

平成 29 年度  
老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業分)

**入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との  
多職種協働のあり方に関する調査研究事業**

**報 告 書**

**平成 30 年（2018 年）3 月**

**公益社団法人 全日本病院協会**

# 目 次

要旨.....	1
第1章 調査研究の概要.....	4
1. 調査研究の背景と目的.....	4
1) 背景.....	4
2) 目的.....	5
2. 実施方法・内容.....	6
1) 協力施設の概要.....	6
2) 対象患者像.....	7
3) 実施時期.....	7
4) 実施プロセス.....	7
第2章 モデル事業の結果の概要.....	19
1. モデル事業の対象患者の属性.....	19
2. 入院期間中の連携室と外部事業者等との連絡状況.....	19
3. モデル事業終了後の本人・家族、外部事業者の満足度.....	22
1) 患者・家族.....	22
2) 外部事業者.....	23
第3章 入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との多職種協働の課題.....	27
1. 入院時における円滑・迅速な情報共有の必要性.....	27
2. ケアマネジャーと病院等職員とが共有する情報について.....	28
3. その他の課題.....	29
4. 今後の検討に向けて.....	30
参考資料.....	31
事業実施体制.....	72

## 【要旨】

### I. 調査研究の概要

#### 1. 背景と目的

現在、地域包括ケアシステムの構築が進められており、その実現のためには、医療と介護の連携のさらなる促進が求められるところである。特に、入院中の要介護者等が、退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時における医療機関等の職員（看護職員、医療ソーシャルワーカー等）と居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）との円滑な連携が重要である。

ただし、医療従事者と介護従事者とは扱っている情報の性質が異なるものも多く留意が必要であり、医療・介護関係者間での情報共有の仕組みを構築するに当たっては、共有すべき情報の内容、情報共有する医療・介護関係者の範囲、情報共有の方法等について具体的に検討する必要があると指摘されているところである。

そこで、本調査研究事業「入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との多職種協働のあり方に関する調査研究事業」では、入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との連携方策を検討するためのモデル事業を実施し、モデル事業を通じて連携に向けた課題抽出を行うとともに、入退院時における適切なケアマネジメントに向けた対応策の検討に資する基礎資料を整備した。

#### 2. 実施方法・内容

本調査研究事業では、全日本病院協会の会員病院の中から協力施設4病院を選定し、モデル事業として、居宅介護支援事業所等と連携し、入退院患者について入院医療機関と居宅介護支援事業所等の情報共有等を行った。その成果等を踏まえ、効果的・効率的な連携に向けた課題の抽出を行った。

なお、今回のモデル事業の主な特徴は以下の通りである。

- ・対象患者の入院時に、病院の地域連携室等スタッフが患者の入院前の担当ケアマネジャーと対面で情報収集すること
- ・院内スタッフをはじめとして、患者本人や家族、ケアマネジャー等外部事業者をまじえた退院前カンファレンスを開催すること
- ・退院前カンファレンスの先立ち、基本的な伝達事項を記載した資料をカンファレンス参加者に配布するとともに、当日の検討内容についての議事抄録を後日配布すること

### 3. モデル事業を通じて得た課題

#### 1) 入院時における円滑・迅速な情報共有の必要性

##### ■ 病院が患者のケアマネジャーを迅速に特定できる仕組みづくり

患者の担当ケアマネジャーを特定するための情報を入手できない場合は、病院側が該当する居宅介護支援事業所を探し出し、連絡すべきケアマネジャーの特定に相応の手間がかかる場合があることから、自治体の介護保険所管課等と連携し、迅速な確認のための仕組みを活用する必要がある。

##### ■ ケアマネジャーの訪問・面談による「顔と顔の見える」関係性による情報共有

病院の入院医療に係る診療圏がケアマネジャーの通常の活動エリアよりも広いことが多く、利用者が担当ケアマネジャーの活動エリア外の医療機関に入院する場合は、ケアマネジャーが病院を訪問する時間を取れない場合がある。また、病院側も患者の入院日に電話で即日来訪を求めることが往々にしてあるため、対応できないケアマネジャーもいる。そのため、入院時におけるケアマネジャーと病院等職員との迅速かつ「顔と顔の見える」情報共有の方法については、地域的なルールづくりを含めた取り組みを進める必要がある。

##### ■ 病院側の連携窓口の必要性

通常、ケアマネジャーは病院の地域連携室等の担当者との連携をとるが、病院側に地域連携室等の窓口がない場合、ケアマネジャーは病院の総合受付から病棟にいる医師や看護職員に電話をつないでもらって情報共有を図ることになる。しかし、病棟での医師や看護職員の過密な業務を知っているケアマネジャー側の方で連絡を取ること自体を遠慮してしまうこともある。また、病棟看護師は担当する患者が日々のシフトで変わることがあるため、ケアマネジャーも同一の看護職員と情報を共有しつづけることが困難になる場合がある。

#### 2) アマネジャーと病院等職員とが共有する情報について

##### ■ 在宅における看護・リハビリテーションに関する情報の共有の必要性

在宅での看護やリハビリテーション等についての専門的な情報の共有を円滑に行うためには、利用者に関する情報を集約し関係者間において伝達・共有する役割であるケアマネジャーに対して各専門職が分かりやすく伝えるとともに、病院職員等やケアマネジャー、その他の介護サービス事業者間における、それぞれの立場からの情報ニーズについて意識合わせを行う必要がある。

##### ■ 退院後の療養生活を意識した情報提供の必要性

退院前カンファレンスは、患者本人や家族をはじめ、退院支援や退院後の療養生活を支える関係者が「顔と顔の見える」関係を構築し、書類等による情報を補い合いな

がら患者ごとの「ゴール」の設定を行う重要な場である。

その際、退院後の療養生活を中心的に支える家族や介護サービス事業者が不安なく支援を行うためにも、各専門職は在宅での療養上のアドバイスについてわかりやすく情報提供を行う必要がある、本人・家族はもとより他の専門職も共通理解できる言語を用いた説明が重要となる。あわせて、病院と介護サービス事業者の看護職員や理学療法士等の専門職同士が、それぞれの専門知識に基づいた情報の共有を可能にするツールの検討も必要である。

#### ■ 退院後の情報共有の必要性

現在、退院後の患者の状況についてケアマネジャーが情報をフィードバックする場合もあるが、それほど一般的とはなっていない。今後は、平時における情報共有のあり方についても検討する必要がある。

## 4. 今後の検討に向けて

本調査研究事業では、協力病院におけるモデル事業を通じて、ケアマネジャーと病院職員の円滑かつ効果的な連携のあり方に関する工夫や課題を把握することができた。

入院時の面談や退院前カンファレンスにおいて、病院職員とケアマネジャーが「顔と顔の見える」関係を構築し、患者の退院支援に向けた取り組みを協働して進めることは、患者が円滑に在宅移行を果たし、退院後の在宅での療養生活を不安なく過ごすためにも非常に重要である。

また、家族、外部の介護サービス事業者から情報を網羅的に収集・集約して病院に伝えるケアマネジャーの役割、そして、そのケアマネジャーから提供される情報を院内スタッフに効果的・効率的に展開し、退院支援に向けた取り組みを進める地域連携室等の担当者の役割は、患者を支える関係者間での情報共有の結節点であり、入退院時における円滑かつ効果的な連携を図る上でも非常に大きい

今後、病院等職員とケアマネジャー等の多職種が円滑な連携を図るためにも、各専門職が他職種にもわかる言語を用いた情報共有を行い、在宅移行に係る課題に対する視点を揃えていくことが必要となる。そのためにも、各専門職が自らの職能発揮のために期待する情報ニーズについて意識合わせをすることも重要である。また、病院と在宅における同じ専門職同士が、専門知識に基づいた情報等を共有できるための方策もあわせて検討することが必要である。

上記の点を踏まえて、今後は、入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との円滑かつ効果的な連携を地域の面的な取り組みとして推進する方策を検討することが重要となるものと考ええる。

# 第1章 調査研究の概要

## 1. 調査研究の背景と目的

### 1) 背景

現在、地域包括ケアシステムの構築が進められており、その実現のためには、医療と介護の連携のさらなる促進が求められるところである。

また、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が暮らしを続けることができるためには、地域における医療・介護の関係機関が包括的かつ継続的な連携を行うことが重要となる。

厚生労働省の実施した「平成28年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査」によると、市町村からは、在宅医療・介護連携推進事業に対する都道府県からの支援として、広域的な医療介護連携（退院調整等）を希望する声が多くあげられ、入退院時の医療介護連携の推進に向けて、入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との情報共有のための連携ルール等の策定等の推進がより一層求められている。

特に、入院中の要介護者等が、退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時における医療機関等の職員（看護職員、医療ソーシャルワーカー等）と居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）との円滑な連携が重要である。

ただし、医療従事者と介護従事者とでは扱っている情報の性質が異なるものも多く留意が必要であり、医療・介護関係者間での情報共有の仕組みを構築するに当たっては、共有すべき情報の内容、情報共有する医療・介護関係者の範囲、情報共有の方法等について具体的に検討する必要があると指摘されているところである。

このような中、今般の平成30年度診療報酬改定、介護報酬改定においては、医療と介護の連携の一層の推進を目指し、入退院時のケアマネジャーと医療機関との連携の強化を目指した評価の見直しが見直しがなされたところである。

まず、介護報酬改定においては、ケアマネジャーと医療機関との連携の強化を促すことを目的として、「入院時」、「退院時」、「平時」の各局面を想定した改定がなされた。具体的には、入院時情報連携加算と退院・退所加算の要件が改められるとともに、日頃からかかりつけ医との連携を深めることが求められることになった。

また、診療報酬改定においては、地域包括ケアシステム構築のための取組強化を目的として、外来においては、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、持参薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援を行った場合の評価として、入院時支援加算が新設されたところである。この入院時支援加算の算定対象は、自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定

入院患者であり、入院の予定が決まった患者に対して、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に「身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握」等7項目から成る支援を行い、患者及び関係者と共有することが求められることになったところである。

## 2) 目的

本調査研究事業「入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との多職種協働のあり方に関する調査研究事業」では、入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との連携方策を検討するためのモデル事業を実施し、モデル事業を通じて連携に向けた課題抽出を行うとともに、入退院時における適切なケアマネジメントに向けた対応策の検討に資する基礎資料を整備した。

## 2. 実施方法・内容

本調査研究事業では、全日本病院協会の会員病院の中から協力施設 4 病院を選定し、モデル事業として、居宅介護支援事業所等と連携し、入退院患者について入院医療機関と居宅介護支援事業所等との情報共有等を行った。その成果等を踏まえ、効果的・効率的な連携に向けた課題の抽出を行った。

### 1) 協力施設の概要

本調査研究事業におけるモデル事業には、下記の 4 病院の協力を得た。

#### ■ 医療法人慈繁会 土屋病院（福島県郡山市）

病床数：療養病床 99 床（療養病棟入院基本料 179 床、介護療養型医療施設 20 床）

診療科：内科、消化器科、循環器科、リウマチ科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、  
リハビリテーション科、麻酔科

#### ■ 公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院（群馬県伊勢崎市）

病床数：一般病床 90 床（脳卒中ケアユニット入院医療管理料 3 床、一般病棟 7 対 1 入院基本料 42 床、障害者施設等 10 対 1 入院基本料 45 床）

療養病床 99 床（回復期リハビリテーション病棟入院料 199 床）

診療科：内科、リハビリテーション科、呼吸器科、循環器科、皮膚科

#### ■ 医療法人愛の会 光風園病院（山口県下関市）

病床数：一般病床 60 床（特殊疾患病棟入院料 160 床）

療養病床 238 床（回復期リハビリテーション病棟入院料 158 床、地域包括ケア病棟入院料 160 床、療養病棟入院基本料 1120 床）

診療科：内科、リハビリテーション科、呼吸器科、循環器科、皮膚科

#### ■ 医療法人弘生会 本庄内科病院（熊本県熊本市）

病床数：一般病床 26 床（一般病棟 15 対 1 入院基本料地域、地域包括ケア病棟入院料 2）

療養病床 29 床（介護老人保健施設 29 床）

診療科：内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、放射線科、  
漢方内科



## 2) 対象患者像

モデル事業の対象患者については、原則として、以下の条件①・②のいずれにも該当する患者とした。

- ① 平成 30 年 2 月末までに退院し、退院後は主に在宅療養を送る見込みのある入院患者
- ② 入院前に在宅で介護保険サービスを利用しており、ケアマネジャーがいる患者

## 3) 実施時期

実施時期：平成 29 年 12 月～平成 30 年 3 月上旬

## 4) 実施プロセス

モデル事業は、原則として下記①～⑧のプロセスで実施した。

なお、今回のモデル事業の主な特徴としては、

- ・対象患者の入院時に、病院の地域連携室等スタッフが患者の入院前の担当ケアマネジャーと対面で情報収集すること
- ・院内スタッフをはじめとして、患者本人や家族、ケアマネジャー等外部事業者をまじえた退院前カンファレンスを開催すること
- ・退院前カンファレンスの先立ち、基本的な伝達事項を記載した資料をカンファレンス参加者に配布するとともに、当日の検討内容についての議事抄録を後日配布すること

である。

あわせて、モデル事業の事前、途中、事後の 3 回にわたり各協力施設を訪問し、モデル事業の進捗状況を確認するとともに、モデル事業における対象患者の選定、各種記録の作成、退院前カンファレンスの事務局機能等を担当する地域連携室等に対してヒアリング調査を実施し、入退院時におけるケアマネジャーと医療機関の連携における課題等を把握した。また、事後訪問の際には、連携を図っている外部のケアマネジャーも同席の上、今後の取組や課題等についても聴取した。

### ■ 実施プロセス

- ① 上記「3) 対象患者像」に該当する患者の入院予定が入った際に、患者 ID（任意）を振り、**患者 ID 管理票**に記入し管理する。
- ② 患者の入院時に家族の方等と面談をして、**家族面談記録シート**に記録する。
- ③ 入院後、入院前の担当ケアマネジャーと対面での面談を行い、**入院時情報提供シ**

トを用いて情報収集を行う。

なお、**入院時情報提供シート**の表面は事前に担当ケアマネジャーに送付し、担当ケアマネジャーに記入を依頼する。対面での面談時に入手した情報については、裏面に記入する。

- ④ 上記の記入済みの**家族面談記録シート**と**入院時情報提供シート**は、医師、看護師・准看護師（以下「看護職員」という）、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下「理学療法士等」という）等の院内スタッフと共有する。
- ⑤ 入院中に行ったケアマネジャー等外部事業者との連絡の状況については、**入院中の外部事業者等との連絡記録シート**に記録する。
- ⑥ 院内スタッフをはじめとして、患者本人や家族、ケアマネジャー等外部事業者をまじえた退院前カンファレンスを開催し、**入院時情報提供シート**の点線より上半分（患者の基本情報）と、**退院前カンファレンス配布シート**に必要事項を記載の上、カンファレンス参加者に事前配布を行う。
- ⑦ 退院前カンファレンス終了後に、患者本人又は家族の方に**ご本人・ご家族の方による評価シート**への記入を依頼し、記入後に回収する。
- ⑨ デル事業として実施した退院前カンファレンスに参加した外部事業所等に**外部の事業所等の方による評価シート**を配布し、回答結果を回収してください。
- ⑧ 退院前カンファレンスでの検討内容等を**退院前カンファレンス記録シート**へ記入し、参加者へ送付。

図表 記録用紙等の内容

タイトル	期 間	内 容	記入者
患者ID管理票	入院前 ※退院日については退院時に記入	IDと対象患者の氏名の照合表	医療機関
家族面談記録シート	入院時	家族等との面談で聴取した患者の基本情報等について記入	医療機関
入院時情報提供シート	入院後1週間以内	表面についてはケアマネジャーに記載を求める。対面での面談時に得た情報を裏面に記入 また、退院前カンファレンスにおいては、折れ線より上半分の患者の基本情報を退院前カンファレンス配布シートと合わせて配布	表面：ケアマネジャー 裏面：医療機関
入院中の外部事業者等との連絡記録シート	入院中	入院中に外部事業者等と連絡をとる都度、その状況等を記入	医療機関
退院前カンファレンス配布シート	退院前カンファレンス時	本人や家族、外部事業者等をまじえた退院前カンファレンスを開催する際に、必要事項を記入の上、参加者に配布	医療機関

タイトル	期 間	内 容	記入者
退院前カンファレンス記録シート	退院前カンファレンス後	退院前カンファレンスでの検討内容等を記入の上、カンファレンス参加者に配布	医療機関
ご本人・ご家族の方による評価シート	退院前カンファレンス後	退院前カンファレンス終了後に、患者本人又は家族の方にカンファレンスでの情報のわかりやすさ等について記入を依頼し、回収	患者本人・家族
外部の事業所等の方による評価シート	モデル事業終了時	モデル事業として実施した退院前カンファレンスに参加した外部事業所等に記入を依頼し、回収	医療機関

## 患者 ID 管理票

施設名 \_\_\_\_\_

- 本票は、各記録用紙にご記入いただく「患者 ID」と患者の実際のお名前を照合する目的でご記入いただくものです。
- モデル事業終了後に、患者氏名を削除いただくか、黒マジックで消していただいた上で、当社までお送りくださいますようお願い申し上げます。

患者 ID	患者氏名	入院日	退院日	入院中の入院基本料
1		月 日	月 日	
2		月 日	月 日	
3		月 日	月 日	
4		月 日	月 日	
5		月 日	月 日	
6		月 日	月 日	
7		月 日	月 日	
8		月 日	月 日	
9		月 日	月 日	
10		月 日	月 日	

# 家族面談記録シート

患者ID \_\_\_\_\_

面 談 日		面 談 者																									
氏 名	生年月日	明・大・昭和 年 月 日 ( 歳 )	性 別 男・女																								
<<面談者>> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">氏 名</th> <th style="width: 30%;">住 所</th> <th style="width: 15%;">患者との関係</th> <th style="width: 10%;">同居・別居</th> <th style="width: 10%;">職業の有無</th> <th style="width: 10%;">備 考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>別居</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>別居</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>別居</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				氏 名	住 所	患者との関係	同居・別居	職業の有無	備 考				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
氏 名	住 所	患者との関係	同居・別居	職業の有無	備 考																						
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																							
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																							
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																							
家族構成図		急変時の対応																									
本人 (☒男性 ☉女性) 主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性		延命希望の有無																									
		他病院の申込状況																									
		施設申込状況	老 健																								
			特 養																								
			その他																								
生 活 保 護		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																									
キーパーソン	患者との関係：	入院料負担限度額	<input type="checkbox"/> 個室可 <input type="checkbox"/> 2 人部屋まで <input type="checkbox"/> 3 人部屋以上																								
患者本人及び家族の事情	介護状況：		介護者の状況																								
	サービス利用状況：		住居環境：																								
	支払いについて		リハビリ：																								
今後の希望																											
面談者の判断	家族関係 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 問題あり																										
	家族の人間性・協力体制： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 問題あり																										

# 入院時情報提供シート

患者 ID \_\_\_\_\_

事業所名		担当者名	
電話番号		FAX 番号	

氏名		生年月日	明・大・昭和 年 月 日 ( 歳 )	性別	男・女
医療保険	国保・社保・後期・その他	障害手帳	身体 ( ) ・療育・精神・減額証・角福・特定・原爆・生保・労災		

緊急時連絡先

優先順位	氏名	住所	続柄	電話番号	連絡が付きやすい時間帯
①					
②					
③					

現病歴	既往歴
趣味	職業
役割	性格

経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 金銭管理： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に誰か： )
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( ) キーパーソン ( )
介護力	主介護者 ( ) 主介護者以外の支援者 ( ) 介護の指導： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 理解の状況： <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (具体的な問題： )

家族構成図	住環境 <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階建て 階) エレベーター (有・無) <input type="checkbox"/> 住環境上の問題 ( )
本人 (☒男性 ☉女性) 主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性	在宅主治医 医療機関名 TEL 主治医名 医療機関名 TEL 主治医名
	要介護度 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分更新中 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 区分変更中 ( 月 日 ) 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
	介護保険認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 ( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ ( 回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 ( 回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ ( 回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所 ( 回/月) <input type="checkbox"/> 配食 ( 回/週) <input type="checkbox"/> 住宅改修 (内容： ) <input type="checkbox"/> 福祉用具 (内容： ) <input type="checkbox"/> 訪問診療 ( 回/月) <input type="checkbox"/> 訪問歯科 ( 回/週) <input type="checkbox"/> その他 (内容： )

家族背景・関わり	生活歴・生活状況・地域との関わり
----------	------------------

ADL・IADL	自立	見守り	一部介助	全介助	特記事項
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助) <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	床からの立ち上がり： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上・下) 部分入歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 )
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 ( kcal) <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう 特記事項： ) 主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 (全・五分) <input type="checkbox"/> ミキサー ⇒平均摂取量 ( 割程度) 副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一〇大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (とろみ付 無・有) ⇒平均摂取量 ( 割程度) 水分摂取：1日 ( ml) 制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日 ml) とろみ剤使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嚥下障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浴室の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 入浴制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (シャワー浴・清拭・その他)
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

調理	買い物
掃除	洗濯

コミュニケーション	言語： <input type="checkbox"/> 障害有 <input type="checkbox"/> 障害無 意思伝達： <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (手段 ) 理解力： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 電話： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他 ( )) 認知症の症状： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 うつ傾向： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 聴覚障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 視覚障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ①内容 (バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・褥瘡・気管切開・在宅・その他 ( )) ②誰が (本人・訪問看護・家族 (具体的に誰か： ))
心理状況	障害の受け止め：患者 ( ) 家族 ( ) 主訴・希望等：患者 ( ) 家族 ( )

【ケアマネジャーとの面談時に得られた情報等】

そ の 他

## 入院中の外部事業者等との連絡記録シート

患者 ID \_\_\_\_\_

月/日	連絡先	連絡方法	連絡状況	連絡内容
/	01 居宅介護支援事業所 02 その他 (            )	01 面談 02 電話 03 FAX 04 メール 05 その他	01 当方から連絡 02 先方から連絡	
/	01 居宅介護支援事業所 02 その他 (            )	01 面談 02 電話 03 FAX 04 メール 05 その他	01 当方から連絡 02 先方から連絡	
/	01 居宅介護支援事業所 02 その他 (            )	01 面談 02 電話 03 FAX 04 メール 05 その他	01 当方から連絡 02 先方から連絡	



# 退院前カンファレンス配布シート

患者 ID \_\_\_\_\_

現病歴					
ADL・IADL	自立	見守り	一部介助	全介助	特記事項
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車椅子（自走・介助） <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	床からの立ち上がり： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
<input type="checkbox"/> 口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（上・下） 部分入歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____）
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食（ _____ kcal） <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
					<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう 特記事項： _____）
					主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥（全・五分） <input type="checkbox"/> ミキサー ⇒平均摂取量（ _____ 割程度） 副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一〇大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー（とろみ付 無・有） ⇒平均摂取量（ _____ 割程度）
水分摂取：1日（ _____ ml） 制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（1日 _____ ml） とろみ剤使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嚥下障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浴室の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 入浴制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（シャワー浴・清拭・その他）
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類：
入院前に比べた ADL や IADL の状況・現在の状況についての留意点					
コミュニケーション	言語： <input type="checkbox"/> 障害有 <input type="checkbox"/> 障害無 意思伝達： <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可（手段 _____） 理解力： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 電話： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他（ _____ ））				
	認知症の症状： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 うつ傾向： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 聴覚障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 視覚障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	環境整備・抑制： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 低床ベッド <input type="checkbox"/> センター <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ））				
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA 保菌： <input type="checkbox"/> 発症（部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部） <input type="checkbox"/> その他				
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ①内容（バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・褥瘡・気管切開・在宅・その他（ _____ ）） ②誰が（本人・訪問看護・家族（具体的に誰か： _____ ））				
その他の問題点や課題					
家族介護の留意点					
退院予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日予定）				
連絡事項					

# 退院前カンファレンス記録シート

患者 ID \_\_\_\_\_

氏 名			
開 催 日	( 回目 )	開 催 時 間	

《参加者》	
ご本人・ご家族	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( )
医 師	
看 護 職 員	
( )	
( )	
( )	
( )	
外 部 事 業 者	具体的に

検 討 事 項 ・ 計 画 内 容	
-------------------------	--

結 論	
-----	--

課 題	
-----	--

## ご本人・ご家族の方による評価シート

ご記入者（該当する方に○をつけてください）

01 ご本人

02 ご家族

問1 退院前カンファレンスに参加して良かったと思われましたか。（○は1つ）

01 非常に良かった

03 どちらかといえば良くなかった

02 どちらかといえば良かった

04 全く良くなかった

問2 退院前カンファレンスの良かった点、良くなかった点について、ご自由にご記入ください。

【良かった点】

【良くなかった点】

問3 退院前カンファレンスで提供された情報はわかりやすかったですか。（○は1つ）

01 非常にわかりやすかった

03 どちらかといえばわかりやすくなかった

02 どちらかといえばわかりやすかった

04 全くわかりやすくなかった

問4 もっと提供して欲しかった情報がありましたら、ご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございます。

## 外部の事業所等の方による評価シート

記入者	事業所名		
	職 種	01 ケアマネジャー 03 その他（	02 訪問看護師 ）

問 1 退院前カンファレンスに参加して良かったと思われましたか。(○は 1 つ)

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 01 非常に良かった      | 03 どちらかといえば良くなかった |
| 02 どちらかといえば良かった | 04 全く良くなかった       |

問 2 退院前カンファレンスにおける病院からの情報は、全体としてわかりやすかったですか。(○は 1 つ)

- |                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| 01 非常にわかりやすかった      | 03 どちらかといえばわかりやすくなかった |
| 02 どちらかといえばわかりやすかった | 04 全くわかりやすくなかった       |

問 3 退院前カンファレンスでの紙面「配布シート」による情報のご提供は役に立ちましたか。(○は 1 つ)

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 01 非常に役に立った      | 03 どちらかといえば役に立たなかった |
| 02 どちらかといえば役に立った | 04 全く役に立たなかった       |

問 4 退院前カンファレンスの「記録シート」のご提供は役に立ちましたか。(○は 1 つ)

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 01 非常に役に立った      | 03 どちらかといえば役に立たなかった |
| 02 どちらかといえば役に立った | 04 全く役に立たなかった       |

問 5 病院からより詳しく情報提供してほしかった内容がありましたら、ご自由にご記入ください。

問 6 患者の入院時、入院中、退院時における病院との連携の上で、課題となっていることがありましたら、ご自由にご記入ください。

【入院時】
【入院中】
【退院時】

## 第2章 モデル事業の結果の概要

### 1. モデル事業の対象患者の属性

今回のモデル事業は、4病院で計21名の患者を対象として実施した。なお、当初は24名の患者を対象として開始したが、うち3名は死亡退院又は退院延期となった。

対象とした患者の基本的な属性は以下の通りである。

性別：男性8名 女性13名

年齢：平均83.0歳（最大99歳 最小67歳）

要介護度：要支援1 2名、要支援2 3名、要介護1 7名、  
要介護2 2名、要介護3 4名、要介護4 3名 要介護5 0名

平均在院日数：50.2日（最大83日 最小6日）

### 2. 入院期間中の連携室と外部事業者等との連絡状況

今回のモデル事業では、入院期間中における病院と外部事業者や家族等との連絡状況についての記録も作成した。

21名の対象患者の入院期間中の連絡回数は平均4.9回であり、そのうち外部事業者との面談によるものが1.7回、電話やFAX等によるものが3.2回であった。

外部事業者や家族等との連絡内容としては、ムンテラの内容に係るケアマネジャーへの連絡、患者の入院期間中の状態の連絡、患者・家族の退院後のサービス利用に係る希望を踏まえた各種調整、退院の目途や予定時期に係る連絡等が多くみられた。

## ■ 病院と外部事業者・家族等との連絡の状況【事例1】

日時	連絡先	方法	状況	連絡内容
1/31	・居宅介護支援事業所	電話	病院から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昨日介護保険調査あり。</li> <li>・1/26 から全荷重、リハビリも進んでおり退院支援を進めたい旨を連絡する。</li> <li>・家族の都合を調整し、2/3 にサービス担当者会議を行うこととなる。</li> </ul>
2/3	・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター	面談	病院から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所、地域包括支援センター担当者が来院。</li> <li>・本人、家族と今後の在宅生活について検討する。</li> <li>・病棟師長、リハビリ担当者より現状報告。</li> <li>・2/17 10 時からサービス担当者会議を行い、その後、自宅退院の予定となる。</li> </ul>
2/5	・地域包括支援センター ・役所	電話	病院から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・役所に一次判定の結果を確認し、地域包括支援センターへ連絡する。</li> </ul>
2/8	・居宅介護支援事業所	面談	先方から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャーが来院し、本人と面談。</li> <li>・元々利用していたデイサービスは人数の都合で受け入れ不可となったため、他のデイサービスで調整中であるとの話あり。</li> </ul>
2/15	・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター	電話	病院から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人と面接し、退院後は自宅でゆっくり過ごしたいとの意向あり。</li> <li>・すぐにデイサービス利用は考えていない、訪問マッサージについても調整していたが、利用はしないとの話あり。</li> <li>・本人の意向が強いため、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター担当者に連絡する。</li> </ul>
2/16	・居宅介護支援事業所	面談	先方から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所の担当者が訪問し、本人と面接する。</li> <li>・退院後に自宅でゆっくり過ごしたいという意向はあるが、現在は機械浴で全介助となっているため、本人にも気持ちのゆれがあり、デイサービスのお試し利用をして、その後検討することも可能であり、明日の退院前のサービス担当者会議にはデイサービス、福祉用具の担当者が来院予定であることを伝え、納得してもらう。</li> </ul>
2/17	・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・福祉用具担当者 ・デイサービス事業所	面談	先方から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院前のサービス担当者会議を開催。</li> <li>・その後、家族とともに自宅退院。</li> </ul>

## ■ 病院と外部事業者・家族等との連絡の状況【事例2】

日時	連絡先	方法	状況	連絡内容
12/1	・ 居宅介護支援事業所	電話	先方から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族から電話があり、「2日に（病院で）面談があるので同席してほしい」と言われたがどのような状況であるか確認したいとのこと。</li> <li>・ 今後の退院に向けた計画について家族と具体的な方向性を定めるための面談であるため、同席の必要性は出席が難しければ問題ないことを伝える。</li> <li>・ ケアマネジャーが出席できないため、方向性など定まってからの介入とすることとなる。</li> </ul>
12/15	・ 居宅介護支援事業所	面談	病院から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家屋調査実施。</li> <li>・ 本人、家族、ケアマネジャー同席のもと、家屋環境と退院後のサービスについて、デイサービス利用やショートステイ併用しつつ在宅生活できる方向で話し合う。</li> </ul>
12/18	・ 居宅介護支援事業所	電話	先方から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅復帰のため何度かに分けて外出と外泊を重ねたいとの方向になり、居住スペースに介護用ベッドなど導入できるよう伝える。</li> </ul>
1/4	・ 老人保健施設	電話	病院から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族より連絡あり、在宅への復帰は家族の介助量的にも困難とのこと。</li> <li>・ 施設入所方向のため、施設申込み等を進めるため家族了承のもと入所相談する。</li> <li>・ また、方向性転換にあたり、先方の相談員とケアマネジャーとで情報共有を行ってもらう。</li> </ul>
1/10	・ 居宅介護支援事業所	電話	先方から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジャーより「家族から入所先施設について不安」との電話があったため、施設についての説明と、嚥下評価・訓練については施設に言語聴覚士がいることを説明し、施設入所後でも相談できるのではないかと伝える。</li> </ul>
	・ 老人保健施設	電話	病院から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1/13に家族と嚥下評価について、今後の病状の予後について話した上で、在宅復帰困難であれば本人へその旨を伝えるタイミングも含めて話し合い、あらためて申し込みすることとする。</li> </ul>
1/13	・ 老人保健施設	電話	病院から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院している間に嚥下評価などは実施してほしいとの希望が本人と家族から出ているため、入所についてはそれ以降になると伝える。</li> </ul>
1/18	・ 老人保健施設	電話	病院から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 嚥下評価の結果、嚥下可能レベルではあるが、施設での継続した嚥下訓練について問い合わせたところ今後の予後を考えるとハイリスクであり対応困難とのこと。家族と本人に結果を伝えた上で判断してもらうこととする。</li> <li>・ また、そのまま入所希望であれば調整可能であることも確認する。</li> </ul>
1/19	・ 老人保健施設	電話	病院から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ムンテラ実施。家族、本人ともにリスクよりも安定した生活環境を選択することを決定したため、このまま入所の方向で進めたいと伝える。</li> </ul>
1/19	・ 老人保健施設	電話	先方から	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約手続きが終了し、入所日について調整。</li> </ul>

### 3. モデル事業終了後の本人・家族、外部事業者の満足度

モデル事業においては、退院前カンファレンス終了後に、参加した患者本人又は家族、外部の介護サービス事業者から、その満足度や課題等についてアンケート調査を実施した。

#### 1) 患者・家族

退院前カンファレンス終了後の「ご本人・ご家族の方による評価シート」による満足度をみると、概ね良好の回答を得た（回答者：本人5名、家族14名、不明2名）。

#### ■ 退院前カンファレンスに参加して良かったと思われましたか。

図表 回答結果

	人数	割合
非常に良かった	14名	66.7%
どちらかといえば良かった	4名	19.0%
どちらかといえば良くなかった	1名	4.8%
全く良くなかった	0名	0.0%
無回答	2名	9.5%
計	21名	100.0%

#### 良かった点

- ・退院後の生活について分かって良かった。
- ・退院後のイメージができた。
- ・退院後の生活についてある程度の見通しが持てた（気をつける点など）
- ・退院後のトレーニングについてアドバイスしてもらって非常に良かった。
- ・「コーラックはだめ」とだめなものが分かって良かった。
- ・病院に入ってから以前よりも顔の表情も豊かになり色々な面で良い状態が見受けられた。一日そばにいられなかったので大変様子がわかった。
- ・本人の病院内の状況が分かりやすく良かったと思います。
- ・自分の気持ちを関係者の人に聞いてもらえたのが良かったです。
- ・各専門の方から経過や状態等のお話をいただいて情報を共有していただき、多くの方に支えていただけてありがたいと思いました。

#### 良くなかった点

- ・本人がいたので、話したいことが話せないこともあった。



■ 退院前カンファレンスで提供された情報はわかりやすかったですか。

図表 回答結果

	人数	割合
非常にわかりやすかった	14名	66.7%
どちらかといえばわかりやすかった	5名	23.8%
どちらかといえばわかりやすくなかった	0名	0.0%
全くわかりやすくなかった	0名	0.0%
無回答	2名	9.5%
計	21名	100.0%

良かった点

- ・家族でいながら高齢者に対する知識が少なく、もう少し色々なことを把握して、接することができなかったのが残念です。院内の方々の仕事とはいえ、その関わりに大変感謝、勉強になりました。今後の関わり方に役立てたいと思います。

2) 外部事業者

退院前カンファレンスに参加した外部の 24 事業者（回答者：居宅介護支援事業所 19 名、地域包括支援センター 2 名、通所介護事業所 1 名、短期入所生活介護事業所 1 名、老人保健施設 1 名）から回収した「外部の事業所等の方による評価シート」による満足度についても、概ね良好の回答を得た。

■ 退院前カンファレンスに参加して良かったと思えましたか。

図表 回答結果

	人数	割合
非常に良かった	21名	87.5%
どちらかといえば良かった	3名	12.5%
どちらかといえば良くなかった	0名	0.0%
全く良くなかった	0名	0.0%
計	24名	100.0%

- 退院前カンファレンスにおける病院からの情報は、全体としてわかりやすかったですか。

図表 回答結果

	人数	割合
非常にわかりやすかった	17名	70.8%
どちらかといえばわかりやすかった	6名	25.0%
どちらかといえばわかりやすくなかった	1名	4.2%
全くわかりやすくなかった	0名	0.0%
計	24名	100.0%

- 退院前カンファレンスでの紙面「配布シート」による情報のご提供は役に立ちましたか。

図表 回答結果

	人数	割合
非常に役に立った	19名	79.2%
どちらかといえば役に立った	3名	12.5%
どちらかといえば役に立たなかった	0名	0.0%
全く役に立たなかった	0名	0.0%
無回答	2名	8.3%
計	24名	100.0%

- 退院前カンファレンスの「記録シート」のご提供は役に立ちましたか。

図表 回答結果

	人数	割合
非常に役に立った	12名	50.0%
どちらかといえば役に立った	5名	20.8%
どちらかといえば役に立たなかった	1名	4.2%
全く役に立たなかった	0名	0.0%
無回答	6名	25.0%
計	24名	100.0%

また、外部の事業者が病院から情報提供してほしかった内容としては、患者の状況（入院中の訴えや ADL の変化等）、退院後の生活についての具体的なアドバイス等についての意見がみられた。

#### 病院から情報提供してほしかった内容

##### 【入院中の状況】

- ・入院中の本人の訴え（車を運転したい等）
- ・現在の ADL についての詳しい状況
- ・ADL の状態の変化（入院時と比べて良くなったのか、悪くなったのか）

##### 【退院後の生活についてのアドバイス】

- ・退院後の生活で病状にかかる気をつける点やアドバイス（食生活や通所サービスでのリハビリテーションの内容の指示等）
- ・在宅におけるリハビリテーションや食事の方法

##### 【感想】

- ・事前に詳しく情報提供していただけてスムーズに対応できました。
- ・入院後の面談や途中での経過報告で入院中の状況が分かったが良かったです。
- ・不定愁訴とパーキンソン病による症状の違いが分かりづらいことがあり、対応に苦慮していました。病院の方には様々なアドバイスをいただきましたが、また次回入院の際にもアドバイスいただけたらありがたいです。
- ・サマリーなどもいただき、詳しい情報提供をしていただきました。分からないことがあればこちらから聞くことで特に問題はないかと思えます。

さらに、患者の入院時、入院中、退院時における病院との連携上の課題等について、外部事業者からは下記のような回答があった。

#### ■ 入院中の連携の課題

患者の入院中における病院との連携上の課題については、確定した診断結果に係る連絡の要望、患者の ADL の変化の状況の把握、退院の目安の把握、退院後に利用を予定するサービスの検討への参加希望等がみられた。

#### 連携の課題【入院中】

##### 【診断結果】

- ・検査後、確定した診断についての連絡

##### 【ADL の状況】

- ・ADL の変化
- ・状態変化があった時の連絡。要介護度の区分変更が必要があれば連携を図ることで退院時の支援がスムーズに行くことが考えられます。

## 連携の課題【入院中（続き）】

### 【退院の目安】

- ・退院時の目安やゴール
- ・退院予定や退院前カンファレンスの必要性について確認があったのが良かった

### 【退院後の利用サービス】

- ・入院中の経過は随時 MSW の方に情報をいただいておりますが、利用サービスについてケアマネジャーにも意見を聞いていただけるといいと思うケースがあります。
- ・今回の事例ではないが、新規で退院される利用者の紹介があった時に既に病院側と利用者間で利用サービスが決まっていることがある。アセスメントの結果、利用者の意向が違うことも多々あるので、退院後のサービス調整の段階となった時点でケアマネジャーも参加させてほしい。

### 【家屋調査等】

- ・一時退院や家屋調査を実施していただき、在宅復帰の際の問題点の検討や準備ができて助かりました。

## ■ 退院時の連携の課題

患者の退院時における病院との連携上の課題については、退院日に関する早めの連絡の要望、退院前カンファレンスの開催時間帯の柔軟な設定や看護サマリーの提供への希望等がみられた。

## 連携の課題【退院時】

### 【退院日の決定】

- ・退院日が急に決まること。それまで連絡が無く、家族から連絡があって準備になっている。
- ・時期によっては急な退院になることもあり、調整に慌ただしくなる。
- ・退院からサービスにつなげるまでに時間がかかることがあるため、退院日を予め打ち合わせる等対策を考えたいと思います。
- ・ケースによってはもう少し早く退院の目途を教えてくださいと助かります。
- ・退院の日時について家族の同意が得られない時など、一緒に説明してほしい。

### 【退院前カンファレンス】

- ・退院前カンファレンスでは在宅で支援していたメンバーが参加でき、円滑に在宅サービスに繋ぐことができました。本人や家族にも在宅生活のイメージが具体的にになりやすく不安感も軽減されたと思います。
- ・退院時のカンファレンスについて、他事業所が参加できない時間帯もあり検討をお願いしたい。
- ・入院中の生活状況など、病棟看護師からの話も聞くことができたら良いと思う。

### 【看護サマリーの提供】

- ・他院からは退院時に看護サマリーをいただく場合が多く、了解を得てそれを介護保険の通所サービス事業所に提供させていただいております。入院中に行われた治療や現在の ADL 状況が事業所の担当者にご理解いただけるため助かっています。

## 第3章 入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との多職種協働の課題

今回のモデル事業、並びに並行して実施した協力施設の地域連携室等の担当者、及び外部のケアマネジャーへのヒアリング調査を通じて、入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との多職種協働の課題として以下のものが挙げられた。

### 1. 入院時における円滑・迅速な情報共有の必要性

#### ■ 病院が患者のケアマネジャーを迅速に特定できる仕組みづくり

通常、病院側は入院患者の在宅におけるケアマネジャーについて、介護保険証に記載されている事業所名を確認したり、利用本人又は家族から情報を入手したりすることで、居宅介護支援事業所に連絡を取っている。

しかし、患者の担当ケアマネジャーを特定するための情報を入手できない場合（本人や家族から正確な情報を入手できない、入院時に介護保険証を携帯していない等）は、病院側が該当する居宅介護支援事業所を探し出し、連絡すべきケアマネジャーの特定に相応の手間がかかる場合があることから、自治体の介護保険所管課等と連携し、迅速な確認のための仕組みを活用する必要がある。

#### ■ ケアマネジャーの訪問・面談による「顔と顔の見える」関係性による情報共有

入院時には病院の地域連携室等の職員とケアマネジャーが面談を通して情報共有を行い、「顔と顔の見える」関係を構築しながら、患者の退院支援に向けた取り組みを協働して進めることが期待される。

しかし、病院の入院医療に係る診療圏がケアマネジャーの通常の活動エリアよりも広いことが多く、利用者が担当ケアマネジャーの活動エリア外の医療機関に入院する場合は、ケアマネジャーが病院を訪問する時間を取れない場合がある。また、病院側も患者の入院日に電話で即日来訪を求めることが往々にしてあるため、対応できないケアマネジャーもいる。

また、急性期病院では短期間のうちに退院する患者も多く、病院側のソーシャルワーカーの担当患者数も多い。そのため、病院側の担当者がすぐに決まらない場合もあり、病院に連絡してきたケアマネジャーとの情報共有が遅れる場合もある。また、ケアマネジャーが病院に連絡を取っても、治療方針が決まらない段階では訪問日が決まらない場合もある。

そのため、入院時におけるケアマネジャーと病院等職員との迅速かつ「顔と顔の見える」情報共有の方法については、地域的なルールづくりを含めた取り組みを進める必要がある。

## ■ 病院側の連携窓口の必要性

通常、ケアマネジャーは病院の地域連携室等の担当者と連携をとるが、病院側に地域連携室等の窓口がない場合、ケアマネジャーは病院の総合受付から病棟にいる医師や看護職員に電話をつないでもらって情報共有を図ることになる。しかし、病棟での医師や看護職員の過密な業務を知っているケアマネジャー側の方で連絡を取ること自体を遠慮してしまうこともある。また、病棟看護師は担当する患者が日々のシフトで変わることがあるため、ケアマネジャーも同一の看護職員と情報を共有しつづけることが困難になる場合がある。

また、開業医についても、午前中は診療があるため、午後の休憩時間をねらって連絡を取ることが多い。しかし、その休憩時間を使って訪問診療を行い不在となる医師もいるため、その場合は診療終了後の夜間に連絡を取るしかないこともある。地域によっては、地域医師会が「ケアマネタイム」を導入しているところもあるが、今後のさらなる普及が望まれている。

## 2. ケアマネジャーと病院等職員とが共有する情報について

### ■ 在宅における看護・リハビリテーションに関する情報の共有の必要性

通常、利用者が入院した場合、ケアマネジャーは所定の様式に入院患者に係る最新情報を記載し、病院に情報提供を行っている。

この際、入院患者が在宅で利用していた訪問看護や訪問/通所リハビリテーションの内容についても十分に病院に提供されることが期待される。このうち、訪問看護を利用していた患者の場合は、訪問看護ステーションの看護職員が病院への申し送りのためのサマリーを作成し、提供している場合がある。訪問/通所リハビリテーションについても、訪問看護のサマリーと同様の申し送りに係る資料を訪問/通所リハビリテーション事業所の理学療法士等が作成することが今後期待される場所である。

また、在宅での看護やリハビリテーション等についての専門的な情報の共有を円滑に行うためには、利用者に関する情報を集約し関係者間において伝達・共有する役割であるケアマネジャーに対して各専門職が分かりやすく伝えるとともに、病院職員等やケアマネジャー、その他の介護サービス事業者間における、それぞれの立場からの情報ニーズについて意識合わせを行う必要がある。

在宅と病院の専門職間における情報共有の方法については、同一法人内であればカルテの共有等により可能となるが、他法人である病院と外部事業者の間では困難であるため、各地域において構築されつつある医療・介護情報ネットワークへの参加等も考慮する必要がある。

## ■ 退院後の療養生活を意識した情報提供の必要性

退院前カンファレンスは、患者本人や家族をはじめ、退院支援や退院後の療養生活を支える関係者が「顔と顔の見える」関係を構築し、書類等による情報を補い合いながら患者ごとの「ゴール」の設定を行う重要な場である。

その際、退院後の療養生活を中心的に支える家族や介護サービス事業者が不安なく支援を行うためにも、各専門職は在宅での療養上のアドバイスについてわかりやすく情報提供を行う必要がある、本人・家族はもとより他の専門職も共通理解できる言語を用いた説明が重要となる。あわせて、病院と介護サービス事業者の看護職員や理学療法士等の専門職同士が、それぞれの専門知識に基づいた情報の共有を可能にするツールの検討も必要である。

また、病院の職員等においても、患者の在宅移行、つまり、病院の施設設備のない環境下での療養生活へ円滑に移行することをより強く意識した支援が求められる。今後は、退院時共同指導においても看護職員等の役割が大きくなる。

今回のモデル事業の協力医療機関の1つでは、今後の在宅生活についての看護職員、理学療法士等、医療ソーシャルワーカーの視点を揃えることの重要性から、在宅生活に向けた課題抽出シートを検討しているところである。

## ■ 退院後の情報共有の必要性

現在、退院後の患者の状況についてケアマネジャーが情報をフィードバックする場合もあるが、それほど一般的とはなっていない。今後は、平時における情報共有のあり方についても検討する必要がある。

## 3. その他の課題

### ■ 人生の最終段階における医療・ケアに関する意向の把握

現在、ケアマネジャーは本人や家族と人生の最終段階における医療・ケアに関する意向について話し合いをすることはほとんどなく、かかりつけ医と情報共有することもほとんどない。

今回モデル事業の協力医療機関の1つでは「事前指定書」として全入院患者からその意向に係る任意の書面をとっているが、今後、人生の最終段階における医療・ケアに関する意向について、どこまでの範囲で情報を共有すべきかについて検討が必要となる。

### ■ 病院による地域活動の必要性

病院が地域住民をもちろん、外部の介護サービス事業者に対しても開かれた施設と

なるべく、医療や介護の予防的側面にも軸足を置いた地域活動をより推進することが必要であるとの意見もあった。

#### ■ 今回のモデル事業で使用した情報共有ツールについて

病院の医師や看護職員のニーズとして、入院時情報収集シートに「人体図」を付加し医療処置等の情報を示す必要があるのではないかとの意見もあった。

また、退院前カンファレンス配布シートにおいては、排泄介助や認知症の症状等についての日中夜間の変化についての情報記載が必要との意見もあった。

## 4. 今後の検討に向けて

本調査研究事業では、協力病院におけるモデル事業を通じて、ケアマネジャーと病院職員の円滑かつ効果的な連携のあり方に関する工夫や課題を把握することができた。

入院時の面談や退院前カンファレンスにおいて、病院職員とケアマネジャーが「顔と顔の見える」関係を構築し、患者の退院支援に向けた取り組みを協働して進めることは、患者が円滑に在宅移行を果たし、退院後の在宅での療養生活を不安なく過ごすためにも非常に重要である。

また、家族、外部の介護サービス事業者から情報を網羅的に収集・集約して病院に伝えるケアマネジャーの役割、そして、そのケアマネジャーから提供される情報を院内スタッフに効果的・効率的に展開し、退院支援に向けた取り組みを進める地域連携室等の担当者の役割は、患者を支える関係者間での情報共有の結節点であり、入退院時における円滑かつ効果的な連携を図る上でも非常に大きい

今後、病院等職員とケアマネジャー等の多職種が円滑な連携を図るためにも、各専門職が他職種にもわかる言語を用いた情報共有を行い、在宅移行に係る課題に対する視点を揃えていくことが必要となる。そのためにも、各専門職が自らの職能発揮のために期待する情報ニーズについて意識合わせをすることも重要である。また、病院と在宅における同じ専門職同士が、専門知識に基づいた情報等を共有できるための方策もあわせて検討することが必要である。

上記の点を踏まえて、今後は、入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との円滑かつ効果的な連携を地域の面的な取り組みとして推進する方策を検討することが重要となるものとする。



# 参 考 资 料

医療法人慈繁会 土屋病院



## 相談案件の進め方

連携パス・診療情報提供書が届いたら、当日中に下記を行う

- ①「相談者名簿」に入力する
- ②相談案件内容を検討し、当院受入れ可否を検討する
- ③医療・介護を判断し、担当医を決める  
医療の場合：医療区分を決める  
介護の場合：申請中・区変中・予想介護度を記入する

受入れ不可

- ①相手先病院担当SWに連絡する
- ②相談案件に不可の理由を記入し、「お断り案件ボックス」に入れる（後日、ファイルに綴る）

受入れ可

- ①相手先病院担当SWに案件で不明点の問い合わせをする
- ②回覧票を作成する
- ③担当医・当該病棟に回覧する（原則2日で回収）
- ④「地域連携室相談案件進捗状況表」に回覧日、回収日、担当医、病棟欄に月日、可否、保留を「○△×」で記入

訪問調査・家族面談

- ①相手先病院担当SWに連絡し、訪問調査・家族面談日を調整する（日程が決定したら「地域連携室相談案件進捗状況表」に入力する）
- ②訪問調査・家族面談実施
- ③実施後、内容を担当医・当該病棟師長へ報告する

※家人の都合で訪問日に家族面談が実施できない場合

- ①当院で行う
- ②担当SWに家人に再度調整を依頼する  
一面談日が決定したら「地域連携室相談案件進捗状況表」に入力し、面談を実施する

入院可

「地域連携室相談案件進捗状況表」の可否に「○」を記入

入院不可

- 「地域連携室相談案件進捗状況表」の可否に「×」を記入
- ①相手先病院担当SWに受入れ不可を連絡する

入院決定

相手先病院担当SW・家人に、入院決定・待機となったことを連絡する（「地域連携室相談案件進捗表の待機者欄」に入力）

入院判定会議

患者の状態や担当医・受け入れ病棟などを説明し、全員の共通認識の場とする

### 留意事項

- ①相談案件の主治医を誰にお願いするかは、地域連携室とする。
  - ②当該医師と当該師長の判断が分かれた場合は、地域連携室が介入し両者と話し合い、最終決定する。
  - ③どの病棟、病室で受けていくかのベッドコントロールは、地域連携室と師長の話し合いで決定する。
- ☆青字は看護師メインの業務、赤字はSWメインの業務とするが状況に合わせて要対応

平成29年4月1日

平成 年 月 日

〇〇総合病院  
相談室 △△△様

土屋病院地域連携室  
担当

〇〇・T 様 入院について

日頃は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。  
さて、〇〇・T様の入院につきまして、下記事項についてご依頼申し上げます。  
大変お忙しい所、お手数をおかけ致しますが、宜しくお願い致します。

### 記

#### 1. 転院日

5月 23日(火) 13時 30分頃当院到着

#### 2. 事前に準備していただきたいもの(5/22(月)10時までにFaxをお願い致します。)

- ①診療情報提供書(担当医:□□ □□)(コピー)
- ②全診療科退院処方(内服、外用、注射、等コピー)
- ③直近の血液検査データコピー(時系列でお願い致します)
- ④看護サマリー(コピー)
- ⑤リハビリサマリー(コピー)
- ⑥患者様転院についての確認事項

※下記の点につきまして、返信文書を同封させていただきますのでご回答いただけます様お願い致します。

- ①転院の交通手段
- ②看護師さんの同行(可能な限り同行をお願いできれば助かります。)
- ③退院時処方の投与日数

#### 3. 転院時に準備していただきたいもの(当日は原本をよろしくお願い致します)

- ①診療情報提供書(担当医:□□ □□)
- ②全診療科退院時処方箋(内服薬、外用薬、7日分以上お願いできれば助かります。)
- ③直近の血液検査データコピー
- ④看護サマリー
- ⑤リハビリサマリー
- ⑥CT、MRI、胸部X-P、超音波画像(CD-ROMでお願い致します)
- ⑦退院証明書

#### 4. その他

本件不明な点につきましては、ご連絡いただければ幸いです。

TEL 024-935-1209 (地域連携室直通) 024-932-5425 (土屋病院代表番号)  
FAX 024-934-1599 (地域連携室直通)

平成 年 月 日

土屋病院地域連携室  
担当

△△・T 様 入院についての確認事項

①転院の交通手段

病院車      民間救急車      福祉タクシー      家族搬送

②看護師さんの同行

同行します      同行しません

③患者様の移動手段

車椅子      ストレッチャー

④退院時処方投与日数

退院時処方      日分

医療機関名  
担当者

# 入院時情報提供シート

事業所名				担当者名		
電話番号			FAX番号			
氏名			生年月日	明・大・昭 (歳)	年	月 日 (性別 男・女)
緊急時連絡先(優先順位)						
1	氏名	住所	続柄	電話番号	連絡が付きやすい時間帯	
2						
3						
現病歴				既往歴		
家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター(有・無) <input type="checkbox"/> 住環境上の問題( )			
本人(☑男性 ☑女性) ☑キーパーソン ☐・女性 ☐・男性	在宅主治医	医療機関名	〒	主治医名		
		医療機関名	〒	主治医名		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中( 月 日) 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5				
	介護保険認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
サ ー ビ ス 利 用 状 況	<input type="checkbox"/> 訪問介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護( 回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴( 回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ( /週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ( 回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所( 回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容: ) <input type="checkbox"/> その他( )					
ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入	
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車いす・杖使用・歩行器使用・装具・補助具使用	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	床からの立ち上がり(可・不可)	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯:無・有(上・下) 部分入歯:無・有(部位)	
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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・粥(全・五分)・ミキサー (平均摂取量 割程度) 副食:通常・一口大・刻み・極小刻み・ミキサー(とろみ付:無・有) (平均摂取量 割程度) 水分摂取:(1日 ml) 制限:無・有(1日 ml) ・とろみ剤使用(無・有) 嚥下障害(有)	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浴室の有無(有・無) 入浴制限:無・有(シャワー浴・清拭・その他( ))	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:トイレ・ポータブル・尿器・オムツ	
療養上の問題 服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他( )) 認知症の症状(無・有) うつ傾向(無・有) 聴覚障害(無・有) 視覚障害(無・有)					
医療処置	無・有 ①内容:バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくろう・気管切開・在宅酸素 その他( ) ②方法(誰が行う):本人・訪問看護・家族(具体的には誰 )					
経済状況	年金・生活保護・その他( )			金銭管理:本人・その他( )		
世帯構成	独居・高齢者夫婦世帯・その他( )			キーパーソン( )		
介護力	主介護者( ) 主介護者以外の支援者( ) 介護の指導(無・有) 理解の状況:十分・不十分:問題( )					
連絡事項等(日中の生活・活動状況、在宅での目標、本人・家族の思い)						

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

入院予定患者カンファ会議資料（訪問調査報告書）

患者様 氏名	様（ 歳 性）		住所				
訪問日	平成 年 月 日		訪問先		病院		
面談	(先方) 病棟看護師		(当方)				
診断名 既往歴 経過  パイル  食事  点滴 ADL  麻痺 リハビリ 清潔 排泄 意思疎通 吸引 褥瘡 処置 バルン挿入 バルン理由							
感染症	HCV ( ) HBs ( ) RPR ( ) 耐性菌 ( ) 部位[ ] その他 ( ) 血液型 ( 型 Rh )						
家族の 意向	急変時の対応： 状態悪化時： 他病院の申込状況： 施設の申込状況： キーパーソン：						
介護保険		コスト	¥	区分	医	病棟	医療 ・ 包括 ・ 介護
備考						主治医	



# 家族面談記録票

面談日 平成 年 月 日

面談者

患者氏名	様	男・女	生年月日	M T S	年	月	日生( )才
------	---	-----	------	-------------	---	---	--------

面談者	様	男・女	年齢	/	患者との関係		同居・別居
住所		備考			職業の有無		有・無

急変時の対応		家 族 構 成	
延命希望の有無			
他病院の申込状況			
施設申込状況	老健		
	特養		
	その他		
生活保護	有・無		

入院料負担限度額	個室可	2人部屋 まで	3人部屋 以上	キーパーソン	
				患者との関係	

患者本人及び家族の事情	介護状況：	介護者の状態：
	サービス利用状況：	住居環境：
	支払いについて：	リハビリ：

今後の希望等	

面談者の判断	家族関係	問題なし	・	やや問題あり	・	問題ある
	家族の人間性・協力体制	問題なし	・	やや問題あり	・	問題ある

平成29年6月1日改訂

退院調整共有情報

担当ケアマネ( )

面談日時	平成 年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分			場所			
面接参加者				病院の連絡窓口(所属)	( )		
氏名				生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)	性別	男・女
病名 (入院理由)				合併症			
既往歴				入院期間	平成 年 月 日~平成 年 月 日(予定)		
病院主治医 (診療科名)	( )			在宅主治医			
①病院から本人・家族への病状の説明内容 ②本人・家族の受け止め方 ③本人・家族の今後の希							
今後治療方針等(治療方針・受診計画・訪問看護への指示内容など)							
退院後受診 医療機関	本院・在宅医・その他( )			次回受診予定: 平成 年 月 日			
リハビリ	無・有 (内容 )						
薬物治療	無・有 (内容 )						
医療処置	無・有 ①内容:パルカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう(部位 )・気管切開・在宅酸素 その他( ) ②方法(誰が行う):本人・訪問看護・家族(具体的には誰 )						
生活上の指示	無・有 (内容 )						
ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子		
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車いす・杖使用・歩行器使用・装具・補助具使用		
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	床からの立ち上がり(可・不可)		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有)		
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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・粥(全・五分)・ミキサー (平均摂取量 割程度) 副食: 通常・一口大・刻み・極小刻み・ミキサー(とろみ付:無・有) (平均摂取量 割程度) 水分摂取:(1日 ml) 制限:無・有(1日 ml) ・とろみ剤使用(無・有) 嚥下障害(無		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浴室の有無(有・無) 入浴制限:無・有(シャワー浴・清拭・その他( ))		
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:トイレ・ポータブル・尿器・オムツ		
療養上の問題 服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他( )) 認知症の症状(無・有) うつ傾向(無・有) 聴覚障害(無・有) 視覚障害(無						
感染症	MRSA保菌(保菌部位:痰・血液・尿・創部・鼻腔)・HBV・HCV・疥癬・その他( )						
経済状況	年金・生活保護・その他( )			金銭管理:本人・その他( )			
世帯構成	独居・高齢者夫婦世帯・その他( )			キーパーソン( )			
介護力	主介護者( ) 主介護者以外の支援者( ) 介護の指導(無・有) 理解の状況:十分・不十分:問題( )						
備考欄							



公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院



## 《入院される患者様、ご家族様にお聞きしたいこと》

患者さま氏名： \_\_\_\_\_ 様

※お手数おかけいたしますが、ご記入をお願いいたします。

### 1. 身体状況

- ① 身長 (            ) cm
- ② 体重 (            ) kg (入院時の実測値)
- ③ 過去6ヶ月間の体重の変化：なし・あり (増えた・減った)
- ④ 過去2週間の体重の変化：なし・あり (増えた・減った)
- ⑤ 食事摂取量の変化：なし・あり (増えた・減った)
- ⑥ 2週間以上持続する消化器症状 (悪心・嘔吐・下痢・便秘・食欲不振など)  
なし・あり
- ⑦ アルコール：飲まない・飲む ※飲む方にお聞きします：種類 (            )、  
1日あたりの量 (        ) 合、週 (        ) 回
- ⑧ タバコ：吸わない・吸う ※吸う方にお聞きします：1日 (            ) 本、  
喫煙歴 (        ) 歳まで、約 (        ) 年間
- ⑨ アレルギー：なし・あり ある場合：薬剤 (            )、食物 (            )
- ⑩ ぜんそく：なし・あり
- ⑪ 視力障害：なし・あり (            )
- ⑫ 聴力障害：なし・あり (            )
- ⑬ 食べ物を飲み込むときの障害：なし・あり (            )
- ⑭ 利き手：右・左

### 2. 入院前の生活

- ① 食事：一人で食べられる・一部介助が必要・すべて介助が必要
- ② 移乗：一人で移動できる・一部介助が必要・すべて介助が必要
- ③ 整容：一人でできる・一部介助が必要・すべて介助が必要
- ④ トイレ動作：一人でできる・一部介助が必要・すべて介助が必要
- ⑤ 入浴：一人でできる・一部介助が必要・すべて介助が必要
- ⑥ 平地歩行：一人でできる・一部介助が必要・すべて介助が必要
- ⑦ 階段：一人でできる・一部介助が必要・すべて介助が必要
- ⑧ 更衣：一人でできる・一部介助が必要・すべて介助が必要
- ⑨ 排便：失禁せずに行える・ときどき失禁する・いつも失禁している
- ⑩ 排尿：失禁せずに行える・ときどき失禁する・いつも失禁している
- ⑪ 入れ歯：なし・あり (全部・部分)、(本日持ってきている・持ってきていない)
- ⑫ 服用薬剤：なし・あり (本日持ってきている・持ってきていない)

※裏面にもご記入をお願いいたします。

### 3. 服用薬剤について

本日内服：なし・あり（内容：

時間： ）

### 4. 以前にかかった病気

発症年月日	年齢	病名	かかりつけ医療機関名	治療内容
	歳			内服・手術・その他（ ）
	歳			内服・手術・その他（ ）
	歳			内服・手術・その他（ ）
	歳			内服・手術・その他（ ）

### 5. 緊急時の連絡先 ※キーパーソン順にご記入下さい。

	氏名（ふりがな）	続柄	電話番号（自宅）	電話番号（携帯）
①				
②				
③				

### 6. 家族構成 ※一緒に住んでいる方を記入して下さい

（ ）

祖父母・父母・兄弟（姉妹）・伯父・伯母に脳卒中の方はいますか？（なし・あり）

### 7. サービス関係

介護保険申請：未申請・申請済み ※申請済みの方は下欄にご記入お願いいたします。

要介護度：要支援（1・2）、要介護（1・2・3・4・5）

事業所名：

担当ケアマネジャーの氏名：

《利用中のサービス》

サービス内容	利用頻度	事業所名
通所介護（デイサービス）	週 回	
短期入所（ショートステイ）		
通所リハ（デイケア）	週 回	
訪問介護（ヘルパー）	週 回、1日 回	
訪問看護	週 回、1日 回	
訪問リハビリ	週 回	
その他（ ）		

### 8. 連絡事項

①新型インフルエンザの対応といたしまして、面会時間を午後1時～7時まで311号室～317号室は、午後3時～7時までに制限させていただいております。

②貴重品については、ご家族様の方で管理をお願いいたします。

①服用薬剤について

本日内服していますか？なし・あり（内容： 時間 ）

②祖父母・父母・兄弟（姉妹）・伯父・伯母に脳卒中の方はいますか？

なし・あり （どなたですか？ ）



## 入院時インテーク面接テンプレート

…と面接

経過：/脳梗塞脳出血くも膜下出血にて当院入院

/脳梗塞脳出血くも膜下出血大腿骨頸部骨折にて病院入院、/リハビリ目的にて当院転院

家族構成：本人、…の…人暮らし

ほかの要介護者：

- 【・同居・別居関わらず、本人が介護していた方がいるか、家族が介護している方がいるか伺う。
- ・下記介護保険の話題を出した時に、制度についてご存知か、以前介護経験があるか等も確認するとよい
- ・介護経験がある、もしくは他の家族が介護していたのを見ていた場合は、その時の印象などをきちんと伺っておく(経験はその方の中に印象として残ります)】

家族状況：

- 【・同居家族から書きましょう。1日の中で、自宅を出入りする家族の流れが分かるとよいです。
- ・家族関係や、家族内の力関係などが分かるように(エマップを書くイメージ) ・病院で使う「キーパーソン」という言葉は、あくまでもスタッフ側が便宜的に使用していることを忘れない。また、「キーパーソン」の方が家族内で果たす役割も確認しておく。「キーパーソン」を連絡窓口として設定しているご家庭、決定権として設定しているご家庭など、様々です。また、家族内で決定しているキーパーソンと、本人が頼りたい人・任せたい人が異なる場合もあります。家族内の関係性は尊重しつつ、MSWとしてはあくまでも本人の意向を叶える支援を実践しましょう】

入院前の生活：

- 【・家庭内や地域での役割、趣味活動などを伺いましょう ・外出する頻度やその方法なども伺っておくとよいでしょう】

就労状況：

- 【・復職を目指すような方の場合は、よく伺っておきましょう ・出勤時間 ・通勤方法 ・仕事内容 ・立場(役職など) ・部署人数(本人と同じ仕事をしている方は何人いるか、協力してもらえそうな体制があるか)】

かかりつけ医：

- 【・医療機関名 ・何の病気で通院しているか ・通院方法】

既往歴：

- 【・電子カルテ内の「既往歴」欄にもありますが、MSWとしても確認しておく ・どのような病歴を辿ってきているか、それらをどのように乗り越えてきたかは、今回の病気とどのように向き合うか、乗り越えるか、参考になります】

家屋環境：

- 【・持ち家or借家 ・平屋or2階建て ・車～玄関まで ・玄関前の段差 ・上がり框 ・屋内の敷居 ・椅子or床に座る ・ベッドor布団 ・洋式トイレor和式トイレ ・2階建てかつ2階を使う可能性がある場合は階段の手すり・2階のトイレ有無】

医療保険：国民健康保険、協会けんぽ、健康保険任意継続被保険者、健康保険組合、共済組合、国民健康保険高齢受給者証(70歳以上)、後期高齢者医療(75歳以上)

介護保険：

要介護度)要支援 要介護 新規申請中(認定調査済み・未実施、主治医意見書作成済み・未作成・前医に作成依頼) 区分変更申請手続き中

【・介護保険はいつから利用しているか。・きっかけは何？(入院、医師・家族から勧められた、等)】

ケアマネ事業所名…/…ケアマネ/TEL…

【・ケアマネとの窓口は家族の誰が担っているか、いつから担当していただいているか。 ・ケアマネと契約したきっかけは？ ・家族の担当だった、知人の紹介、等)】

介護保険負担割合証)1割 2割

【65歳以上の方で、介護保険サービスを利用している場合は負担割合も確認しておく】

介護保険負担限度額認定証) 第123段階【施設サービス利用時に提示】

介護保険サービス)

「事業所名」通所リハ/週…回(曜日)

「事業所名」デイサービス(短時間リハビリ強化型)/週…回(曜日)

「事業所名」訪問看護(内容はリハビリ)/週…回(曜日)

「事業所名」ヘルパー/週…回(曜日)

【・サービスの名称と頻度だけではなく、可能な限り、利用しているサービスの事業所名と利用目的も記載。 ・本人(または家族)のサービス利用に対する気持ち(本人も好んで利用している、本当は使いたくない、サービスに依存的な部分がある、等)】

制度利用:

医療)福祉医療費支給資格者証、高額療養費限度額適用認定証(区分…)、特定医療費(指定難病)受給者証、自立支援医療、労働者災害補償保険

指定難病)疾患名、登録医療機関、負担割合、管轄保健福祉事務所、担当保健師

身体障害者手帳)…による…障害…級

日常生活自立支援事業)…社会福祉協議会/…専門員担当

成年後見制度)【・いつから? ・後見/保佐/補助等のレベルは? ・後見人(本人との関係、専門職であれば資格を記載) ・複数後見や法人後見の場合もあるため要注意 ・今まで後見人がどのように関わっていたか?】

経済面:課題なし、課題あり

【課題がある場合は詳細に記載】

傷病手当金)【・いつから? ・制度の内容や手続き方法は知っているか】

生活保護)担当行政は…、…ケースワーカー

【・いつから? ・きっかけは? ・支給を受ける方法は振込or窓口(誰がどのように支給を受けていたか)? ・振込かつ本人が引き出していた場合、入院により困難になる可能性があるため、本人・家族やケースワーカーと要相談。入院中の日常生活品費の支給方法について ・本人の収入があり、さらに生活保護を受給している場合、入院中の負担が出る場合もあるので、福祉事務所に要確認 ・医療扶助のみという場合もあるため要注意】

特別障害者手当)

【もともと要介護状態で在宅介護している方がいた場合、申請しているか確認しておくといよい】

本人の意向:

家族の意向:

相談内容:

アセスメント:

MSW支援方針:

## ケアマネジャーからの情報収集・共有マニュアル

### 【MSW から報告すること】

- ・入院の原因となった病名、治療方針、おおよその退院見込み時期(退院見込み時期の目安がっていない場合、いつ頃目安がつくかも含めて連絡する)を報告
- ・入院時発見された課題(褥瘡、発熱を繰り返していた、介護量が増えていた、家族が介護負担を感じていた、等)について報告し、ケアマネが把握していた内容と、ケアマネはその課題に対し、どのように対応していたか伺う

※患者家族にとって、ケアマネジャーはサービスについての相談役であり「本人の状態変化」に関することはケアマネが相談先ではないと思い、話していない場合もあることを念頭に置いておく(失礼にならないように注意)

### 【MSW からケアマネジャーに依頼すること】

- ・入院前のケアプランや情報用紙を持参、もしくはFAXでいただく  
→ADL等は可能な限り電子カルテ内に記載、書類は紙カルテに保管してあることを記載

### 【ケアマネジャーから情報収集すること】

#### ①家族構成

#### ②ほかの要介護者

#### ③家族状況(家族の協力)

- ・自宅にいるときのキーパーソンは誰だったか
- ・ケアプランは誰と相談していたか
- ・本人にとって必要な介護を誰がどのように担っていたか
- ・別居の家族(子どもや兄妹など)との関わりはあったか

※自宅で長く過ごしていると、本人もしくは主たる介護者が中心になっていて、他の家族が介入するきっかけがないまま過ごしている場合がある

「入院」という出来事は本人・家族にとっては大きいことで、「本人に関わる家族が増えるタイミングになる」ことを意識してケアマネジャーと情報共有を行う

ケアマネが会ったことのない家族がキーパーソンになっていれば、入院中に会えるように調整し、一緒に相談出来るように工夫する

#### ④入院前の生活

※ADL情報はケアマネジャーからの情報用紙に記載されていることが多いが、介護が必要な部分について、誰がどのように担っていたかまでは記載されていないことが多いため、状態に応じて確認する(入浴：デイサービス利用時のみで自宅では入浴していない、更衣：一部介助、上衣は自分でできるため時間をかけてやってもらい、家族が整えていた、等)

#### ⑤かかりつけ医

- ・通院のための交通手段はどのようにしていたか

#### ⑥家屋状況

- ・福祉用具レンタルや購入しているもの

・住宅改修施行の有無、施行していればその内容  
(今回の入院で新たに改修などの調整が必要と見込まれた場合、これまでいくら使用したか、等)

・家屋状況でケアマネが気になる点

(物が散在している、とてもキレイ好きで掃除大変、屋内に入らせてもらったことがない、等)

⑦介護認定の有無及び要介護度、居宅介護支援事業所と担当介護支援専門員、在宅サービス利用状況(サービス利用の目的)

・介護保険はいつから利用しているか(きっかけは何?入院、医師・家族から勧められた、等)

・ケアマネージャーとしていつから担当しているか(契約したきっかけは?知人の紹介、等)

・本人(または家族)のサービス利用に対する気持ち

(本人も好んで利用している、本当は使いたくない、サービスに依存的な部分がある、等)

・サービス内容の変化とその理由

(ここ最近、ケアプラン・サービス内容は変化したか?その理由は?)

⑧身体障害者手帳の有無

⑨指定難病の有無

⑩経済状況

・サービスの料金は誰が支払っていたか

※ケアマネージャーは「サービスにどのくらいお金がかけられるか」は確認していても、実際に本人にどのくらい収入があるか、困っているかどうかを伺っていることは少ない傾向

⑪本人・家族の意向

⑫ケアマネが感じていた課題、過去に大変だったことはあるか

※自宅では本人・家族が中心であり、ケアマネージャーが必要と考える提案が受け入れられにくいこともあるため、ケアマネが困っていることも伺い、その内容について病院側が協力できる可能性について相談する

可能であれば、今回入院中に解決の糸口が見出せるとなおよいが…

# 退院情報提供書

医療機関名(所属)		美原記念病院(地域医療連携室)		電話	0270-24-3355		担当者(職種)	(医療ソーシャルワーカー)			
患者氏名				生年月日	明・大・昭 年 月 日		年齢	歳	性別	男・女	
住所						電話					
入院の原因となった病名・発症日						合併症					
入院期間	入院日: 年 月 日 ~ 退院(予定)日: 年 月 日			当院入院前の入院歴	<input type="checkbox"/> 有 入院日: 年 月 日 ~ 退院日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無 病院名( )						
既往歴				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						
特定医療費受給者証	<input type="checkbox"/> 有(疾患名: ) <input type="checkbox"/> 無			障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度: ) <input type="checkbox"/> 生活保護の受給		<input type="checkbox"/> 有(担当CW名: ) <input type="checkbox"/> 無				
主治医診療科	神経内科・脳神経外科・脳卒中部門・循環器科			担当医氏名							
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望											
ADL	自立	半自立	介助	行儀の様子							
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖(T字杖・四脚杖 小/大・ロフトランド杖) <input type="checkbox"/> 歩行器(前輪付き・四輪付き・ピックアップ) <input type="checkbox"/> 装具( )							
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 ( <input type="checkbox"/> Keal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)							
				主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)							
				副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割)							
				水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
				アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法: <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他( ) 嚥下・咀嚼状況(留意点)( )							
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(口浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他( )							
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ(終日、夜間のみ) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(終日、夜間のみ)							
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類( ) 薬の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )							
認知機能	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 曖昧 <input type="checkbox"/> 困難 (理由 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害)										
生活上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(口幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 認知(程度: )										
感染症	環境整備・抑制: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(口低床ベッド <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> その他( ))										
医療処置	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他										
ケア計画	<input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他( )										
ケア連携	処理の頻度( ) 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			ジェノグラム							
ケア連携	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 連絡先: )										
ケア連携	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(留意点等)										
ケア連携	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:理解の状況… <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点: )										
ケア連携	経方面										
ケア連携	<input type="checkbox"/> 当院外来通院 <input type="checkbox"/> 未定(今後、主治医が判断)										
ケア連携	<input type="checkbox"/> かかりつけ医に紹介(医療機関名: )										
◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認):											
◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等 看護師から確認):											
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離など):											
◆退院時期・今後の予定・連絡事項・その他											





医療法人愛の会 光風園病院





初回面接シート

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) ( \_\_\_\_\_ 歳)

【家族構成】	【家族背景・関わり】	在宅医
		通院手段
		ケアマネ
		要介護認定 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 無
		サービス利用歴(利用頻度) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他
医療保険 国保・社保・後期・その他		
障害手帳 身体( )・療育・精神		
減額証・角福・特定・原爆・生保・労災		
趣味	職業	利用目的
役割	性格	
生活歴・生活状況・地域との関わり		

入院前のADL・IADL

移動 歩行 伝い歩き 杖歩行 歩行器 車椅子(自走・介助)

排泄 自立 介助 尿器 オムツ

入浴 自立 介助 特浴

食事 経口摂取(自立・介助) 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)

調理 \_\_\_\_\_ 買い物 \_\_\_\_\_

掃除 \_\_\_\_\_ 洗濯 \_\_\_\_\_

認知症 無 有

薬の管理 \_\_\_\_\_

コミュニケーション

言語 障害無 障害有 理解力 無 有

意思伝達 不可 可(手段: \_\_\_\_\_) 電話 可 不可

居住環境

経済状況

心理状況(障害の受け止め等)	主訴(希望等)
患者	患者
家族	家族
備考(ケアマネからの情報等)	

■Dr退院時サマリー

患者名 : テスト 患者  
 入院日 : 平成28年02月17日  
 出力日 : 平成29年09月29日

Dr退院時サマリー

患者ID	999999	病棟	東2病棟	記載日	平成28年05月09日	
氏名	テスト 患者 様	生年月日	昭和13年03月03日	79歳	記載者	当直医
カナ	テスト カジヤ	性別	男	病床	340-4	
住所	752-0916 山口県下関市王司上町1-2-3			入院日	平成28年02月17日	
病名1	高テストステロン症	病名2		退院日	平成28年02月17日	
病名3		病名4		電話	0832-33-3333	
病名5		病名6				
障害名1		障害名2				
転帰先						

転帰  
 フォローアップ ( )

アレルギー歴・  
 禁忌など  
 ぜんそく  
 しっしんじんましん  
 特別な体質  
 気分が悪くなったことがある  
 重い病気や手術をしたことがある  
 ほかにのんでいくすり

生活習慣  
 飲酒  なし  あり ( 0 ml/日 )  
 喫煙  なし  あり ( 0 本/日 )

感染症:  
 HBV (  +  - ) HCV (  +  - ) MRSA (  +  - ) TPHA (  +  - )

入院時BIとFIM: BI 点 FIM 18点 退院時BIとFIM: BI 点 FIM 点

社会歴 生活状況

既往歴/家族歴 入院に至るまでの経過

検査所見 入院後の経過の概要

問題点と要約

退院時処方

3. 退院時 ADL の状況

自立度	具体的内容
①移動	
②排泄	
③食事	
④整容	
⑤更衣	
⑥入浴	

# ■Dr退院時サマリー

患者名：テスト 患者  
 入院日：平成28年02月17日  
 出力日：平成29年09月29日

## Dr退院時サマリー

### 住宅改造・退院後の主治医・地域社会資源利用について

①退院後かかりつけ医	1) 病院名	主治医	医師
	2) 病院名	主治医	医師
②当院への受診	<input type="checkbox"/> あり (初回予定日	週	回数予定) <input type="checkbox"/> なし
③身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり ( 級 障害部位	)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
④介護保険・要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	介護度	
⑤介護支援専門員	事業所	お名前	
	住所	電話	
⑥利用予定サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		
	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
⑦住宅改修	<input type="checkbox"/> あり 内容 ( )		<input type="checkbox"/> なし
⑧その他特記事項			

### 担当チーム

医師	Dr クラーク (みどり園)	看護師	保守用NS	CW
PT		OT		ST
薬剤師		栄養士		SW

## ■Ns・CW退院時サマリー

患者名 : テスト 患者  
入院日 : 平成29年02月06日  
出力日 : 平成29年09月29日

## Ns・CW退院時サマリー

患者ID	999999	責任者		記載日	平成29年09月29日	
氏名	テスト 患者 様	病棟	東2病棟	記載者	Ns:看護 管理	
カナ	テスト カンジキ	生年月日	昭和13年03月03日	79 歳	病床	342-1
住所	752-0916 山口県下関市王司上町1-2-3	性別	男	入院日	平成29年02月06日	
病名1		退院日	平成29年02月06日	電話	0832-33-3333	
病名3		病名2				
病名5		病名4				
障害名1		病名6				
転帰先	その他	障害名2				

1. 入院～退院までの看護経過（指導内容も含む）

2. 継続している問題点

3. 退院時 ADL の状況

	自立度	具体的内容
①移動		
②排泄		
③食事		
④整容		
⑤更衣		
⑥入浴		

■ P T退院時サマリー

患者名 : テスト 患者  
入院日 : 平成28年02月17日  
出力日 : 平成29年09月29日

P T退院時サマリー

患者ID 999999 病棟 東2病棟  
氏名 テスト 患者様 生年月日 昭和13年03月03日 79歳  
カナ テスト カンザキ 性別 男  
住所 752-0916 山口県下関市王司上町1-2-3  
病名1 高テストステロン症  
病名3  
病名5  
障害名1  
転帰先

記載日 平成28年06月06日  
記載者 保守用PT  
病床 340-4  
入院日 平成28年02月17日  
退院日 平成28年02月17日  
電話 0832-33-3333

病名2  
病名4  
病名6  
障害名2

<初回評価要約>

1234567891234567891234567  
1891234567891234567891234  
5678912134567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789123456789  
1234567891234567891234567  
8912345678912345678912345  
6789123456789123456789123  
4567891234567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789123456789  
1234567891234567891234567  
8912345678912345678912345  
6789123456789123456789123  
4567891234567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789

<最終評価要約>

1234567891234567891234567  
8912345678912345678912345  
6789123456789123456789123  
4567891234567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789123456789  
1234567891234567891234567  
8912345678912345678912345  
6789123456789123456789123  
4567891234567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789

<経過まとめ>

1234567891234567891234567  
8912345678912345678912345  
6789123456789123456789123  
4567891234567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789123456789  
1234567891234567891234567  
8912345678912345678912345  
6789123456789123456789123  
4567891234567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789123456789  
1234567891234567891234567  
8912345678912345678912345  
6789123456789123456789123  
4567891234567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789

<その他>

1234567891234567891234567  
8912345678912345678912345  
6789123456789123456789123  
4567891234567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789123456789  
1234567891234567891234567  
8912345678912345678912345  
6789123456789123456789123  
4567891234567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789123456789  
1234567891234567891234567  
8912345678912345678912345  
6789123456789123456789123  
4567891234567891234567891  
2345678912345678912345678  
9123456789123456789123456  
7891234567891234567891234  
5678912345678912345678912  
3456789123456789

■ SW退院時サマリー

患者名： テスト 患者  
 入院日： 平成28年02月17日  
 出力日： 平成29年09月29日

SW退院時サマリー

患者ID	999999	病棟	東2病棟	記載日	平成28年08月24日	
氏名	テスト 患者様	生年月日	昭和13年03月03日	79歳	記載者	保守用MSW
カナ	テスト カンヂヤ	性別	男	病床	340-4	
住所	752-0916 山口県下関市王司上町1-2-3			入院日	平成28年02月17日	
病名1	高テストステロン症	病名2		退院日	平成28年02月17日	
病名3		病名4		電話	0832-33-3333	
病名5		病名6				
障害名1		障害名2				
転帰先						

1. 入院～退院までの経過（指導内容も含む）

2. 継続している問題点

住宅改造・退院後の主治医・地域社会資源利用について

①退院後かかりつけ医	1) 病院名	主治医	医師
	2) 病院名	主治医	医師
②当院への受診	<input type="checkbox"/> あり（初回予定日	週	回予定） <input type="checkbox"/> なし
③身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり（ 級 障害部位		） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
④介護保険・要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	介護度	
⑤介護支援専門員	事業所	お名前	
	住所	電話	
⑥利用予定サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		
	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他（		）
⑦住宅改修	<input type="checkbox"/> あり 内容（		） <input type="checkbox"/> なし
⑧その他特記事項			

医療法人弘生会 本庄内科病院





「本庄内科病院」及び「介護老人保健施設 心ほか」カンファレンスについて

- ・多職種連携、チーム内情報共有について
  - ・多職種参加のカンファレンス（本庄内科病院）の内容
  - ・                    //                   （介護老人保健施設 心ほか）の内容

（本庄内科病院）

- ・カンファレンス（入院時・退院前）手順
- ・ハイリスク・スクリーニング サンプル
- ・カンファレンス記録書（入院時）サンプル
- ・カンファレンス記録書（退院前）サンプル
- ・介護支援連携加算 手順
- ・介護支援連携記録 サンプル

（介護老人保健施設 心ほか）

- ・入所ケアカンファレンスの手順
- ・ケアカンファレンス（初回）サンプル
- ・ケアカンファレンス（継続・退所前）サンプル
- ・カンファレンス記録書 サンプル
- ・サービス担当者会議（通所利用開始前）サンプル
- ・サービス担当者会議（介護保険更新後）サンプル

## 多職種連携、チーム内情報共有について

### 多職種参加のカンファレンス(本庄内科病院)

名称	開催 / 場所 / 時間	主目的	参加者
カンファレンス(入院時)	開催:随時 (入院後早期に実施) 場所:2階 病棟カンファレンスルーム 時間:13時30分～ 1ケース15分程度	・病状説明 (家族参加の場合) ・身体状況の把握と ゴール設定 ・スタッフ間の情報共有	院長、師長、Ns、CW、PT 管理栄養士、薬剤師 連携室室長、MSW ※本人参加は院長判断。
カンファレンス(退院前)	開催:退院目途たち次第 場所:1階 相談室 時間:AM8時～8時15分 または 場所:2階 病棟カンファレンスルーム 時間:13時30分～45分	・入院から今までの経過報告 ・退院に向けて CM 及び在宅 スタッフへ情報提供 (介護保険暫定プラン作成)	本人、家族、CM、在宅サービ ススタッフ(ヘルパー等) 院長、師長、PT、連携室室長、 MSW (昼～:Ns、CW、PT、管理栄養 士、薬剤師、老健スタッフも参 加)

### 多職種参加のカンファレンス(介護老人保健施設 心ほか)

名称	開催 / 場所 / 時間	主目的	参加者
ケアカンファレンス (入所時、継続)	開催:入所から一週間以内 場所:2階 カンファレンスルーム 時間:13時30分～45分	・家族への病状説明および 意向の確認 ・スタッフ間の情報 共有	家族、主治医(院長、松村 Dr)施設 CM(兼支援相談 員)、Ns、CW、PT、OT、 管理栄養士、薬剤師 連携室室長、MSW
ケアカンファレンス (退所前)	開催:退所予定決まり次第 場所:外来診察室 時間:AM8時～8時15分 または 場所:2階 病棟カンファレンスルーム 時間:13時30分～45分	退所に向けて、CM 及び在 宅スタッフへの情報提供 暫定プラン作成	本人、家族、在宅サービ ススタッフ等、主治医、施設 CM(兼支援相談員) 老健主任又はNs、PT、OT 連携室室長、MSW
サービス担当者会議 ・通所利用開始前 ・介護保険更新後	開催:通所利用開始前 場所:外来診察室 時間:AM8時～8時15分	居宅 CM が主導で開催 介護保険のプラン提示 本人、家族の意向確認 サービス内容の検討 院内スタッフおよびサービ ススタッフの情報共有	本人、家族、居宅 CM 院長、通所リハ主任 在宅サービススタッフ等 施設 CM(兼支援相談員)、 連携室室長、MSW

本庄内科病院 平成 29 年 4 月 1 日

## カンファレンス（入院時・退院前）手順

### カンファレンス（入院時）の手順

#### ○カンファレンスの参加者

本人、家族、（必要に応じて）担当ケアマネージャー

院長、病棟師長、病棟Ns、病棟CW、リハビリPT、管理栄養士、薬剤師、地域連携室室長、MSW

#### ○調整・実施手順

##### 1 カンファレンスの対象者選定及び日程調整

- ① 院長の予定を確認。院長が出席できるように日程を組む。
- ② ハイリスク・スクリーニングにより退院困難者のピックアップし、カンファレンス対象者とする。対象者の中より、カンファレンスの優先順位を院長へ相談。
- ③ 対象者、優先順位が決まったら、地域連携室より家族へカンファレンス参加依頼、日時調整行う。
- ④ カンファレンスの日程一覧表を作成。各担当者は、パソコンにて予定の確認を行う。院長へ報告。

##### 2 カンファレンス実施

- ① カンファレンス当日の朝礼で、カンファレンスの実施者名、時間を伝える。
- ② 13時20分になったら、家族の来院確認。
- ③ 13時30分より、カンファレンス実施。カンファレンス記録書に内容記載。

##### 3 カンファレンス実施後の書類処理

- ① カンファレンス記録書は、出来るだけ当日に作成し、夕方には院長の検印を依頼。
- ② 入院カルテにカンファレンス記録書を綴じる。

### カンファレンス（退院前）の手順

#### ○カンファレンスの参加者

本人、家族、担当ケアマネージャー、在宅サービススタッフ（訪問看護Ns、ヘルパー等）

院長、病棟師長、リハビリPT、地域連携室室長、MSW

（昼開催の場合、病棟Ns、病棟CW、管理栄養士、薬剤師も参加）

#### ○調整・実施手順

##### 1 カンファレンスの対象者選定及び日程調整

- ① 院長の予定を確認。院長が出席できるように日程を組む。
- ② 退院予定者のピックアップ。地域連携室より家族及びケアマネージャーへカンファレンス参加依頼、日時調整行う。（在宅サービススタッフには、ケアマネージャーより連絡をとって頂く）
- ③ カンファレンスの日程一覧表を作成。各担当者は、パソコンにて予定の確認を行う。院長へ報告。

##### 2 カンファレンス実施時

- ① 朝からカンファレンスの場合は、1階相談室にて8時よりカンファレンス実施。
- ② 昼からカンファレンスの場合は、当日の朝礼で、カンファレンスの実施者名、時間を伝える。
- ③ 13時30分より、カンファレンス実施。カンファレンス記録書に内容記載。

##### 3 カンファレンス実施後の書類処理

- ① カンファレンス記録書は、出来るだけ当日に作成し、夕方には院長の検印を依頼。
- ② 入院カルテにカンファレンス記録書を綴じる。

※サンプル：カンファレンス記録用紙（別紙1）



本庄内科病院 平成29年8月1日 改訂


# ハイリスク・スクリーニング

(退院支援計画書作成アセスメントを兼ねる)

氏名: \_\_\_\_\_ 生年月日: 76年4月1日

入院日: 平成 29年7月14日 作成日: 平成 29年8月1日

区分	退院困難な要因 (入院時から1週間以内にチェック)
ア	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍、認知症または誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
イ	<input type="checkbox"/> 緊急入院であること
ウ	<input type="checkbox"/> 要介護認定が未申請 (特定疾病を有する40歳以上65歳未満の方、65歳以上の方に限る) 特定疾病 ( <input type="checkbox"/> がん末期 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋萎縮側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病関連疾患 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症 <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害、 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 両側の膝関節または股関節に著しい変性を伴う変形性関節症
エ	<input type="checkbox"/> 入院時に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要である。(必要と推測される)
オ	<input checked="" type="checkbox"/> 排泄に介護を要すること
カ	<input type="checkbox"/> 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者 (75歳以上) 2人暮らし <input type="checkbox"/> 施設からの入所 <input type="checkbox"/> その他
キ	<input type="checkbox"/> 退院後に医療処置 (胃瘻等の経管栄養法含む) が必要なこと
ク	<input type="checkbox"/> 入退院を繰り返していること
ケ	<input type="checkbox"/> その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合
上記チェック作成看護師  印 病棟師長または主任 	

チェック欄	
<input type="checkbox"/> 退院支援は不要	理由: _____
<input checked="" type="checkbox"/> 退院支援・調整が必要	退院支援計画書を作成: 平成 _____年 <u>8</u> 月 _____日
<input type="checkbox"/> 退院調整部門による介入が必要	
<input type="checkbox"/> 経過をみてからの判断が必要	_____月 _____日頃再評価
初回面接日: 平成 <u>29</u> 年 <u>8</u> 月 <u>14</u> 日	MSW 

本庄内科病院 平成29年8月1日

## 入所カンファレンスの手順

### 1 入所カンファレンスの実施予定を計画

- ① 院長の予定を確認。原則院長が出席できるように調整をする。難しい場合は後日報告とする。
- ② 松村先生の予定を確認。(月・木の午後は往診のため予定組まない)
- ③ ケアマネージャーにケアプランの作成状況確認。対象者を決める。
- ④ 日程が決まったら、ケアマネージャーが家族へカンファレンス参加依頼、日時の連絡。
- ⑤ 各職種に介護老人保健施設ケアプラン総合計画書(以下ケアプラン総合計画書と記載)のコメント欄に記載の依頼。(←入所後3日以内などルール化必要?)

### 2 ケアプラン総合計画書の作成

- ① 各職種がケアプラン総合計画書のコメント欄に記載されたか確認。
- ② 医師欄記載依頼のため、各職種入力済のケアプラン総合計画書をプリントアウト。
- ③ (院長の場合)  
新旧カルテを詰所から借りて、外来診察室の小窓に置く。(朝記載のため、前日夕方依頼を!)  
「依頼文例:カンファレンス開催の為、医師欄にご記入をお願いします」  
(松村先生の場合)  
新旧のカルテと一緒に外来へ前日?当日?依頼。
- ④ 院長、松村先生より受け取り。カルテは詰所に返却。医師のコメントをR4アセスメント医師欄に入力。  
※医師名をクリック→編集クリックし入力
- ⑤ ケアプラン総合計画書をプリントアウト(原本(両面):患者・家族用)。
- ⑥ 上記表面のみ7部程度コピー(スタッフ用)。  
※入所カンファレンスのプリントアウト方法  
寿R4アセスメント 総合実施計画書の画面を開く。  
印刷→一番目のA3ではないのを選択→ファイルを印刷→プロパティ→両面長綴り→OK

### 3 入所カンファレンス実施

- ① カンファレンス当日の朝礼で、カンファレンス実施の件、実施者名を伝える。
- ② 13時20分になったら、家族の来院確認。
- ③ 13時30分より、カンファレンス実施。カンファレンス記録書に参加者等記載。  
家族よりケアプラン総合計画書のみ署名いただく。(カンファレンス記録書は家族へ渡さない)  
両面コピーをとり、コピーはカルテに綴る。原本は本人・家族へ渡す。  
※両面コピーの取り方  
コピーに書類セット→両面コピーを押す→(片面→両面)を押す→(スタート)を押す  
→ピッと鳴ったら原稿を裏返しにセット→再度(スタート)を押す→(読み込み終了)押す

### 4 入所カンファレンス実施後の書類処理/報告

- ① 院長へカンファレンス翌日、業務日誌検印と共に、内容報告後カンファレンス記録書に確認印依頼。
- ② 松村医師には、カンファレンス記録書を翌日外来のBOXに入れておく。確認印いただく。
- ③ 入所カルテに閉じる。
- ④ 全体ノートに申し送りする。  
※サンプル:介護老人保健施設ケアプラン総合計画書(別紙1)  
カンファレンス記録書(別紙2)

# 介護支援連携記録

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 男・女 : M T S \_\_\_\_\_ 日生( 歳)

疾患名	#1 慢性うつ血性心不全 #2 非結核性抗酸菌症				
介護保険	要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 ※4/10～区分変更申請中 要介護 1 2 3 4 認定 申請中	退院先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他:( )		
連携者	居宅介護支援事業者・介護支援専門員 _____ 様 連絡先 TEL: 096-380-7078 / FAX: 096-380-7078 _____ 様 連絡先 TEL: 096-388-8234 / FAX: 096-388-8237				
希望介護サービス(介護予防含む)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p><b>A. 在宅サービス</b></p> <p>1 訪問介護</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>3 訪問看護</p> <p>4 訪問リハビリテーション</p> <p>5 居宅療養管理指導</p> <p>6 通所介護(デイサービス)</p> <p>7 通所リハビリテーション(デイケア)</p> <p>8 短期入所生活介護</p> <p>9 短期入所療養介護</p> <p>10 特定施設入居者生活介護</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>11 福祉用具貸与 ①ベッド ②ベッド柵 ③その他</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>12 福祉用具購入 ①シャワーチェア ②ポータブルトイレ ③その他</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>13 住宅改修 ①手すり設置: <input type="checkbox"/>Ⅰ玄関 <input type="checkbox"/>Ⅱトイレ <input type="checkbox"/>Ⅲ風呂 iv階段 v廊下 viその他</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>②段差解消 ③トイレ改修 ④浴室改修 <input checked="" type="checkbox"/>⑤その他</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p><b>B. 地域密着型サービス</b></p> <p>1 認知症対応型通所介護</p> <p>2 小規模多機能型居宅介護</p> <p>3 認知症対応型共同生活介護</p> <p><b>C. 施設サービス</b></p> <p>1 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)</p> <p>2 介護老人保健施設 (老人保健施設)</p> <p>3 介護療養型医療施設 (療養型病床群等)</p> <p><b>D. その他</b></p> </td> </tr> </table>			<p><b>A. 在宅サービス</b></p> <p>1 訪問介護</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>3 訪問看護</p> <p>4 訪問リハビリテーション</p> <p>5 居宅療養管理指導</p> <p>6 通所介護(デイサービス)</p> <p>7 通所リハビリテーション(デイケア)</p> <p>8 短期入所生活介護</p> <p>9 短期入所療養介護</p> <p>10 特定施設入居者生活介護</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>11 福祉用具貸与 ①ベッド ②ベッド柵 ③その他</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>12 福祉用具購入 ①シャワーチェア ②ポータブルトイレ ③その他</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>13 住宅改修 ①手すり設置: <input type="checkbox"/>Ⅰ玄関 <input type="checkbox"/>Ⅱトイレ <input type="checkbox"/>Ⅲ風呂 iv階段 v廊下 viその他</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>②段差解消 ③トイレ改修 ④浴室改修 <input checked="" type="checkbox"/>⑤その他</p>	<p><b>B. 地域密着型サービス</b></p> <p>1 認知症対応型通所介護</p> <p>2 小規模多機能型居宅介護</p> <p>3 認知症対応型共同生活介護</p> <p><b>C. 施設サービス</b></p> <p>1 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)</p> <p>2 介護老人保健施設 (老人保健施設)</p> <p>3 介護療養型医療施設 (療養型病床群等)</p> <p><b>D. その他</b></p>
<p><b>A. 在宅サービス</b></p> <p>1 訪問介護</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>3 訪問看護</p> <p>4 訪問リハビリテーション</p> <p>5 居宅療養管理指導</p> <p>6 通所介護(デイサービス)</p> <p>7 通所リハビリテーション(デイケア)</p> <p>8 短期入所生活介護</p> <p>9 短期入所療養介護</p> <p>10 特定施設入居者生活介護</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>11 福祉用具貸与 ①ベッド ②ベッド柵 ③その他</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>12 福祉用具購入 ①シャワーチェア ②ポータブルトイレ ③その他</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>13 住宅改修 ①手すり設置: <input type="checkbox"/>Ⅰ玄関 <input type="checkbox"/>Ⅱトイレ <input type="checkbox"/>Ⅲ風呂 iv階段 v廊下 viその他</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>②段差解消 ③トイレ改修 ④浴室改修 <input checked="" type="checkbox"/>⑤その他</p>	<p><b>B. 地域密着型サービス</b></p> <p>1 認知症対応型通所介護</p> <p>2 小規模多機能型居宅介護</p> <p>3 認知症対応型共同生活介護</p> <p><b>C. 施設サービス</b></p> <p>1 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)</p> <p>2 介護老人保健施設 (老人保健施設)</p> <p>3 介護療養型医療施設 (療養型病床群等)</p> <p><b>D. その他</b></p>				

入所

利用者氏名	障害 自立度	要介護度	認定有効期間	平成27年5月1日 ~ 平成29年4月30日
様	認知症 自立度	要介護3	介護支援専門員	担当者
原因疾患			発症及び経過	
専門職(チーム)アセスメント 及び 実施計画内容等の要点				
介護 担当	コミュニケーションを継続する。 転倒転落に注意する。		リハビリ 担当	左右大腿骨人工骨頭置換術の為に股関節過屈曲には注意が必要。 支持にて立ち上がり～歩行も可能レベルだが、前傾姿勢が強く転倒リスクあり。20m程度は歩行車歩行可(近位監視レベル)。それ以上は車椅子使用。 趣味活動(うた・雑誌・塗り絵等)にて認知機能の活性化を図る。
医師 担当	認知症と骨折後廃用化のリスクが高いので、それに対するリハビリを。 ゴールは在宅だが家族の負担が多く、レスパイトが必要、急変時は事前指定書に従う。		看護 担当	バイタルサインのチェック。 排泄チェック。 食量チェック。 感染を防止する。 褥瘡を防止する。
栄養 担当	食事摂取量と体重変動をみながら栄養状態を評価していく。		支援相談員 担当	リハビリで日常生活動作を現状維持する。 生活のリズムを保ち、在宅復帰を目標とする。
利用者及び家族の意向			総合的な援助方針	
利用者: 家族と外出をしたい。 家族: 体力を維持してまた自宅で一緒に暮らしたい。			転倒に注意し、安心して生活ができるようにしていきます。 リハビリ訓練で、体力、筋力が維持できるようにしましょう。 病状の悪化を防ぎ、清潔を保ち、安定した状態で過ごせるようにしましょう。 人と触れ合いながら、楽しい生活ができるようにしましょう。	





# 本庄内科病院 地域連携室のご案内

平成 29 年 4 月より、地域の医療機関や各関係機関とさらなる連携を図ることを目的に地域連携室を開設しました。

紹介患者さんや地域の方がいつでも入院・療養ができるように調整を行います。

## 業務内容

- 他医療機関、施設からの紹介（当日及び予約受診依頼）の受付・調整
- 他医療機関からの転院紹介の調整
- 退院支援（居宅介護支援事業所との連携等）
- 医療福祉相談

## 窓口時間

平日 8時30分～17時30分（外来受付は17時まで）

土曜日 8時30分～12時30分（外来受付は12時まで）

日、祝日 休み

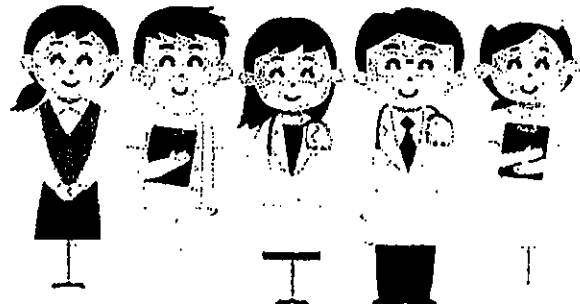
## 問い合わせ先

電話番号 096-285-6225（直通）

FAX 番号 096-285-6224

Eメール kouseikai-renkei@honjyo-hp.jp

連携室担当 



# 事業実施体制

「入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との  
多職種協働のあり方に関する調査研究事業」

事業実施体制

【事業検討委員会】

委員長	木下 毅	公益社団法人全日本病院協会常任理事 医療法人愛の会光風園病院理事長
副委員長	土屋 繁之	医療法人慈繁会土屋病院理事長
委員	清水 紘	財団法人仁風会京都南西病院理事長
委員	本庄 弘次	医療法人弥生会本庄内科病院理事長
委員	仲井 培雄	医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長
委員	西村 勇人	医療法人社団芙蓉会二ツ屋病院理事長
委員	進藤 晃	医療法人財団利定会大久野病院理事長
委員	田中 圭一	医療法人笠松会有吉病院理事長
特別委員	栃本 一三郎	上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授

事業担当副会長 美原 盤 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院院長

【業務一部委託先】

みずほ情報総研(株) 社会政策コンサルティング部  
山崎 学  
村井昂志  
種田郁子

【事務局】

公益社団法人全日本病院協会 企画業務課 久下、向井

【事業検討委員会開催日時】

第1回	平成30年8月23日(水)	17時00分～19時00分
第2回	平成30年1月27日(土)	14時00分～16時00分
第3回	平成30年3月30日(金)	16時00分～18時30分

## 不許複製 禁無断転載

平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）  
入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との  
多職種協働のあり方に関する調査研究事業 報告書

発行日 平成 30 年 3 月

発行者 公益社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-8378

東京都千代田区神田猿樂町 2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F

電話 03-5283-7441（代）