

入退院連携シートについて

○共通事項：シート記入者は原則ケアマネジャー

○在宅療養患者基本情報シート（患者急変時に入院先に情報提供するためのシート）

<作成目的>

在宅療養患者の基本情報を普段から整理してシートにまとめておき、主に患者の急変時に、病院が患者情報を円滑に把握することを目的に作成。担当ケアマネジャーが主治医と連携してシートを作成し、かかりつけ医、ケアマネジャー、患者がそれぞれ保管することを想定

<作成団体>神戸市医師会、神戸市民間病院協会、神戸市介護サービス協会※

*市内で介護保険制度に関連する以下の7つの団体が協力して設立した団体。研修等による介護サービスの質の向上、情報の共有等を実施。

神戸市老人福祉施設連盟、神戸介護老人保健施設協会、神戸市民間病院協会、神戸市シルバーサービス事業者連絡会、神戸市医師会、神戸市歯科医師会、神戸市薬剤師会

<特徴>

- ① ケアマネジャーが記入することになっているが、ケアマネジャーが入院時情報連携加算をとるために必要な「生活環境」、「サービス利用状況」の項目がないなど、シート作成時にケアマネジャーの意見が十分に反映できていない。
- ② 入院時の情報提供を目的としたものであり、退院後、在宅で切れ目なくサービスを提供するための医療・介護連携を想定したものになっていない。

○入院に伴う介護情報提供書、退院・退所情報提供書

<作成目的>

介護保険利用者の入退院時において、医療と介護の連携を円滑に行うため作成。原則、ケアマネジャーが自ら、または情報収集して記入し、記録・保管

<作成団体>神戸市ケアマネジャー連絡会

<特徴>

- ① ケアマネジャーが入院時情報連携加算をとるために必要な項目が網羅されているが、シート作成時に、医療関係者の意見が十分に反映できていないため、病院にとって必要な医療情報が不足している。

○北区連携シート（入退院・入退所）

<作成目的>

介護保険利用者の入退院時において、医療と介護の連携を円滑に行うため作成。入院時はケアマネジャーが記入するが、入院後は状況を含め、病院の病棟看護師が記入し、早期に返送することで、情報の双方向性を持たせ、高齢者の入退院をより円滑に行えるように作成

<作成団体> 北区医師会、北区病院地域連携室（真星、松田、神戸ほくと病院）、北区ケアマネジャー連絡会（神戸北町、谷上あんしんすこやかセンター圏域）

<特徴>

- ① 2年間の試用期間を経て、アンケート結果が概ね好評であったため、対象範囲を平成30年4月から北区全域へ拡大
- ② 1枚のシートに入院及び退院の情報が記載されている。
- ③ 入院時情報提供欄(左側)にケアマネジャーが記載して病院地域連携室に提出。退院時情報提供欄(右側)は、原則、病棟看護師が記載し、地域連携室経由でケアマネジャーに返送(患者の状態が変われば、その都度返送)。
- ④ 実際にシートを活用したケアマネジャーからは、連携シートの受取後、原則3日以内に病院から入院後の状況(主病名等)を記載したシートが返送されてくることにメリットを感じる反面、シートの字が小さいため、見えにくいことがあるとの意見がある。

【ご検討いただきたい事項】

1. どの項目を必須項目とするか。
2. 入院・退院シートを1枚にまとめるのがよいか、それとも入院シートと退院シートを別々とするのがよいか。

医療介護連携シート比較表

	入院					退院			
	A	B	C	D	E	B'	C	D	E'
シートの種類	在宅療養患者基本情報シート	入院に伴う介護情報提供書	北区入院	世田谷区入院	国様式	退院・退所情報提供書	北区退院	世田谷区退院	国様式
入院日(入院期間)	×	×	○	○	○	○	○	○	○
主病名	○	○	×	×	×	○	○	○	○
かかりつけ医	○	○	○	○	○	×	×	×	×
病状・治療	○	○	×	×	×	○	○	○	○
既往歴	○	○	○	○	○	○	×	○	×
アレルギーの有無	○	×	×	×	×	×	×	×	×
感染症の有無	○	○	×	×	×	○	×	○	×
他科受診	○	○	○	○	×	×	×	×	×
医療処置状況	○	×	×	×	○	○	○	○	○
心身の状況	○	○	○	○	○	○	○	○	○
保険の種類	○	○	×	×	×	×	×	×	×
介護保険(要介護度等)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
日常生活自立度(障害・認知症)	○	○	○	○	○	○	○	○	×
訪問系医療	○	○	○	×	○	○	○	○	○
キーパーソン	○	○	○	○	○	×	○	○	×
住宅(生活)環境	×	○	○	○	○	×	×	×	×
経済状況	×	×	×	×	×	×	×	×	×
手術	×	×	×	○	×	×	×	○	×
夜間(睡眠)状況	×	○	○	○	○	○	○	○	○
サービス利用状況	×	○	○	○	○	○	○	○	×
問題行動	×	○	○	×	○	○	○	×	○
今後の在宅生活移行への問題点	×	×	○	×	○	×	×	×	○
※上記以外の国様式の記載項目	○カンファレンスへの参加希望 ○半年間以内の入院歴 ○薬について(内服薬の有無、薬剤管理(自己、他者)、居宅療養管理指導の有無)					○退院後に必要な看護・リハビリの視点 ○禁忌事項 ○病状の予後・予測 ○本人への病名告知の有無、本人・家族の受け止め方			

※ケアマネジャーが入院時情報連携加算を取るには、入院日・心身の状況・生活環境・サービス利用状況を提供しなければならない

在宅療養患者基本情報シート

病院 _____ 科 _____ 更新日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医名 _____ 記載者: _____

フリガナ			生年月日	T・S・H	年	月	日	()歳
患者氏名			身長	cm	体重	kg		
現住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設もしくは高齢者住宅(名称 _____)							
主病名	1.	かかりつけ医	住所: _____)					
	2.		(医療機関名: _____)					
3.	医師名: _____							
病状・治療								
既往歴	1.	薬剤名	かかりつけ薬局名(_____)					
	2.							
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有(_____) <input type="checkbox"/> 無							
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 有(_____) <input type="checkbox"/> 無							
他科受診	1) _____ 2) _____ 3) _____							
処置状況	<input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ペーサーメーカー <input type="checkbox"/> インスリン療法							
	<input type="checkbox"/> 酸素療法(L/min <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク) <input type="checkbox"/> 気管切開(mmFr) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器							
	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> rostoma処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 麻薬使用(_____)							
	<input type="checkbox"/> パルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> オムツ使用 義歯の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
ADL	会話	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 何とか通じる <input type="checkbox"/> 通じない <input type="checkbox"/> 難聴						
	移動	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり						
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船舶 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 生保(担当CW _____)							
介護保険他	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 認定あり(平成 _____ 年 _____ 月まで) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援(_____) <input type="checkbox"/> 要介護(_____) <input type="checkbox"/> 身障認定(_____)級 <input type="checkbox"/> 障害難病認定(_____)							
障害度	寝たきり度	JI J2 AI A2 BI B2 CI C2						
	認知自立度	I IIa IIb IIIa IIIb IV M BPSD(不穏 その他: _____)						
訪問系医療	<input type="checkbox"/> 訪問看護(_____) <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> その他(_____)			在宅診療歴	_____ 年			
キーパーソン	氏名:	_____		続柄	家族構成居宅環境 <input type="checkbox"/> 独居			
	連絡先:	_____						
その他緊急連絡先	_____		成年後見人の有無	有 ・ 無				
ケアマネ氏名	氏名: _____		事業所名: _____ 住所: _____ TEL: _____					

(退院シートなし)

入院に伴う介護情報提供書

B

(提供日)平成 年 月 日

(情報提供元) 居宅介護支援事業・介護予防支援事業(○印)

事業所名 _____ 電話番号() -

担当者名 _____ F A X () -

ふりがな _____ (生活形態)独居・同居(同居者) _____ (カルテ ID) _____		
利用者氏名 _____ (男・女) 生年月日(明・大・昭) _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)		
【介護保険】要介護度 _____ 有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (主治医) _____ 医院・クリニック・病院 _____ 科 医師名 _____		
【医療保険】後期高齢者・国保・健保(政管・組管・日特)・共済(国公・地公・私学)・船員・生保(_____ CW)		
<table border="1"> <tr> <td> 【緊急連絡先】 ①氏名 _____ 続柄 _____ 電話() - 住所 _____ 携帯() - ②氏名 _____ 続柄 _____ 電話() - 住所 _____ 携帯() - ③氏名 _____ 続柄 _____ 電話() - 住所 _____ 携帯() - </td> <td> 【家族構成】キーパーソンには※印 </td> </tr> </table>	【緊急連絡先】 ①氏名 _____ 続柄 _____ 電話() - 住所 _____ 携帯() - ②氏名 _____ 続柄 _____ 電話() - 住所 _____ 携帯() - ③氏名 _____ 続柄 _____ 電話() - 住所 _____ 携帯() -	【家族構成】 キーパーソンには※印
【緊急連絡先】 ①氏名 _____ 続柄 _____ 電話() - 住所 _____ 携帯() - ②氏名 _____ 続柄 _____ 電話() - 住所 _____ 携帯() - ③氏名 _____ 続柄 _____ 電話() - 住所 _____ 携帯() -	【家族構成】 キーパーソンには※印	

	在宅における状況	(特記事項)
疾病の状態 (主治医意見書等参照)	主病名 主症状 既往歴	(感染症、手術歴等)
食 事	自立・一部介助・介助・その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) 治療食(制限等)	
口腔ケア	自立・一部介助・介助・その他	
移 動	自立・一部介助・介助・その他 (見守り・手引き・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー)	(独自の方法・転倒危険)
入 浴	自立・一部介助・介助・不可(シャワー・清拭)	
排 泄	自立・一部介助・介助・その他	
夜間の状態	良眠・不穏(状態: _____) 眠薬の服用: 有・無	
服薬状況	自立・一部介助・介助・その他 内容(_____)	
生活歴・性格など		
日常生活の自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
他科の受診状況	①疾患名 _____ 病院名 _____ 診療科目 _____ 科 医師名 _____ ②疾患名 _____ 病院名 _____ 診療科目 _____ 科 医師名 _____ ③疾患名 _____ 病院名 _____ 診療科目 _____ 科 医師名 _____	
介護サービス利用状況 ・住宅環境 ・転帰先 ・留意事項	訪介(_____)週、訪看(_____)週、訪入(_____)週、訪リハ(_____)週、通所介護(_____)週、通所リハ(_____)週、ショートステイ(_____)月、その他(_____)	

*上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先の関係者へ情報提供します。

退院・退所情報提供書

B'

(記入日)平成 年 月 日

(情報提供元) 医療機関・施設名 _____ (記入者) _____
 所属(診療科・病棟・地域連携室) _____ 電話番号() - _____
 担当者名(聞き取り者) _____ F A X () - _____

ふりがな _____	(生活形態) <u>独居・同居(同居者)</u>	(カルテID) _____
利用者氏名 _____	(男・女) 生年月日 (明・大・昭) _____年 _____月 _____日 (_____歳)	
入院期間	入院日 _____年 _____月 _____日 ~ 退院(予定)日 _____年 _____月 _____日	
診療科目 _____	科 _____	医師名 _____

	入院・入所中における状況	(特記事項)
疾病の状態	主病名 主症状 既往歴	(感染症等)
食事	自立・一部介助・介助・その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) 治療食(制限等)	
口腔ケア	自立・一部介助・介助・その他	
移動	自立・一部介助・介助・その他 (見守り・手引き・杖・シルバーカー・ 歩行器・車椅子・ストレッチャー)	(独自の方法・転倒危険)
入浴	自立・一部介助・介助・不可(シャワー・清拭)	(最終入浴日)
排泄	自立・一部介助・介助・その他	
夜間の状態	良眠・不穏(状態: _____) 眠薬の服用: 有・無	
服薬状況	自立・一部介助・介助・その他 内容(_____)	
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒(状態)	
日常生活の自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
特別な医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他(_____) 特別な対応 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度) <input type="checkbox"/> その他(_____) 失禁への対応 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)	
介護保険情報	(○印)未申請・申請中・申請済(申請日) _____年 _____月 _____日 (要介護度) 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 (有効期限) _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日	
療養上の留意する事項	必要な医療サービス(○印) 訪看、訪問リハ、通所リハ、居宅療養管理指導、その他(_____) 退院後の次回受診日 _____年 _____月 _____日 _____時 _____科 担当医 _____	

*担当ケアマネジャーが利用者または家族の承諾を得て、入院・入所先の職員との面談等による聞き取り並びに看護サマリ等にて情報提供を受けて、退院に向けた介護サービス等の調整をおこないます。

様

連携シート（入退院・入退所）

ふりがな		性別	生 年 月 日		要介護度	送付回数
氏 名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
ふりがな		本人との関係		<input type="checkbox"/> 単身高齢者	連絡先	
介護者氏名				<input type="checkbox"/> 老々世帯		
		<input type="checkbox"/> その他				
ケアマネ⇒ 医療・施設（別添資料：有・無 → 枚）				医療・施設⇒ ケアマネ（別添資料：有・無 → 枚）		

【A欄】 入院（所）時情報提供欄

情報提供事業者名

担当ケアマネジャー

TEL FAX

入院（所）日 年 月 日

〔既往歴〕

〔入院（所）経緯・理由〕

〔かかりつけ医〕

①医療機関・主治医名
連絡先

②医療機関・主治医名
連絡先

住環境 戸建*階段（有/無） 集合住宅（階）*EV（有/無）

家族状況 単身 同居者有（続柄）

キーパーソン 主介護者に同じ その他（）

サービス 訪問介護 通所介護 その他（）

利用状況 訪問看護→事業所/TEL（）

食事 自立・見守り・要介助
形態 ペースト 刻み ソフト食 普通 経管栄養

移動 自立・見守り・要介助
補助 手引き 杖 歩行器 シルバーカー 車椅子

入浴 自立・見守り・要介助

排泄 自立・見守り・要介助
オムツ 常時 夜間のみ

口腔ケア 自立・見守り・要介助

障害高齢者日常生活自立度 自立・J・A・B・C

認知症状〔有・無〕 認知症高齢者日常生活自立度〔 〕

見当識障害・せん妄・妄想・幻覚・心気症状・暴言・暴力

徘徊・不潔行為・失禁・不穏興奮・記憶障害

夜間の状態 良眠 問題あり

その他（心身の状況や生活環境、介護者との関係など）

在宅移行時に推測される問題点・課題など

看護 要 リハ 要 退院時カフェルス 有
サマー 不要 サマー 不要 開催の希望 無

退院（所）日が決まりましたら、ご連絡よろしくお願ひ致します。
作成年月日 年 月 日

今回の情報の提供にあたっては、
 ご本人・ご家族の同意を得ております（ 年 月 日同意）
 契約時の同意に基づいて提供しています

【B欄】 退院（所）時情報提供欄 （ケアマネが開き取り記入・病棟看護師によるチェック可）

情報提供機関名

所属・職種・氏名

TEL FAX

入院（所）期間 年 月 日～年 月 日（予定）

主治医氏名

主病名
副病名

服薬状況 自立・一部介助・介助・その他

処方箋の変更（有・無）

必要な医療処置 経鼻経管栄養 胃ろう IVH
 気管カニューレ 痰吸引 褥瘡ケア
 尿道カテーテル その他〔 〕

在宅で用意すべき物品

療養上の留意事項（例）転倒・骨折予防、拘縮予防など

Cal・水分必要（制限）量 kcal/日 ml/日

食事 自立・見守り・要介助
形態 ペースト 刻み ソフト食 普通 経管栄養

移動 自立・見守り・要介助
補助 手引き 杖 歩行器 シルバーカー 車椅子

入浴 自立・見守り・要介助（最終：年 月 日）

排泄 自立・見守り・要介助（最終：年 月 日）
オムツ 常時 夜間のみ

口腔ケア 自立・見守り・要介助

障害高齢者日常生活自立度 自立・J・A・B・C

認知症状〔有・無〕 認知症高齢者日常生活自立度〔 〕

見当識障害・せん妄・妄想・幻覚・心気症状・暴言・暴力

徘徊・不潔行為・失禁・不穏興奮・記憶障害

夜間の状態 良眠 昼夜逆転 不穏 頻繁なコール その他

その他（医師、看護師、理学療法士などからの注意点）

退院後に想定される医療体制・生活支援体制

医療 当院へ通院（ 回/月） 地域診療所へ通院（ 回/月）
 訪問診療（24時間体制：要・不要） 訪問看護（ 回/月）
 その他（）

生活 訪問介護 デイサービス 通所リハ 訪問リハ 施設入所
 その他

作成年月日 年 月 日

医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報） 世田谷区標準様式（改定版）

ふりがな		性別	生年月日		手術
利用者氏名		男・女	年	月	日（歳）
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5				認定日 年 月 日
有効期間	年 月 日 ~		年 月 日		
ふりがな		本人との関係		連絡先	
主介護者氏名					

▼入院時情報提供欄（別添資料 無・有→ 枚）

情報提供事業所名	
担当ケアマネジャー	
電話番号	FAX番号
提供年月日	年 月 日
入院日	年 月 日
既往歴	1. 2. 3. 備考（ ）
かかりつけ医	①医療機関・主治医名 連絡先 ②医療機関・主治医名 連絡先
住環境	一戸建 集合住宅 *階段（有・無）
家族状況	単身世帯 同居者有（ ）
サービス利用状況	訪問介護 通所介護 他（ ） 訪問看護→事業所/ Tel.（ ）
食事摂取	介助なし 見守等 一部 全介 嚥下状況（良・不良） 咀嚼状況（良・不良） （ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養）
口腔清潔	介助なし 見守等 一部 全介
移動	介助なし 見守等 一部 全介 （見守り・手引き・杖・歩行器・シルバー カー・車椅子・ストレッチャー）
洗身	介助なし 見守等 一部 全介 行っていない
排泄	介助なし 見守等 一部 全介 オムツ・リハビリパンツ（常時・夜間のみ）
夜間の状態	良眠・不眠（状態 ）
認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 備考（ ）
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有 ・運動制限 無・有
障害高齢者日常生活自立度	J A B C
その他（心身の状況や生活環境に関する特記事項など）	

▼退院・退所情報記録欄（面談結果をまとめるための欄です）

情報収集先機関名	
電話番号	
面談日	年 月 日 所属・職種・氏名
面談日	年 月 日 所属・職種・氏名
入院期間	入院日 年 月 日~退院（予定）日 年 月 日
疾病の状態	主病名 副病名 退院時主症状 既往歴 服薬状況 無・有 （内服：介助なし・一部・全介・その他） ＜特記事項＞（感染症・投薬の注意事項（薬剤名、投与経路等）等）
特別な医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 喀痰吸引 褥瘡の処置 カテーテル その他（ ） ＜特記事項＞（導入予定の医療系サービス等）
食事摂取	介助なし 見守等 一部 全介 嚥下状況（良・不良） 咀嚼状況（良・不良）（ペースト・刻 み・ソフト食・普通/経管栄養） ・制限 無・有 制限量/日 kcal・水分 ml・塩分・その他（ ） ＜特記事項＞（食事制限などの内容等）
口腔清潔	介助なし 見守等 一部 全介
移動	介助なし 見守等 一部 全介（見守り・手引 き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー） ＜特記事項＞（独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等）
洗身	介助なし 一部 全介 不可 行っていない ・入浴の制限 無・有（シャワー・清拭・その他）
排泄	介助なし 見守等 一部 全介 オムツ・リハビリパンツ（常時・夜間のみ） ＜特記事項＞（留置カテーテル等）
夜間の状態	良眠・不眠（状態 ）
認知・精神面	・認知症高齢者日常生活自立度（ ） ・精神状態(疾患) 無・有（ ） ＜特記事項＞（認知症の原因疾患等）
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有（頻度： ） ・運動制限 無・有 ＜特記事項＞（リハビリ・運動制限の内容、導入予定サービス等）
障害高齢者日常生活自立度	J A B C
療養上の留意する事項（その他 NS、PTからの注意点など）	

【注】入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関

居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭	年	月	日生
住所	〒	電話番号				
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅)、__階建て、居室__階、エレベーター(有・無)					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()					

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() * <input type="checkbox"/> 日中独居					
主介護者氏名	(続柄・才)		(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)		連絡先	TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・ 関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の 生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の 生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他()
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分 ・ 総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： _____)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： _____ ・管理方法： _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(ワカガ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)			
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護()	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> なし	
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日							
	入院原因疾患 (入所目的等)							
	入院・入所先	施設名	棟	室				
	今後の医学管理	医療機関名：	方法	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 訪問診療			
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()	
	移動手手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()						
	排泄方法	<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・パウチ ()						
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず						
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()					UDF等の食事形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()					眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
		<本人> 退院後の生活に関する意向						
<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方								
<家族> 退院後の生活に関する意向								

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <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"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()					
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <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"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)				
症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。						
在宅復帰のために整えなければならない要件							
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)				会議出席	
1	年 月 日					無・有	
2	年 月 日					無・有	
3	年 月 日					無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。