川薩地域入退院調整ルール

1 目的

患者さんが、「住み慣れた地域でその人らしい生活を最後まで」送ることができるよう、入院時から退院後の生活や療養まで円滑な支援をするために、医療と介護の連携を図ります。

<u>入退院支援がなかったために困ったことになった</u> 患者さんや家族を1例でもなくすために!

2 対象

- ①介護保険サービスを現在利用している患者
- ②介護保険サービスを利用をしていない患者で病院担当者が退院支援が必要(※3ページ 基準を参照)と思った患者
- 3 退院調整の手順について
 - ○患者が入院してきたら → 介護保険証を確認 (ケアマネジャーの有無を確認)

ケアマネジャーがいる場合

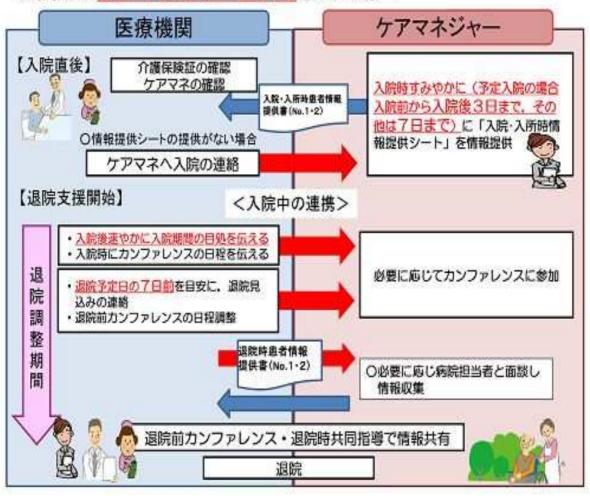
(1)入院時

- ①ケアマネジャー・地域包括支援センターは、入院時できるだけ速かに(予定入院の場合は入院前から入院後3日まで、それ以外は7日まで)に「入院・入所時患者情報提供書 No.1・2」により、病院の指定窓口に情報提供(FAX 又は持参)を行う。
- ②病院担当者は、「入院・入所時患者情報提供書 No.1・2」の提出がない場合、入院1週間を目処に担当ケアマネに連絡する。(入院日数を考慮し連絡する)

(2) 退院に向けて

- ①病院担当者は担当ケアマネに入院時カンファレンスの日程を伝え,ケアマネの 判断で参加する。また,必要に応じ退院に向けた中間カンファレンスを行う。
- ②病院担当者は担当ケアマネに入院後速やかに入院期間の目処を伝える。 また退院予定日の7日前ぐらいまでに退院見込みの連絡を行い,担当ケアマネと, 退院前カンファレンスの日程を調整する。
- ③病院担当者はカンファレンス前までに、担当ケアマネに「退院時患者情報提供書 No. $1 \cdot 2$ 」により情報提供する。(FAX 等)
- ④担当ケアマネは、必要に応じて病院担当者と面談し、情報を収集する。
- (3)「退院前カンファレンス」・「退院時共同指導」の実施

入院前にケアマネジャーがいる患者の場合



ケアマネジャーがいない場合

(1)入院後

①患者の病状が安定し、病院担当者等が基準※に基づき「退院支援が必要な患者」 と判断した場合、介護保険の申請について家族へ説明し、地域包括支援センター、 在宅介護支援センターへ相談へ行くよう説明する。

家族が相談に行けない場合は代行で地域包括支援センターへ連絡し,介護サービス利用に関する契約の支援を行う。

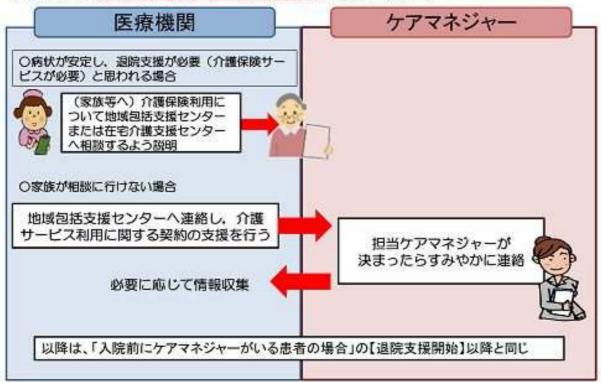
※退院支援が必要な患者の基準(介護保険申請の目安)

- 1. ADL (移動・移乗, 食事, 排泄, 清潔など) に支援が必要
- 2. IADL (調理, 掃除, 洗濯, 買い物など) に支援が必要
- 3. 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
- 4. ADL は自立でも、がん末期で介護保険サービス利用が必要
- 5. 新たな医療処置(経管栄養,吸引など)が追加された
- 6. その他患者の状況から判断して対象となると考えられる場合

②ケアマネジャーの決定

※以降の流れは、ケアマネジャーがいる場合の「(2) 退院に向けて」以降と同じ

入院前に<u>ケアマネジャーがいない</u>患者の場合



1 病	2 ケアマネと	の退院調整を	を担当する部署		3 入院前に担当	ケアマネが決ま [。]	っている場合		4 入院時に担当	当ケアマネが決ま	っていない場合	
病院名	住 所	①部署名	②電話番号	③FAX番号	①ケアマネからの 「入院・入所時患者 情報提供書」の持参 先	②ケアマネからの「入院・入所時患者情報提供書」の送付先 (FAX・メール・郵便の送付先)	③ケアマネに電話 連絡する部署(人)		⑤ケアマネに退院 日を連絡する部署 (人)	①家族に, 介護保 険について説明を する部署(人)	②ケアマネとの契 約について支援を する部署(人)	③契約後のケアマ ネと連絡を取る部 署(人)
卓翔会記念病院	薩摩川内市天辰町1512番 地1	医療連携相談室	0996-29-5900	0996-29-5910 メール: tmh_iryo- renkei@takushokai. or.jp	医療連携相談室	医療連携相談室 0996-29-5910 メール:tmh_iryo- renkei@takushokai.or.jp	医療連携相談室 (MSW)	医療連携相談室 (MSW)	医療連携相談室 (MSW)	医療連携相談室 (MSW)	医療連携相談室 (MSW)	医療連携相談室 (MSW)
上村病院	薩摩川内市東開聞町9-22	連携室	0996-23-3185	0996-22-8251	連携室	連携室 FAX:0996-22-8251	連携室	連携室	連携室	連携室	連携室	連携室
済生会川内病院	薩摩川内市原田町2-46	医療連携室	0996-22-8979	0996-22-8977	病棟	病棟	医療連携室	医療連携室	医療連携室	医療連携室	医療連携室	医療連携室
川内市医師会立市民病院	薩摩川内市永利町4107	地域医療連携室	0996-22-1111 (代表電話)	0996-20-5847 (地域医療連携 室)	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 (PFM)	地域医療連携室 (MSW)	地域医療連携室 (MSW)	地域医療連携室 (MSW)	地域医療連携室 (MSW)	地域医療連携室 (MSW)
高江記念病院	薩摩川内市永利町2504-1	地域医療連携室	0996-23-2100	0996-23-2211	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
新門リハビリテーションクリ ニック	薩摩川内市中郷1-7-6	病棟	0996-20-8222	0996-20-8225	病棟	病棟	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	病棟	病棟	病棟
伊達病院	薩摩川内市神田町4-25	地域連携室	0996-23-7171	0996-23-8155	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
若松記念病院	薩摩川内市神田町11-20	地域医療連携室	0996-23-3291	0996-23-6681	地域医療連携室	地域医療連携室 FAX:0996-23-6681	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
おやまクリニック	薩摩川内市上川内町3303	病棟	0996-22-1101	0996-22-1112	病棟	病院あて FAX:0996-22-1112	病棟(担当看護師)	病棟(担当看護師)	病棟(担当看護師)	病棟(担当看護師)	病棟(担当看護師)	病棟(担当看護師)
永井病院	薩摩川内市大小路町21-5	入退院支援室	0996-23-7178 (090-7468- 7009)	0996-23-7183	病棟看護師	病棟看護師	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室
森園病院	薩摩川内市大小路町19- 38	地域医療連携室	0996-23-3125	0996-23-6081	地域連携室	FAX:0996-23-6081 地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
稲津内科病院	薩摩郡さつま町宮之城屋 地1378	地域連携室	0996-52-3355	0996-53-3388	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
宮之城病院	薩摩郡さつま町舟木34	相談室(PSW)	0996-53-0180	0996-53-0902	相談室	相談室	相談室(PSW)	相談室(PSW)	相談室(PSW)	相談室(PSW)	相談室(PSW)	相談室(PSW)
クオラリハビリテーション病 院	薩摩郡さつま町舟木2311- 6	地域医療連携室	0996-53-3811	0996-52-1112	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 (MSW·NS)	地域医療連携室 (MSW·NS)	地域医療連携室 (MSW·NS)	地域医療連携室 (MSW·NS)	地域医療連携室 (MSW·NS)	地域医療連携室 (MSW·NS)
薩摩郡医師会病院	薩摩郡さつま町轟町510	地域連携室	0996-53-0326	0996-52-1609	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室

居宅介護支援事業所一覧

(R6.9月現在)

,但 1 7 晚天 波子 不// 免			(110:07] 列 江 /				
事業所名	郵便番号	住所	電話	FAX番号			
在宅介護支援センターはまかぜ園	899-1801	薩摩川内市西方町3111	0996-28-1031	0996-28-1366			
介護サービスセンター水引 居宅介護支援事業所てるてる	899-1925	薩摩川内市網津町4915-1	0996-31-2884	0996-31-2887			
居宅介護支援事業所 笑ふる(えみふる)	899-1921	薩摩川内市水引町3415-3	0996-26-3220	0996-41-3075			
在宅介護支援センター福和園	895-0061	薩摩川内市御陵下町29-50	0996-20-1037	0996-25-1195			
介護相談所とうみ	895-0066	薩摩川内市五代町7165-2	0996-21-1818	0996-26-0201			
可愛会居宅介護支援事業所	895-0065	薩摩川内市宮内町2641	0996-27-6280	0996-27-0280			
ケアネット徳洲会鹿児島川内ケアプランセンター	895-0065	薩摩川内市宮内町2026-2	0996-22-2002	0996-22-3228			
あおぞら	895-0064	薩摩川内市花木町14-25	0996-22-5853	0996-22-4908			
川内市医師会居宅介護支援事業所	895-0076	薩摩川内市大小路町70-26	0996-23-3311	0996-23-3680			
在宅介護支援センター長生園	895-0076	薩摩川内市大小路町51-3	0996-21-1250	0996-21-1264			
森園病院	895-0076	薩摩川内市大小路町19-38	0996-27-1377	0996-23-6081			
済生会居宅介護支援事業所せんだい	895-0074	薩摩川内市原田町2-46	0996-25-5600	0996-25-5601			
コープ介護支援センター川内	895-0072	薩摩川内市中郷一丁目10-24	0996-22-8023	0996-22-8130			
新門整形外科居宅介護支援事業所	895-0072	薩摩川内市中郷一丁目8-17	0996-29-5663	0996-29-5664			
在宅介護支援センターわかまつ園	895-0131	薩摩川内市高江町1653-1	0996-25-2690	0996-25-2368			
居宅介護支援事業所 美里園	895-0056	薩摩川内市宮里町397-1	0996-21-1234	0996-22-8838			
在宅介護支援センターあじさい	895-0023	薩摩川内市横馬場町6-15	0996-25-2225	0996-22-7769			
居宅介護支援事業所 薩摩川内	895-0006	薩摩川内市田崎町630-3	0996-21-1516	0996-21-1501			
在宅介護支援センター幸せの里	895-0005	薩摩川内市永利町4311-5	0996-27-1120	0996-27-2499			
居宅介護支援事業所ピア	895-0005	薩摩川内市永利町1036-1	0996-20-7848	0996-20-7966			
介護相談センター 大海	895-0013	薩摩川内市宮崎町2996-1	0996-20-1563	0996-20-1231			
在宅介護支援センター白寿園	895-0042	薩摩川内市中福良町2827-1	0996-26-1880	0996-26-1881			
居宅介護支援事業所やしの実	895-0031	薩摩川内市勝目町4174-1	0996-25-8155	0996-25-8416			
卓翔会記念病院	895-1203	薩摩川内市天辰町1512番地1	0996-29-5900	0996-29-5910			
松清園居宅介護支援事業所	895-1402	薩摩川内市入来町浦之名790-1	0996-44-5088	0996-44-5388			
とうごう苑在宅介護支援センター	895-1106	薩摩川内市東郷町斧渕2501	0996-42-2102	0996-42-2105			
のぞみ園在宅介護支援センター居宅介護支援事業所	895-1502	薩摩川内市祁答院町藺牟田2153-1	0996-56-0332	0996-56-0356			
居宅介護支援事業所おおむら園	895-1503	薩摩川内市祁答院町上手500-7	0996-55-1177	0996-55-0321			
甑島居宅介護支援事業所	896-1301	薩摩川内市鹿島町藺牟田1443-1	09969-6-4601	09969-6-4482			
グレースホーム居宅介護支援事業所	895-1106	薩摩川内市東郷町斧渕8920	0996-21-6312	0996-21-6313			
居宅介護支援事業所大笑い	895-0012	薩摩川内市平佐町1872	0996-23-2811	0996-29-5311			

事業所名	郵便番号	住所	電話	FAX番号
介護相談所 つなぐ手	895-0021	薩摩川内市向田本町13-6	0996-29-4033	0996-24-0065
若松記念病院居宅支援事業所	895-0052	薩摩川内市神田町11-20	0996-23-3291	0996-23-6681
パラディーノ ほたるの里	895-2104	薩摩郡さつま町柏原493-5	0996-53-1008	0996-53-1007
介護相談所 クオラさつま	895-1804	薩摩郡さつま町舟木2311-6	0996-52-3814	0996-52-3891
アルテンハイム鶴宮園居宅介護支援センター	895-2103	薩摩郡さつま町紫尾4088-1	0996-59-8081	0996-59-8082
居宅介護支援事業所 さつま園	895-2201	薩摩郡さつま町求名13341-1	0996-57-0087	0996-57-1994
稲津内科病院居宅介護支援事業所	895-1803	薩摩郡さつま町宮之城屋地1378	0996-52-3355	0996-52-0126
居宅介護支援事業所ツナグ	895-1803	薩摩郡さつま町宮之城屋地2818	0996-52-1622	0996-52-1622

地域包括支援センター一覧

施設等名称	郵便番号	住所	電話	FAX番号
薩摩川内市地域包括支援センター	895-0005	薩摩川内市永利町4107番地1	0996-24-3331	0996-24-3332
さつま町地域包括支援センター	895-1803	薩摩郡さつま町宮之城屋地2030	0996-52-4690	0996-52-4691

1. 基本情報		記入日: 年 月	日											
氏名	(フリガナ)	年齢 オ 性別 男・女												
		生年月日 年 月	日											
住所		電話番号												
圧力		障害高齢者の 認知症高齢者の 日常生活自立度 日常生活自立度												
入院時の	□ 要支援 () □ 要介護 () 申請中												
要介護度	認定日 年 月 日 有効期間	年 月 日~ 年 月	日											
		□ 訪問看護 (/週)												
サ ー ビス 利用状況	□ 通所介護(/週) □ 通所リハ(2/週)	口 短期入所												
利用私观	- □ 福祉用具 (シャワーチェアー) □ 給食	ほ □ その他 ()												
	□ 一戸建て (□ 持ち家 □ 借家 □ 集合住宅	E(階居住) エレベーター 口 無 口 有	 ī											
※可能ならば	□ 段差 (□ 室内 □ 玄関) □ その他 ()													
┃写真などを添付	□ 手すり (□ 廊下 □ トイレ □ 浴室)													
社会資源	□ 特定疾患() □ 障害者手帳	(種 級) 🗆 重心医療助成												
左会かじの種類	□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 共済年金	□ 障害年金												
年金などの種類	□ 生活保護(担当者:) □ その他)											
キーパーソン	氏名	家族構成												
(代理決定者)	続柄 年齢()才													
	電話番号 □ 主介護者がいる □ 主介護者がいない													
	氏名() () () () () () () () () ()													
介護力	続柄() 年齢()才 □ 主介護者をサポートできる人がいる													
	氏名() 続柄()													
	□ 主介護者をサポートできる人がいない													
+ L O # 7 E	- 1 上が設日と / バート CC の / バッ V なV													
本人の生活歴 (職業歴含む)														
楽しみ 過ごし方														
嗜好	喫煙 □ 無 □ 有 (本/日)	飲酒 🗆 無 🗆 有 (合/日)												
2. 本人・家族の	意向													
入院前の 本人の意向														
入院前の 家族の意向 (特に生活について)														
3. 医療情報														
既往歴														
入院歴	□ 頻度は高い/繰り返している □ 頻度は低いか	「、これまでにもある 口 今回が初めて												
	□ 酸素療法 □ 喀痰吸引 □ 経鼻胃管	□ 胃瘻・腸瘻 □ 創傷処置 □ 褥瘡処	置											
医療管理	- □ 尿道カテーテル □ 腎瘻・膀胱瘻 □ 尿路ストーマ	□ 消化管ストーマ □ 透析												
□無	□ 点滴 □ C·Vポート □ 気管切開	□ 人工呼吸器 □ ペースメーカー												
	- - □ 排便コントロール □ 疼痛コントロール □ 血制	雪コントロール □ 自己注射()											
	□ その他 ()											
かかりつけ 医療機関名		電話番号												
L 4. その他(気に	なること等)	'												
居宅介護支援	写業所名	電話番号												
担当ケアマネジャー		FAX番号												
1	\- ···· /	· / · · · · · · ·												

患者氏名:

項目		入院前の状況	支援内容
		□ 不可 □ 会話 □ 筆談 □ ジェスチャー □ その他	
	室内移動	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 手を貸してもらうなど一部介助を要す □ 全介助	
	移動 手段	□ # □ 装具 □ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子 □ その他	
② 基	屋外移動	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 手を貸してもらうなど一部介助を要す □ 全介助	
本動作	移動手段	□ 無 □ 装具 □ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子 □ その他	
	起居動作	□ 自立 □ 全介助 □ 全介助 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を	
	座位 保持	□ 自立□ 支えがあれば可能□ ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を	
	食事 動作	□ 自立□ 時間がかかっても介助なしで可能□ おかずを刻むなどの一部介助を要す□ 全介助	
③ 食		()回/1日 ・朝()時頃・昼()時頃)・夕()時頃 □ 普通 □ きざみ □ 嚥下障害食	
事	形態	□ミキサー	
		□ 無 □ 有 □ スプーン □ フォーク □ 特殊等 □ 変形スプーン □ 変形皿	
4		□ 無 □ 有	
内服	服薬	□ 自己管理 □ 他者による管理() □ 処方通り服用 □ 時々飲み忘れあり	
	状況	□ 飲み忘れが多い □ 自立 □ 全介助	
	排泄 動作 	□ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 便座に座らせてもらう、ズボンを下げるなど、一部介助を要する	
⑤ 排 泄	日中	□ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ オムツ □ テープタイプ □ パンツタイプ □ 自己導尿 □ 尿取りパット □ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器	
	夜間	□ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ オムツ □ テープタイプ □ パンツタイプ □ 自己導尿 □ 尿取りパット	
	入浴 動作	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 体を洗ってもらうなど一部介助を要する □ 全介助	
 	入浴 方法	□ 特殊浴 □ 介助浴 □ 清拭 □ シャワー浴 □ 一般浴(個浴) □ 行わず □ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能	
整容	洗面 整髪	□ 顔を洗ってもらうなど一部介助を要する □ 全介助 □ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能	
谷	髭剃り	□ 櫛を握らせてもらうなど一部介助を要する □ 全介助 □ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 髭剃りを握らせてもらうなど一部介助を要する □ 全介助	
7	ロ腔 ケア	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 歯磨き粉をつけるなど一部介助を要する □ 全介助	
腔管	義歯 義歯	□無□有:□上□下□部分□総義歯	
理	世祖 管理)更衣	□ 自立 □ 介助 □ 時間がかかっても介助なしで可能	
	睡眠状態	□ 袖を通してもらうなど一部介助を要する □ 全介助 □ 良好 □ 不良	
9 睡	睡眠時間		
眠	眠剤使用 いびき等		
	1 . O.C.4		

1. 基本情報		記入日: <mark>2018</mark> 年 8 月 1 <u>0</u>	日				
氏名	(フリガナ) まるまる まるまる	年齢 73 才 性別 男・女					
, Na	00 00	生年月日 1945 年 9 月 4	H				
住所	鹿児島県薩摩郡さつま町船木2315番地1	電話番号 0996-90-1111					
12.771	電話番号	障害高齢者の A2 認知症高齢者の 日常生活自立度 日常生活自立度 日常生活自立度 日常生活自立度 日常生活自立度 日常生活自立度	I				
入院時の	□ 要支援 () ■ 要介護 (1) 申請中					
要介護度	認定日 2018 年 4 月 20 日 有効期間 20	18 年 5月 1日~ 2019 年 4月 30	D 日				
サービス	□ 訪問介護 (/週) □ 訪問リハ(/週)	□ 訪問看護 (/週)					
利用状況	□ 通所介護(/週) ■ 通所リハ(<mark>2</mark> /週)	□ 短期入所					
	■ 福祉用具 (シャワーチェアー) □ 給食						
住環境 ※可能ならば	│ ■ 一戸建て (■ 持ち家 □ 借家 □ 集合住宅 │ │ ■ 段差 (□ 室内 ■ 玄関) □ その他 ((階居住) エレベーター ■ 無 □ 有)					
写真などを添付	■ 校差 (□ 至内 ■ 幺寅/ □ ての他 (■ 手すり (□ 廊下 ■ トイレ □ 浴室)	,					
 社会資源		(種 級) □ 重心医療助成					
	■ 国民年金 ■ 厚生年金 □ 共済年金						
年金などの種類	□ 生活保護(担当者:) □ その他)				
キーパーソン	氏名 〇〇 〇〇	家族構成					
(代理決定者)	続柄 夫 年齢(<mark>72</mark>)才						
	電話番号 0996-90-1111 ■ 主介護者がいる □ 主介護者がいない						
	氏名(○○ ○○)	2八春90					
	続柄(夫) 年齢(72)才						
介護力	■ 主介護者をサポートできる人がいる	45歳 43歳 40歳 43歳					
	氏名(🛆 🛆 🗘) 続柄(長女)	東京 福岡 すさつま町					
	□ 主介護者をサポートできる人がいない	16歳 12歳					
本人の生活歴 (職業歴含む)	高校卒業後、町役場に就職。職種は事務職。同じ職場の同僚とえ、主婦業を行いながら、地域の婦人会、現在は老人会でボラン畑で家族が食べる分の野菜を家庭栽培していた。						
楽しみ 過ごし方	庭での花の手入れが何より楽しい。老人会で友人と話したり、旅 が嬉しいので、ボランティア活動もやりがいがある。	行に出かけることが楽しみ。生まれ育った地域に役立てる	らこと				
<u> </u>	喫煙 ■ 無 □ 有 (本/日)	飲酒 ■ 無 □ 有 (本/日)					
2. 本人・家族の							
入院前の 本人の意向	地域への参加も楽しみにしているが、今後は子育ても終わったのら、老人会への参加が以前より少なくなったので、何か人に役に		てか				
入院前の	介護にはそこまで困っていないが、入浴に困っていて通所リハビ						
家族の意向 (特に生活について)	ようにできなくなったので、通所リハビリで友人をつくって話ができ 分の楽しみを持ってほしい。	fにら良いと思っている。また自分達は右いと思っている <i>の</i>	び日				
3. 医療情報							
既往歴	平成27年4月(70歳) アテローム血栓性脳梗塞にて〇〇病院へ ルまで改善し平成30年8月に自宅へ退院。 65歳頃より糖尿病を 療が主。						
入院歴	□ 頻度は高い/繰り返している ■ 頻度は低いが	、これまでにもある 口 今回が初めて					
	□ 酸素療法 □ 喀痰吸引 □ 経鼻胃管	□ 胃瘻·腸瘻 □ 創傷処置 □ 褥瘡処體	置				
医療管理	□ 尿道カテーテル □ 腎瘻・膀胱瘻 □ 尿路ストーマ	□ 消化管ストーマ □ 透析					
口無	□ 点滴 □ C・Vポート □ 気管切開	□ 人工呼吸器 □ ペースメーカー					
		コントロール 口 自己注射()				
	□ その他 (○○クリニック(糖尿病)	0996-12-3456)				
かかりつけ							
医療機関名		電話番号					
 4. その他(気に							
		L New years to be					
今回脳梗塞の再	発なので、入院前のように自分のことができなくなるのではないか	と心配しています。					

日以上ママナゲル /フリギム) 万十二 サフ / 万十二 ハナー)	
担当ケアマネジャー(フリガナ) <mark>クオラ 花子 (クオラ ハナコ)</mark> FAX番号 1234-56-7800	

患者氏名: 〇〇 〇〇

項目		入院前の状況	支援内容
①意	思疎通	□ 不可 ■ 会話 □ 筆談 □ ジェスチャー □ その他	
	室内移動移動	■ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 手を貸してもらうなど一部介助を要す □ 全介助 □ 無 □ 装具 ■ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子 □ その他	②屋外は舗装されていない道はゆっくりと歩く ため時間はかかるが主として杖歩行で移動が 可能。
2基本動作	屋外 移動 移動	□ 自立 ■ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 手を貸してもらうなど一部介助を要す □ 全介助 □ 無 □ 装具 ■ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子 □ その他	
	起居動作	■ 自立 □ 全介助 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を	
	座位 保持	■ 自立 □ 全介助 □ 支えがあれば可能 □ ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を	
	食事動作	■ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ おかずを刻むなどの一部介助を要す □ 全介助	
③ 食 事	食事	(3)回/1日 •朝(7)時頃・昼(12)時頃)・夕(19)時頃 ■ 普通 □ きざみ □ 嚥下障害食 □ ミキサー	
	とろみ 食器	■ 無 □ 有 ■ 箸 □ スプーン □ フォーク □ 特殊箸 □ 変形スプーン □ 変形皿	
	内服薬	□ 無 ■ 有	④1回目の脳梗塞後より内服は1包化にて自己
4 内 服	服薬	■ 自己管理 □ 他者による管理() ■ 処方通り服用 □ 時々飲み忘れあり □ 飲み忘れが多い	管理しており、袋の開封可能。
	排泄動作	■ 自立 □ 全介助 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 便座に座らせてもらう、ズボンを下げるなど、一部介助を要する	⑤トイレ内はL字型の手すりを設置しており、手 すりを使用しながら下衣操作は自己にて可能。
排泄	日中	 ► トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ オムツ □ テープタイプ □ 自己導尿 □ 尿取りパット ■ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 	
		 ► トイレ □ ポータブルトイレ □ ホムツ □ ロープタイプ □ 自己導尿 □ 尿取りパット □ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 	 ⑥自宅での入浴は介護者である夫の不安もあ
⑥ 清	動作 入浴	■ 体を洗ってもらうなど一部介助を要する □ 全介助 □ 特殊浴 ■ 介助浴 □ 清拭 □ シャワー浴 □ 一一一日 □ 一日 □ 一日 □ 一日 □ □ □ □ □ □ □ □ □	
潔整	洗面	■ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 顔を洗ってもらうなど一部介助を要する □ 全介助	
容	整髪 髭剃り	□ 櫛を握らせてもらうなど一部介助を要する □ 全介助 □ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能	
⑦ □		□ 髭剃りを握らせてもらうなど一部介助を要する □ 全介助 ■ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 歯磨き粉をつけるなど一部介助を要する □ 全介助	
腔管理	義歯 義歯 管理	■ 無 □ 有 : □ 上 □ 下 □ 部分 □ 総義歯 □ 自立 □ 介助	
8	更衣	■ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 袖を通してもらうなど一部介助を要する □ 全介助	
9	睡眠状態	■ 良好 □ 不良 23 時 ~ 6 時	
睡眠	眠剤使用 いびき等		

退院時患者情報提供書の記載について

I.「退院後の課題」について

- 1. 身体面、精神面、社会面、環境面について、課題が無い場合は□無を■にする。
- 2. 各課題については、課題となるものだけに■をつけ、そのことについて何が課題なのかを右欄「内容」に記載する。

例)

- 1) 医療管理について
 - 「3. 医療情報」の■医療管理 ■血糖コントロールの場合でも、特に問題がなければ、「4. 退院後の課題」の □身体面 □医療管理 □血糖 はチェックしない。
- 2) ADL支援について

「入院時患者情報提供書 No.2」の②基本動作③食事④内容⑤排泄⑥清潔・整容⑦更衣に関して支援内容があったとしても、サービスや介助者により、支援がスムーズに行われていれば、「4. 退院後の課題」 □身体面 □ADL支援 はチェックしない。

Ⅱ. 「退院時患者情報提供書 No.2」について

- 1. 退院時の状況を記載後、入院前から変化した項目を■にする。 また、その項目については、改善の可能性について有無のいずれかを■にする。
- 2. 支援内容については、①~⑧の番号に続き、内容を記載する。
- 3. 支援内容の欄はフリースペースにしてあるが、読みやすいように項目の近くに記載する。

退院時患者情報提供書 No.1

1 基本	情報												Ē	3人日:		年		月		日
	正夕		(フリカ	b゛ナ)							3	年齢		才		性兒	il i	男	• :	女
	氏名										生生	年月日			年	Ξ	月			日
	住所											パーソン !決定者)	氏名:					電	話番号	를
7	電話番号										障害	高齢者の 活自立度					高齢者の			
退院問		□ 要	 支援	()	□ 要介記	穫	()				障害者	手帳 :			活自立度 種	_	級)	□ 無
要介語				□申請				、 変更中	•		社会	会資源	その他				,		1,000)
有効其	朋間		年	月		∃~			月	日		宅介護 事業所								
2 本人	スプステネパ 2. 本人・家族の意向																			
	25.41.	2 16A 1-9				#	寅気 • [障害▪後遺	貴症								¥	気名の 哲	知	
						<u> </u>											 有			無
医師	医師の説明																		_	7115
	1															内台	告:			
頻病け	本人	ᄾ																		
気とのめ	家族	存																		
方																				
退に院関	本人	ᄾ																		
後すのる	=+	_																		
生意 活向	家族)																		
3. 医療	情報																			
感	染症	[] 有	()		アレル	ルギー		有()						無
入院原		ŧ.								入院期	間		年	月	E] ~	年		月	日
																	Τ			
治療	寮経過															既 往				
																歴				
機能	 作障害			欠損 □								高次脳機	能障害		知的)] その	他	
	病状の) 1911.)医漿機區	関からの見立:	€■見	(今後の見退	胆し、思	変の可能性	E、合併症	、柄状の進	行状況。	(2)								
7個	҈・予測						Arte n	理状況				h sh			Arte TO	ם על אווי			-th r	***
] 酸素	<u>内容</u> 療法		口 本人		家族 🗆	その他	. -		内容 膀胱瘻		口 本人		2状況 ⋜族 □	その他	+-	内2 気管が	
医组	管理		」 喀痰 」 経鼻			口 本人口 本人		家族 □			尿路ス	トーマ ラストーマ		□ 本人□ 本人	-		その他 その他		人工吗	乎吸器
运统	官理		」 程男			□ 本人						シトロー、	i				その他		点面 CV・ポ	∜− ⊦
			創傷褥瘡			口 本人口 本人						iントロー。 iントロー。					その他		透析	スメーカー
				元直 [カテ ー テル		口 本人					自己注						その他 その他		,	\
			□ その	他		()		その他	1	()			
4.退院後	他の課題	B.			課題										 	容				
] 医療	管理	□ ;	疼痛 □														
自	体面	_] ADL	士 + 平		血糖 □ 基本動作														
_ ~			J ADL	-又仮				段争 □ □腔管理												
	<i>,</i>		コリハヒ	ごリの継続		E-10"				210										
			□ その	他																
精	神面] ==::	ュニケーショ	ン支援	ž		疾病•障害	受容支	援										
				症状コント	ロール			その他												
社	会面		IAD	L支援				就労支援												
	_ f	*** C] 社会	参加支援				その他												
環	境面			用具等管理				住宅環境												
				スケジュ ー 間の関係性				介護力 その他												
5. 退院	後通院		」水肤	川川人へに			<u> </u>	~ - / IC												
			」 当院	}		当院以外0)医療	機関	()				無
退院征	退院後通院先			 受診日		 月	日 j	退院処方		 □ 有	(日分)		無		→ 通院σ)予定		有
	医療機	関名									電記	話番号								

記入者(フリガナ)

FAX番号

退院時患者情報提供書 No.2

患者氏名:

,	項目	退院時の状況	入院前 から変化 した項目	改善の 可能性	支援内容
1	意思疎通	□ 不可 □ 会話 □ 筆談 □ ジェスチャー □ その他		□有□無	
	室移 動手段	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 手を貸してもらうなど一部介助を要す □ 全介助 □ 無 □ 装具 □ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子 □ その他		口有	
② 基本 動作	屋外 移動 移動 手段	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 手を貸してもらうなど一部介助を要す □ 全介助 □ 無 □ 装具 □ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子 □ その他		日 有	
TF	起居動作	□ 自立 □ 全介助 □ 全介助 □ 全介助 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を要する		口有口無	
	座位 保持	□ 自立 □ 全介助 □ 全介助 □ 支えがあれば可能 □ ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を要する		口有口無	
③ 食 事	食動作 食形 とろみ			□有□無□	
	食器	□ 箸 □ スプーン □ フォーク □ 特殊箸 □ 変形スプーン □ 変形皿			
④ 内 服	内服薬 管理 服薬 状況	□ 無 □ 有 □ 自己管理 □ 他者による管理() □ 処方通り服用 □ 時々飲み忘れあり □ 飲み忘れが多い		□有□無	
5 排泄	排泄動作品中	□ 自立 □ 全介助 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 便座に座らせてもらう、ズボンを下げるなど、一部介助を要する □ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ オムツ □ テープタイプ □ パンツタイプ □ 自己導尿 □ 尿取りパット □ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ オムツ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ オムツ □ ポータブルトイレ □ 尿器		口 有	
6	入浴 動作 入浴 方法	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 体を洗ってもらうなど一部介助を要する □ 全介助 □ 特殊浴 □ 介助浴 □ 清拭		口 有	
清潔	洗面	□ シャワー浴 □ 一般浴(個浴) □ 行わず □ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 顔を洗ってもらうなど一部介助を要する □ 全介助		日有日無	
整 容	整髪	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 櫛を握らせてもらうなど一部介助を要する □ 全介助		口有口無	
	髭剃り	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 髭剃りを握らせてもらうなど一部介助を要する □ 全介助		口 有口無	
7	ロ腔 ケア	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 歯磨き粉をつけるなど一部介助を要する □ 全介助		口 有口 無	
腔管理	義歯 	□ 無 □ 有 : □ 上 □ 下 □ 部分 □ 総義歯 □ 自立 □ 介助		口 有	
(8	更衣	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 袖を通してもらうなど一部介助を要する □ 全介助		口 有口無	
9 睡眠	睡眠状態 睡眠時間 眠剤使用 いびき等	□ 良好 □ 不良 () 時 ~ () 時 □ 無 □ 有 (□ 定期 □ 頓服)		口 有	

記載例

退院時患者情報提供書 No.1

1. 基本	情報								記入日:	2018 年	10 月	12 日
	氏名		(フリカ	ı*†)	まるまる まる	るまる		年齢	74 才	性》	別	男 女
	八石				00 0	0		生年月日	1945	年	9 月	4 目
	住所			鹿児島	県薩摩郡さつま町	J船木2315番地1		キーパーソン (代理決定者)	氏名: □□ □□ 続柄: 長女			電話番号 0996-10-0000
e e	電話番号	를			0996-90-	-1111		障害高齢者の 日常生活自立度	B1		定高齢者の 生活自立度	II a
退院時 要介護		□ 要支	援	(申請中) ■ 要介護 □ 区分	(<mark>3</mark>) 3)		社会資源	障害者手帳 : ■ その他 : (-	3 種	級)□ 無
有効其	別間	2018	年	10 月	1 日~ 2019	年 9月	30 日	居宅介護 支援事業所				
2. 本人·	·家族の	意向							ı			
					病	気・障害・後遺症					病名	の告知
医師	の説明								きが悪くなっています。リル 椅子自立レベルです。] 有 名:	□ 無
受 病け 気と	本人	またい。	:脳梗	塞が起きてし	まった。前に1回服	脳梗塞をした時は	生活にそ	こまで困らなかった	たけど、今回は元の生活	に戻れるか	心配。早く家に	帚れる様にして欲し
ヌと のめ 方	家加	今回	今回は前よりひどいようだ。車椅子かもしれないと医師は言ってたけど、どのような状態になるのかイメージができない。元のようになれればいいが・・・。									
退 院関 後す	本人	本人できれば杖でもいいので歩けるようになりたい。夫には迷惑をかけたくない。外に出かけることができたら良い。										
のる 生意 活向 に	家加								ニ旅行ができたらと話して 入浴だけはサービスを使			
3. 医療	情報											
感	染症		有	()	アレルギー		有	()		無無
入院原	原因疾患	トアテ	·D—1	5.血栓性脳根	塞(再発)		入院期	間 2018	年 8月 8	日~	2018 年	12 月 12 日
	療経過 作障害				- 痺 □ 認知機能 立て・意見(今後の		認知症	□_ 高次脳機能 合併症、病状の進		既 往 歴	<u> </u>	口 その他
	·病状の ・予測	退防も以	語の	時点で糖尿症 り低下している	病コントロール良好 るので活動範囲が	チだが、高脂血症 ヾ狭くなり、筋力が	もあり食乳 低下してして	■療法や内服が確	実に行えないと糖尿病が ます。再発予防目的で栄養	・悪化、再札 と管理や内	更塞を起こすリス 7服管理、自宅で	クがあります。運動量 できる簡単なリハビリ
	原管理 □ \$	# 000	酸 喀 経 胃 創 續	吸引 胃管 · 腸瘻 処置 カテ ー テル	本人 □	管理状況 家族 □ その作家族 □ その作家族 □ その作家族 □ その作家族 □ ここの作家族 □ ここの作家		内容 腎瘻・膀胱瘻 尿路ストーマ 消化管ストーマ 排便コントロール 疼痛コントロール 自己注射 その他	□ 本人 □ □ 本人 □	家族 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	その他 その他 その他 その他 その他 その他	内容 □ 気管切開 □ 人工呼吸器 □ 点滴 □ CV・ポート □ 透析 □ ペースメーカー
4.退院後	をの課題			==	 段題			ı		内容		
身	体面 口 纬	# -		管理 [.支援 [.支援 [ごリの継続		▶□ 水分 □ 1	食事 □ 清潔	体重64kg(身長1	よ3kg減少みられているか 56cm) だが目標体重を60 好きで間食の習慣があっ	、まだ退防 kgとしてい	る。	
	神面		そのコミニ	<u>他</u> Lニケーション		疾病•障害受容	 支援		前の脳梗塞の時より麻痺			
	···			症状コントロ		その他			舌できるように話相手とな ごはないため、精神的フォ			たが、受容が完全に
社	会面			_支援		就労支援		今回調理が困難	て、洗濯や掃除などは非服となったため、昼食は給1	食サービス	を利用し、朝夕は	は夫が調理をするよう
,				参加支援		その他		になるため、調理 外出が可能だが ランティアへの参	B状況や困りごとがないか 、買い物などの外出の移 ∶加意欲はあるが、車椅子	を確認して 動手段は では自分	ていく必要がある 夫の運転する車が で地域への参加。	。近隣は車椅子での が主となる。また、ボ が自由にできずに、
環	境面口類		福祉生活	デルスな 用具等管理 スケジュール 間の関係性	,	住宅環境 介護力 その他		夫は献身的で妻	ることが予測されるため、 の介護に積極的だが、介 に住む長女との関わりを担	護の負担	が一人にかかりi	
5. 退院	後通院:	_	- か //大	XI XI XI				I				
退院後	後通院 先	ŧ	当院		□ 当院以外の医 12 月 26 日	療機関 (退院処方	■ 有	(14	日分) 口無)	- 通院の予定	□無
						I						
	医療機	関名			クオラリハビリテ	ーション病院		電話番号		0996-	-53 - 1704	

FAX番号

0996-53-1704

OO O \neq ($\triangle\triangle\triangle$ $\triangle\triangle$

記入者(フリガナ)

退院時患者情報提供書 No.2

患者氏名: 〇〇 〇〇

項目		退院時の状況	入院前 から変化 した項目	改善の 可能性	支援内容
1)7	意思疎通	■ 不可 □ 会話 □ 筆談 □ ジェスチャー □ その他		□有□無	
②基本動作	室内 移動 移動 手段	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 ■ 手を貸してもらうなど一部介助を要す □ 全介助 □ 無 ■ 装具 □ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子 □ その他		□有■無	②屋内外共に、主たる移動手段は車椅子であるが、屋内は右下肢装具着用し、杖歩行介助で可能。屋外は平坦な道であれば杖歩行介助で可能。右足の尖足、足関節が網帯があっため、他
	屋外 移動 移動 手段	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 ■ 手を貸してもらうなど一部介助を要す □ 全介助 □ 無 ■ 装具 □ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子 □ その他		□有□	動的に足関節の背屈運動を行うように 夫へ指導。 ベッド柵や背もたれがあれば座位保持 は可能。 週2回の通所リハビリで機能低下を予 防。
	起居動作	□ 自立□ 全介助■ 時間がかかっても介助なしで可能□ ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を要する		□有■無	193.0
	座位保持	□ 自立□ 全介助■ 支えがあれば可能□ ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を要する		□有■無	
③ 食 事	食動 食形 と 食器	□ 自立 ■ 時間がかかっても介助なしで可能 □ おかずを刻むなどの一部介助を要す □ 全介助 ■ 普通 □ きざみ □ 嚥下障害食 □ ミキサー ■ 無 □ 有 □ 箸 ■ スプーン □ フォーク	•	■有□無	③嚥下状態は入院前と不変。利き手は右手であり、左手で摂取しているため時間はかかるが自己摂取可能。初めは変形皿で摂取していたが、普通食器に移行し摂取可能。特殊箸(ばね箸)はまだ練習中であるため、今後も練習を継続すれば、使用可能。
④ 内 服	内服薬管理	□ 特殊箸 □ 変形スプーン □ 変形皿 □ 無 有 □ 自己管理 ■ 他者による管理() □ 処方通り服用 ■ 時々飲み忘れあり □ 飲み忘れが多い	•	■有□無	④1日配薬で日付や時間は間違いなく理解できており、薬包も自己開封できるが、たまに袋の中に1錠残っていることがある。開封時にこぼす可能性もあるため、夫による内服確認が必要。
⑤排泄		□ 自立 □ 全介助 ■ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 便座に座らせてもらう、ズボンを下げるなど、一部介助を要する ■ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ オムツ □ テープタイプ □ パンツタイプ □ 自己導尿 □ 尿取りパット ■ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ オムツ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ オムツ □ ポータブルトイレ □ 尿器	•	看無	⑤排泄動作はL字型手すりにもたれて下衣操作も可能。日中はトイレに行って排泄可能だが、夜間にトイレまで移動しては間に合わないことがあるため、ベッドサイドにポータブルトイレを置いて自己にて排泄予定。
⑥清潔•整容	入浴 動作 入浴 方法	□ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能 ■ 体を洗ってもらうなど一部介助を要する □ 全介助 □ 特殊浴 ■ 介助浴 □ 清拭 □ シャワー浴 □ 一般浴(個浴) □ 行わず		口 有	⑥自宅での入浴は介護者である夫の 不安もあり、入院前と同様に通所リハ ビリ時に入浴サービスを受ける予定。 整容は時間はかかるが自己にて可
	洗面整髪	□ 目立 ■ 時間がかかっても介助なしで可能□ 顔を洗ってもらうなど一部介助を要する □ 全介助□ 自立 ■ 時間がかかっても介助なしで可能		口有口無口有	能。 -
	髭剃り	□ 櫛を握らせてもらうなど一部介助を要する □ 全介助 □ 自立 □ 時間がかかっても介助なしで可能		口無	
⑦口腔管理	口腔	□ 髭剃りを握らせてもらうなど一部介助を要する □ 全介助 □ 自立 ■ 時間がかかっても介助なしで可能		口無	
	ケア 義歯 ・ 義歯 ・ 管理	□ 歯磨き粉をつけるなど一部介助を要する □ 全介助 ■ 無 □ 有 : □ 上 □ 下 □ 部分 □ 総義歯 □ 自立 □ 介助		日有日無	
(<u>」 管理</u> 3更衣	□ 自立 ■ 時間がかかっても介助なしで可能 □ 袖を通してもらうなど一部介助を要する □ 全介助		□有■無	」 ⑦麻痺側も非麻痺側を使って袖通しが 一可能。ボタンかけも時間はかかるが自
9 睡眠		■ 良好 □ 不良 (22) 時 ~ (6) 時 ■ 無 □ 有 (□ 定期 □ 頓服)		□有□無	己にて可能。