有 ⇒				

◎今後の治療等(治療内容・服薬・受診予定・退院後の注意点・リハビリ目標等)