

退院連携シートの必須項目(案)

資料3-1

番号	項目	詳細項目	委員のコメント等
1	入院期間		
2	入院時の主治医(診療科)		
3	主病名 ・入院原因疾患 ・在宅療養時の主疾患	(留意事項) 入院原因疾患と、在宅療養時の主病名が異なる場合は、その両方を記載(項目27.28と連動)	
4	病状・治療・薬処方内容 (感染症等を含む)	(留意事項)入院中の処方薬剤の整理が必要	
5	既往歴		
6	医療処置状況	なし/あり 点滴/透析/中心静脈栄養/人工肛門/酸素療法/痛みコントロール/人工呼吸器/気管切開/胃ろう/経鼻経管栄養/褥瘡処置/カテーテル/喀痰吸引/インシュリン/その他()	
7	心身の状況 (ADL)	食事形態	自立/一部介助/介助/その他(ペースト/刻み/ソフト食/普通/経鼻経管栄養)
8		食事制限	カロリー Kcal/日 水分 ml/日 塩分、その他
9		口腔ケア	自立/一部介助/介助
10		嚥下機能(むせ)	なし/あり(常に/時々)
11		義歯	全部/部分/なし
12		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)/転倒危険
13		入浴	自立/一部介助/介助/不可(シャワー/清拭)/最終入浴日
14		排泄	自立/介助 トイレ/リハビリパンツ/オムツ(常時・夜間のみ)/カテーテル
15		夜間(睡眠)状況	良好/不穏(状態) 眠剤の服用(有/無)
16	服薬状況	自立/一部介助/全介助 自己管理/他者管理/服薬拒否	
17	日常生活自立度 (障害・認知症)	(障害)自立/J1/J2/A1/2/B1/B2/C1/C2 (認知症)自立/I/IIa/IIb/IIIa/IIIb/IV/M	
18	介護保険情報	未申請/申請中/申請済(申請日)、要介護度など	
19	精神・心理面での療養上の問題	無/有⇒(状態)	・あった方がよい(民間病院協会)
20	導入すべきサービス	医療	訪問診療/訪問歯科診療/訪問看護/居宅療養管理指導/その他
21		生活	訪問介護/通所介護/訪問リハ/通所リハ/施設入所/その他
22		医療・看護の視点	
23		リハビリの視点	
24		栄養状態	
25	禁忌事項	無/有(禁忌の内容、留意点)	・医療面でのケアで重要な項目があれば知りたい(ケアマネジャー連絡会) ・療養上の留意事項については、医師、病棟看護師、理学療法士からの情報がほしい(介護福祉士会) ・禁忌事項、リハビリに関する「運動制限」を詳しく知りたい(介護福祉士会)
26	キーパーソン		
27	成年後見人の有無		
28	家族状況(独居・同居)		
29	退院後の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症 <input type="checkbox"/> その他()	
30	在宅復帰のための要件 (住宅改修、福祉用具等)		
31	症状・病状の予後予測	項目3.4と関連	
32	今後の医学管理を行う医療機関名	項目3.4と関連 ・入院した医療機関への通院/かかりつけ医/訪問診療が可能な医療機関	
33	受け止め意向	本人への病名告知	あり/なし
34		病気、後遺症等の受け止め	(本人) (家族)
35		退院後の生活に関する意向	(本人) (家族)

入院前からの状況変化を中心に記載

○要介護状態であるが、退院時にケアマネジャーが決まっていな場合
→ケアマネジャーが決まり次第、ケアマネジャーが病院から情報を聞き取り、退院連携シートを作成のうえ、ケアプランを作成してはどうか(病院はシート作成に協力)