

安芸圏域 入退院連絡手引き (Ver.4)

～ 在宅で安心した生活を送るために ～



令和7年3月改訂

室戸市 安芸市 東洋町
芸西村 中芸広域連合

目 次

1 はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・P1

2 共通事項・・・・・・・・・・・・・・・・P2・3

①目的

②対象者

③運用開始期間

④手引きを利用する関係機関

⑤運用に関する留意事項

3 入院時の連絡・情報共有・・・・・・・・P4～7

4 退院時の連絡・情報共有・・・・・・・・P8・9

5 入退院連絡フロー・・・・・・・・P10

関係機関一覧・・・・・・・・P11～13

参考様式1・・・・・・・・P14～15

入院時情報提供シート(介護支援専門員⇒医療機関)

参考様式2・・・・・・・・P16

退院時情報共有シート(医療機関⇒介護支援専門員)

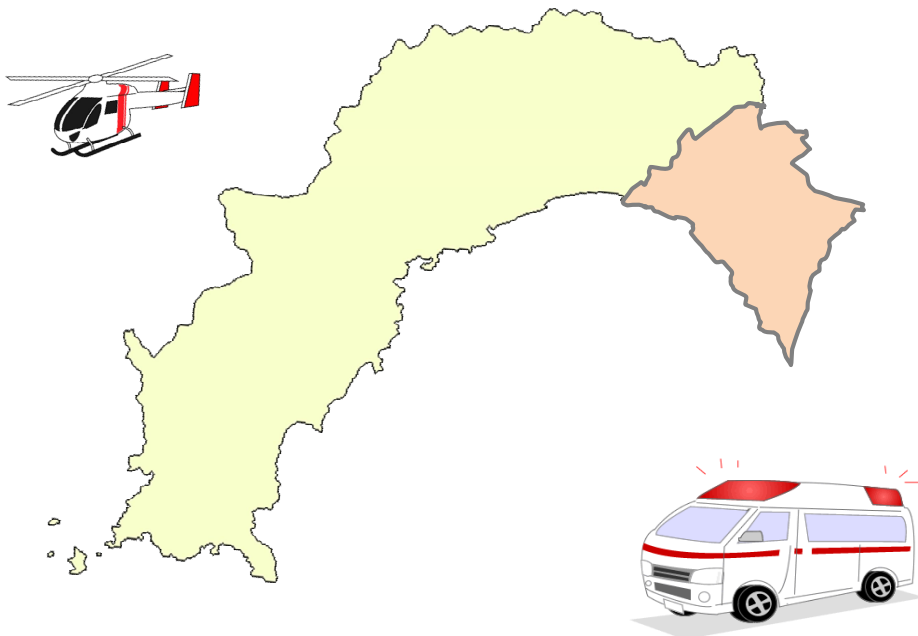


1 はじめに

安芸圏域では、管内9市町村と県が協働して、在宅医療・介護連携に向けて取り組みを進めてきました。

平成28年6月には、安芸圏域の介護支援専門員を対象に医療介護連携におけるアンケートを実施しました。アンケート結果から、介護支援専門員から病院へ入院時情報提供がなかった事例や、退院の際に病院から介護支援専門員に引継ぎの情報共有がなかった事例があるということがわかりました。また、退院時に病院と介護支援専門員の情報共有が十分でなかったために、必要な介護サービスをすぐ受けられず、本人・家族が困ったという事例もありました。

そこで、医療機関関係者、介護支援専門員、市町村、中芸広域連合が協議し、情報共有のための、入退院連絡の手引きを策定することとなりました。



2 共通事項

①目的

この手引きを安芸圏域全体で運用し、医療と介護を必要とする患者にかかわる医療関係機関(病院、診療所、介護老人保健施設)と在宅介護関係者(介護支援専門員、地域包括支援センター)が、互いに情報共有を行い、切れ目なく支える環境を整えることで、本人の状態を悪化させず、安心して在宅生活を送れることを目的とする。

②対象者

65歳以上または40～64歳の特定疾病対象者(下表参照)で下記のいずれかに該当する方

- ・入院前に介護保険サービスを利用していた方
- ・退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する方
- ・医療機関等担当者在宅への退院支援が必要と判断した方

(P5【3 入院時の連絡・情報共有】の②介護支援専門員が決まっていない場合を参照)

◆特定疾病(40～64歳での介護保険対象者)

- ① がん末期 ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症(ALS) ④後縦靱帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗鬆症 ⑥初老期における認知症 ⑦パーキンソン病関連疾患
- 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

③運用開始時期

平成30年4月1日

④手引きを利用する主な関係機関

安芸圏域の医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が対象になります。

(関係機関の一覧はP11～13に掲載しています。)

⑤運用に関する留意事項

- ・運用開始後は、関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行います。
- ・参考様式については、既存様式の使用を妨げるものではありません。
- ・安芸圏域入退院連絡手引きは、医療と介護の関係者が連携のために情報共有が行える仕組みづくりの方法を示したものであり、強制的な効力を持つものではありません。

手引きにある日数などは、目安と考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。



3 入院時の連絡・情報共有

介護を必要とする患者が、円滑に在宅生活に移行できるよう、介護支援専門員が担当している利用者（患者）が入院した事実を、速やかに把握し、医療機関と介護支援専門員で情報共有に努める。

【介護支援専門員】

利用者の入院に早く気づくために下記の工夫に努める

- ・日頃から、利用者や家族に入院が決まったら、介護支援専門員に連絡するよう依頼する。
- ・利用者、家族に面談時に説明し、医療保険証等に介護支援専門員の名刺を入れる。
- ・介護サービス事業者へ、利用者の入院に気づいたら、介護支援専門員に連絡するよう依頼する。

利用者の入院の連絡があった場合は、できるだけ入院後7日以内に情報提供を行う

- ・入院時情報提供書を提供する場合は、P11の連携医療機関・施設連絡先一覧に届ける。
その際は、できるだけ医療機関担当者に声をかけるよう努める。

【医療機関等担当者】

①入院前から介護支援専門員が決まっている場合

可能な限り、入院当日もしくは翌日に介護支援専門員に連絡する。

※休日の場合は営業日に連絡する。

介護支援専門員の確認方法は、下記を参照

- ・入院時の本人、家族へ聞き取りをする。
- ・医療保険証入れ等に介護支援専門員の名刺がないか確認する。
- ・安芸市『支え合いノート』を持っていないか確認する。
(住民が病院の受診時に持参するよう定着に向けた取組みを実施している段階です。)
- ・上記の方法で介護支援専門員が確認できない場合は、P6の相談窓口を確認する。

②介護支援専門員が決まっていない場合

下記の項目に該当する退院支援が必要な患者について連絡をする。

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症
- ・独居で退院後の生活に不安あり
- ・家族が介護困難で、介護協力が見込めない

1項目でも当てはまれば

室戸市・安芸市・芸西村

居宅介護支援事業所または、
地域包括支援センターへ連絡

東洋町・中芸広域連合

地域包括支援センターへ連絡

★②で介護保険申請が必要になった場合は、介護保険申請は、基本的には患者本人・家族が実施します。患者本人・家族が、申請を忘れている場合や、手続きが困難な場合は、申請の支援をお願いします。

◆相談窓口

市町村地域包括支援センター	電話番号
室戸市地域包括支援センター	0887-22-5158
安芸市地域包括支援センター	0887-32-0555
東洋町地域包括支援センター	0887-29-3186
芸西村地域包括支援センター	0887-33-2245
中芸広域連合地域包括支援センター	0887-32-1244



◆入院時に共有したい情報について

【入院に共有したい情報一覧】

* 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター ⇒ 医療機関等

	内容
本人に関すること	〈基本〉 ・患者氏名 ・生年月日 ・年齢 ・性別 ・住所 ・電話番号 ・経済状況(生活保護の有無) 〈介護認定等に関すること〉 ・要介護度 〈医療に関すること〉 ・在宅主治医(かかりつけ医) ・既往歴 ・入院に至った経緯 〈ADL〉＝自立・見守り・一部介助・全介助＝ ・移動方法 ・口腔清潔 ・食事 ・更衣 ・入浴 ・排泄 ・服薬管理 〈住まいの状況〉 ・一戸建て・集合住宅 〈療養上の問題〉＝無・有＝ ・介護上、特に支障になる点、注意すべき点 (例)・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 〈医療措置〉 ・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 ・じょくそう ・その他) 〈介護保険サービスの利用状況〉 ・利用サービスの種類 ・福祉用具貸与
家族に関すること	・家族構成 ・緊急連絡先 ・キーパーソン ・主介護者
その他	連携時に確認

4 退院時の連絡・情報共有

医療機関担当者が、退院予定時期をあらかじめ介護支援専門員に連絡することにより、介護支援専門員は、在宅での生活に向け準備を整えることが可能となります。

【医療機関等担当者】

①急性期病床の場合

- ・退院の目途が立ち次第、介護支援専門員に連絡をするよう努める。
- ・介護支援専門員と面談等で退院に向けての情報共有をする。
- 可能であれば、退院前カンファレンスを開催する。

②回復期・慢性期等の病床の場合

- ・退院見込み7日以上前に介護支援専門員に連絡をするよう努める。
- ・多職種(介護支援専門員を含む)カンファレンスを開催し情報共有をする。

【介護支援専門員】

- ・多職種カンファレンスに出席するよう努める。
- ・カンファレンスや面談で退院時に共有したい情報の項目を基に、情報収集を行う。
- ・医療機関訪問の際は、できるだけ事前に連絡をするよう努める。

◆退院時に共有したい情報について

【退院時に共有したい情報一覧】

※下線の項目は、参考様式2に入っていないので、参考様式を使用する場合は、口頭で確認をお願いします。

* 医療機関等 ⇒ 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

	内容
本人に関すること	〈基本情報に関すること〉 ・患者氏名 ・生年月日 ・年齢 ・性別 ・病院主治医 ・在宅主治医 ・面談日時 ・面談場所 ・面談者(氏名) ・病院の窓口 ・退院予定日 ・記載日 ・体重・血圧などの数値 ・入院前の生活歴 〈医療に関すること〉 ・入院理由(病名) ・合併症 ・病院からの病状内容の説明 ・本人・家族の「受け止め方」「今後の希望」 ・ADLの回復状況 〈ADL〉＝自立・見守り・一部介助・全介助＝ ・移動方法 ・口腔清潔 ・食事 ・更衣 ・入浴 ・排泄 ・服薬管理 ・排便状況 ・食事(とろみ剤の量・塩分制限・特記事項など) 〈療養上の問題〉＝無・有＝ ・介護上、特に支障になる点、注意すべき点 (例)・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 〈医療措置〉 ・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 ・じょくそう ・その他) 〈今後の治療〉 ・リハビリの目標 ・服薬内容 ・治療内容 ・受診予定日 ・退院時の注意点 〈感染症〉 ・HBV ・その他 ・HCV MRSA:保菌 発症(部位:痰・血液・尿・創部)
家族に関すること	〈家族への介護指導〉 ・有・無 有の場合、理解の状況 ・十分・不十分(問題点)
その他	連携時に確認

5 入退院連絡フロー



【患者】

【医療機関等】

【介護支援専門員】

入院



入院時アセスメント

※担当介護支援専門員の有無の確認



介護支援専門員がいる

◆ケアマネ確認

- ・本人、家族聞き取り
- ・医療保険証にある名刺
- ・市町村介護保険窓口

介護支援専門員がいない 未申請で退院支援必要な患者 (※P5を参照)

- ・居宅介護支援事業所か地域
包括支援センターに連絡

- ・患者・家族に介護保険申請
手続きの支援

居宅介護支援事業
所等決定後

包括等

退院前の連絡

※担当介護支援専門員へ連絡

退院前カンファレンス

※多職種カンファレンスへの介護支援専門員の参加について調整

P8「4 退院に向けた連絡・情報共有を参照」



退院時情報提供(介護支援専門員へ)

※各医療機関等の様式(サマリー等)

利用者が入院したことを把握



本人・家族に入院が決まっ
たら連絡するよう依頼、及
び説明した上で、名刺を医
療保険証に保管する

入院時情報提供書の提出

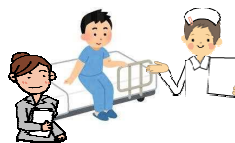
※医療機関等調整窓口へ提出



医療機関等訪問

(医療機関等調整窓口へ連絡の上)

※患者、担当看護師等と情報共有
※カンファレンスへの参加



ケアプラン作成

(医療機関等へ提供)

事業所等との連絡調整

退院調整期間

退院



(1) 参加医療機関、施設

医療機関名 施設名	連 絡 先			
		部署名又は担当者	TEL	FAX
医療法人愛生会 室戸中央病院	入院時	地域連携相談室	0887-23-3311	0887-24-2202
	退院時	同上	同上	同上
高知県立 あき総合病院	入院時	地域連携室	0887-34-3111	0887-35-8107
	退院時	同上	同上	同上
医療法人瑞風会 森澤病院	入院時	地域医療連携室	0887-34-1155	0887-34-1157
	退院時	同上	同上	同上
医療法人臼井会 田野病院	入院時	地域医療連携室	0887-38-7111	0887-38-3523
	退院時	同上	同上	同上
医療法人おくら会 芸西病院	入院時	医療相談室	0887-33-3833	0887-33-3407
	退院時	同上	同上	同上
(指定管理者: 医療法人愛生会) 室戸市立室戸診療所	入院時	地域連携相談室	0887-22-6608	0887-22-6612
	退院時	同上	同上	同上
医療法人緑風会 EASTマリクリニック	入院時	病棟	0887-34-0003	0887-37-9955
	退院時	同上	同上	同上
医療法人仁智会 はまうづ医院	入院時	(医事課) 受付	0887-38-2718	0887-38-3721
	退院時	病棟	同上	同上
芸西オルソクリニック	入院時	看護師長	0887-33-3503	0887-33-3504
	退院時	同上	同上	同上
介護老人保健施設 あさひ	入所時			
	退所時	相談室	0887-22-2200	0887-22-3371
介護老人保健施設 ヘルシーケアなはり	入所時			
	退所時	相談課	0887-38-5566	0887-38-5564
介護老人保健施設 リゾートヒルやわらぎ	入所時			
	退所時	やわらぎ相談室	0887-33-3720	0887-33-3687

(2) 参加居宅介護支援事業所

(R6.9.1現在)

市町村名	事業所名	郵便番号	住所	TEL	FAX
室戸市	居宅介護支援事業所あすなろ	781-6831	室戸市吉良川町乙2004-1	0887-25-3450	0887-25-3451
	居宅介護支援事業所 花みずき	781-7102	室戸市室津1775-8	0887-22-3001	0887-22-3010
	居宅介護支援事業所 あおい	781-7220	室戸市佐喜浜町3589-1	0887-98-7026	0887-27-3481
	居宅介護支援事業所りぼん	781-6741	室戸市羽根町甲880-1	0887-26-1041	0887-26-1041
	指定居宅介護支援事業所ゆい	781-7106	室戸市浮津三番町64	0887-98-7033	0887-98-7008
	居宅介護支援事業所 ゆうなぎ	781-7107	室戸市元甲2307-2	0887-23-1277	0887-23-1278
	ケアマネージャー事業所 奥郷	781-7107	室戸市元甲1076	0887-98-7037	0887-98-7018
安芸市	居宅介護支援事業所 EASTマリン	784-0001	安芸市矢ノ丸3-1-25	0887-34-0005	0887-34-0025
	在宅介護支援センター やながれ(休止中)	784-0033	安芸市赤野甲561-2	0887-34-3199	0887-35-4697
	在宅介護支援センターはまかぜ	784-0004	安芸市本町3丁目3番7号	0887-32-0100	0887-35-8549
	居宅介護支援事業所「うちはらの」	784-0044	安芸市川北乙1735	0887-32-0131	0887-32-0120
	西田順天堂居宅介護支援事業所東部	784-0022	安芸市庄之芝町3-3	0887-34-8515	0887-34-1346
	居宅介護支援事業所 てくてく	784-0043	安芸市川北甲1812-15	0887-35-8030	0887-35-8177
	東部ケアプランセンター 花	784-0042	安芸市土居1977-5	0887-35-7854	0887-35-7845
	居宅介護支援事業所 もりさわ	784-0006	安芸市日ノ出町7-33	0887-35-1911	0887-35-1901
	居宅介護支援事業所 とも	784-0045	安芸市伊尾木314	0887-37-9682	0887-37-9683
	居宅介護支援事業所ケアサポートあき	784-0005	安芸市港町2丁目635	0887-32-0250	0887-34-1652
	居宅介護支援事業所 優	784-0044	安芸市川北乙787-1	080-1992-5017	0887-37-9588
東洋町	龍馬ケアプランセンター	781-7412	安芸郡東洋町 大字河内字王子田353-1	0887-29-3303	0887-29-3151
奈半利町	ケアプランナー ハーネス	781-6402	安芸郡奈半利町乙3704-1	0887-38-7845	0887-38-7007
	ケアプランセンター てのひら	781-6402	安芸郡奈半利町乙440-1	0887-38-5020	0887-32-1919
芸西村	居宅介護支援事業所 洋寿	781-5704	安芸郡芸西村西分乙297	0887-32-2200	0887-32-2116
	支援事業所 みずき	781-5701	安芸郡芸西村和食甲4268	0887-33-3672	0887-33-3665
	居宅介護支援事業所 みみ	781-5701	安芸郡芸西村和食甲1518-1	0887-37-9258	0887-37-9248

(3) 参加小規模多機能型居宅介護

市町村名	事業所名	郵便番号	住所	TEL	FAX
室戸市	小規模多機能型居宅介護施設 あるて	781-6742	室戸市羽根町乙1137	0887-24-6888	0887-24-6887
	小規模多機能型居宅介護施設 絆	781-7107	室戸市元甲208	0887-23-1801	0887-23-1802
安芸市	小規模多機能型居宅介護事業所南風	784-0020	安芸市西浜2373	0887-32-0032	0887-32-0031
田野町	小規模多機能型居宅介護とごころ	781-6410	安芸郡田野町1915-1	0887-37-9531	0887-37-9532

(4)市町村等介護保険担当部署

市 町 村 名	部 署 名	郵便番号	住 所	T E L	F A X
室戸市	保健介護課 高齢者介護班	781-7109	室戸市領家87	0887-22-5155	0887-24-2287
安芸市	健康介護課 介護保険係	784-8501	安芸市土居82-1	0887-35-1003	0887-35-1555
東洋町	住民課	781-7414	安芸郡東洋町大字生見758-3	0887-29-3394	0887-29-3813
奈半利町	住民福祉課	781-6402	安芸郡奈半利町乙1659-1	0887-38-8181	0887-38-7788
田野町	住民福祉課	781-6410	安芸郡田野町1828-5	0887-38-2812	0887-38-2044
安田町	町民生活課	781-6421	安芸郡安田町大字安田1850	0887-38-6712	0887-38-6780
北川村	住民課	781-6441	安芸郡北川村野友甲1530	0887-32-1214	0887-32-1234
馬路村	健康福祉課	781-6201	安芸郡馬路村大字馬路443	0887-44-2112	0887-44-2779
芸西村	健康福祉課	781-5792	安芸郡芸西村和食甲1262	0887-33-2112	0887-33-4035
中芸広域連合	介護サービス課	781-6410	安芸郡田野町1456-41	0887-32-1165	0887-32-1195

(5)地域包括支援センター

市町村地域包括支援センター	郵便番号	住 所	T E L	F A X
室戸市地域包括支援センター	781-7109	室戸市領家87	0887-22-5158	0887-22-1346
安芸市地域包括支援センター	784-8501	安芸市土居82-1	0887-32-0555	0887-35-1555
東洋町地域包括支援センター	781-7414	安芸郡東洋町大字生見758-3	0887-29-3186	0887-24-3052
芸西村地域包括支援センター	781-5792	安芸郡芸西村和食甲1262	0887-33-2245	0887-33-4035
中芸広域連合介護サービス課 地域包括支援センター	781-6410	安芸郡田野町1456-41	0887-32-1244	0887-32-1195

入院時情報提供シート（介護支援専門員⇒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 主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	本人連絡先 自宅番号: 携帯番号:
	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: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	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 ☐ その他()	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)

介護保険サービス・その他のサービス等利用状況					
☐ 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:	☐ 無	☐ 有(利用頻度)	
☐ 小規模多機能	☐ 福祉用具貸与(内容:)				

☐ 配食 ☐ 安否確認 ☐ 緊急通報 ☐ 地域での参加

☐ その他()

キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等

--

IADL	できる	不完全	できない	特記
------	-----	-----	------	----

調理	☐	☐	☐	
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

掃除	☐	☐	☐	
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

洗濯	☐	☐	☐
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

買い物	☐	☐	☐	
-----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

金錢管理	☐	☐	☐	
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

生产安全	☐	☐	☐	
设备管理	☐	☐	☐	

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状況（特記あれば空欄に記入）	
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： ☐ 無 ☐ 有（ ）	
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：とろみ剤使用 ☐ 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（ ☐ とろみ付）	
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）

病院名

退院時情報共有シート（医療機関⇒介護支援専門員）

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()】										
面談日時	令和 年 月 日 () 午前・午後		時	分	～	時	分	場所			
面談者			病院の連絡窓口(所属)		()						
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(令和 年 月 日 ~ 令和 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: ☐ 無 ☐ 有()						
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						
	☐	☐	☐	☐							
	☐	☐	☐	☐	入浴の制限: ☐ 無 ☐ 有 (☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他()						
	☐	☐	☐	☐	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)

平成30年4月運用開始
令和4年3月一部改訂(Ver.2)
令和5年10月一部改訂(Ver.3)
令和7年3月一部改訂(Ver.4)