

# 桜川市在宅医療・介護連携推進事業

## 情報共有ツール活用の手引き

平成 31 年 1 月

桜川市在宅医療・介護連携推進協議会

事務局 桜川市保健福祉部高齢福祉課

## (1) 目的

医療と介護が連携を図り、病院から在宅への復帰を円滑にし、患者や利用者の在宅療養生活を支えるために、医療・介護関係者間で速やかな情報共有を行うことを目的として、本手引きを作成しました。

## (2) 個人情報の取り扱い

本手引きに掲載されている様式には、利用者の身体機能等、多くの個人情報が含まれていますので、取り扱いには最大限の注意を払いましょう。

また、様式への記入又は送付にあたっては、必ず本人又は家族の同意を得ましょう。

なお、関係機関に持参以外の方法（FAXや郵送等）で送付する際は、一旦利用者等の氏名や住所、電話番号などの欄を空欄にして送付した後、電話連絡し、送付先で氏名等を記入してもらう等の配慮が必要です。

運用に当たっては、「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に沿い、各自・各所属が責任を持って個人情報を取り扱ひましょう。

## (3) 情報共有ツールの入手

情報共有ツールは、桜川市のホームページに掲載してありますので、ダウンロードして活用しましょう。

<http://www.city.sakuragawa.lg.jp/page/page005940.html>

ダウンロードできない場合、下記事務局にご連絡ください。メール等で情報共有ツールを送付します。

事務局	桜川市保健福祉部高齢福祉課
電話	0296-73-4511
メール	koureifukushi@city.sakuragawa.lg.jp

## (4) 桜川市医療と介護の情報連携シートの記入について

「桜川市医療と介護の情報連携シート」（P4～6）（以下、「情報連携シート」といいます。）には、わかる範囲の情報を記入しましょう。情報連携シートに書ききれない場合には、別紙を添付する等情報共有しやすい工夫をしましょう。

現在使用中の様式等で、情報連携シートの内容が記載できる場合は、独自の様式を使用しても構いません。

## (5) 情報共有ツールの活用

### ① 在宅時（平時）

#### 【ケアマネジャー】

おおむね年に一度、利用者の在宅安定時の状況を情報連携シートに記入し保管しておきましょう。

また、居宅介護支援の開始にあたり、利用者本人・家族に対し入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼しましょう。

医療・介護連携の趣旨に基づき例えば、利用者本人・家族には、医療保険証や介護保険証等と情報連携シートの写しや担当ケアマネジャーの名刺を一緒に保管しておくことを推奨します。

利用者の身体機能等に変化があった場合には、その都度、情報連携シートに直近の情報を記入しましょう。

### ② 入院時

#### 【ケアマネジャー】

利用者が入院した際、医療機関に最新の情報を記載した情報連携シートを持参又は FAX 等で送付し、利用者情報を共有しましょう。

以下の情報を提供できるように努めましょう。

〈病院側が入院時にほしい情報〉

- ・ 既往歴
- ・ かかりつけ医
- ・ 在宅中の ADL
- ・ 療養上の問題点
- ・ 精神的な状況（認知症のレベル等）
- ・ 緊急連絡先、家族関係（介護力）、キーパーソン
- ・ 利用サービスの状況（福祉用具等）

※一般的に医療機関では、入院後 3 日以内にスクリーニングを行うため、ケアマネジャーは、迅速に情報提供に努めましょう。

なお、情報連携シートを送付した際は、支援経過等に、入院日、送付日及び送付先の名称を記録しましょう。

（記入例） H30. 4. 1 △△病院に入院。 H30. 4. 2 △△病院に情報連携シートを送付。

#### 【医療機関】

救急搬送等により入院をした方が介護保険サービス利用者であった場合は、遅くとも入院翌日には、担当ケアマネジャーに連絡をしましょう。

また、情報連携シートの情報を医療機関内の関係者で共有しましょう。

#### 【ケアマネジャー、医療機関】

退院までの間、円滑に連携を図るため、お互いの担当者の氏名や連絡先、連絡方法（手段や望ましい時間帯）等を確認しあい、控えておきましょう。

### ③ 転院時

#### 【医療機関】

転院先に情報連携シートを送付するよう努めましょう。その際は、患者や家族に同意を得た上で送付しましょう。

### ④ 退院前

#### 【医療機関】

退院の検討を始めた段階で、ケアマネジャーに連絡をしましょう。

病院の退院担当者とケアマネジャーで相談の上、退院前カンファレンスを開催しましょう。

進行方法は「桜川市退院前カンファレンスについて(実施要項)」(P 7～8)や「退院前カンファレンスシート」(P 9)を参考にしましょう。

退院前カンファレンスを活用して、ケアマネジャーや関係者間で下記のような情報を共有しましょう。

- ・退院後に地域で利用可能な介護サービスや要介護認定の申請手続きの情報
- ・退院後に想定されるケアプラン作成等に必要の情報や退院後の外来診療の見込み

### ⑤ 退院後

#### 【ケアマネジャー】

ケアプラン作成後、その写しを速やかに医療機関に提供しましょう。

# 桜川市医療と介護の情報連携シート

PC用 H31.1改

※情報提供者はわかる範囲で記入してください。  
 連携シートに書ききれない場合は、別紙を添付してください。

情報提供日： 年 月 日

情報提供先		情報提供元 記入者				
(ア) 連絡先	ふりがな 利用者名	性別	生年月日		年齢	
			年 月 日			
	住所	〒	☎			
		緊急連絡先	☎	住所	続柄	役割
	1					
	2					
	3					
	家族構成・家族図		家族の介護状況・特記事項		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 老々世帯 <input type="checkbox"/> 経済事情 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 本人の理解力 <input type="checkbox"/> 家族の理解力	
	医療保険		自己負担割合	限度額 認定証		
	経済状況 助成など					
公費負担など						
(ア) 医療・介護情報	申請状況		申請日	年 月 日	認定日	年 月 日
			有効期限	年 月 日 ~	年 月 日	
	介護保険		要介護状態区分 負担割合 総合事業			
			その他( ) 介護保険負担限度額認定			
かかりつけ医療・歯科・薬局		機 関 名 主 治 医 連 絡 先	①	②	③	
			Dr	Dr	Dr	
		☎	☎	☎	☎	
連携事業所						
事業所名 担当者名 利用日時等 連絡先		☎	☎	☎	☎	
		☎	☎	☎	☎	
(イ) 健康状態・既往歴	主病名		病状・経過など		投薬内容	
	副病名				人生の最終段階の希望 (療養先・治療など)	
	既往					
	身長	cm	体重	kg	測定日	年 月 日
	アレルギー		特記事項			
	入院(予定)日	年 月 日	☐ 未定		カンファレンス開催	日程
	退院(予定)日	年 月 日	☐ 未定			
	急変時の連絡医療機関		医療機関名 担当者		☎	
	〈特記事項〉					

(イ) 特別な医療・口腔衛生	特別な医療 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし</span>	
	<input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (種類          サイズ          交換          ) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻          胃瘻          腸瘻          サイズ          交換          ) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位:          ) <input type="checkbox"/> 酸素療法 (          L/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ          ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他 (          )	
	訪問薬剤	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (特記事項)
	服薬状況	
	薬剤管理	
	服薬支援	
	歯科口腔の状態	病変の部位・状況等を記入
	口腔衛生状態	
	歯の状態	
	歯肉の状態	
義歯の使用		
義歯の適合		
粘膜の乾燥		
頬・上あご・粘膜・舌の異常や変化 (図に直接記入)		
口腔ケア ( )回/日 (朝・昼・晩・寝る前)	ケア時の状況	
口腔管理の注意点		

(ウ) ADL等	日常生活の状況 <span style="float: right;">【評価日          年          月          日】</span>		特記事項・制限など	
	基本動作	寝返り	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<運動障害など> 痺 (程度          部位          )
		起上がり	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		座位保持	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		立上がり	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		立位保持	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		移乗	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		歩行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	移動	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	認知機能	周辺症状 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	主な周辺症状 (          ) その他気になる症状 (          )	
	視力低下	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<程度・コミュニケーション方法など>	
	聴力低下	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	言葉の問題	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	食事	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (          kcal) 塩分 (          g) 水分 (          )mLまで    その他 (          ) <注意点や経管栄養の内容など>	
	経管栄養	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	排泄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	尿意 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<留置カテーテル・ストマなど>	
整容・更衣	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
睡眠	眠剤の内服 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
日常生活	障害高齢者 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
自立度	認知症高齢者 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
緊急通報システム	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	救急医療情報キット <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

備考・その他特記すべき事項

(記入例) 桜川市医療と介護の情報連携シート

※情報提供者はわかる範囲で記入してください。連携シートに書ききれない場合は、別紙を添付してください。

情報提供先 ○○病院

情報提供日: 平成30年10月1日

情報提供元 ○○居宅介護支援事業所

記入者 桜川 一郎

ふりがな 利用者名 桜川 花子	性別 女	生年月日 昭和25年10月10日	年齢 67
住所 〒309-1292 桜川市岩瀬64-2	住所 〒0296-11-1111		
緊急連絡先 1 桜川 一夫 2 鈴木 一郎 3 田中 春子	住所 桜川市岩瀬64-2 桜川市羽田1023 筑西市	続柄 次男 長男 長女	役割 主介護者 キーパーソン キーパーソン

家族構成・家族図

家族の介護状況・特記事項  
次男との二人暮らしで、日中独居。  
長男は週一回訪問に来ていて、

(ア) 連絡先

医療保険 自己負担割合 3割 国民健康保険	償還額 なし
経済状況 老齢年金 身体障害者手帳	認定証
介護保険 申請状況 新規 要介護区分 要介護3 負担割合 1割	5級

(ア) 医療・介護

かかりつけ医 ① Aクリニック 主治医 ○○ Dr	② B病院 Dr ○○ ○○	③ C病院 Dr ○○ ○○
連携事業所 D居宅介護支援事業所(ケアマネジャー) E訪問介護事業所 F通所介護事業所 G事業所 H地区 I	0296-44-4444 0296-55-5555 0296-77-7777	0296-11-1111 0296-22-2222 0296-33-3333 0296-66-6666 0296-88-8888 0296-99-9999

(イ) 健康状態

主病名 心筋梗塞	既往歴 平成25年 左小脳梗塞 平成30年9月 倦怠感、呼吸者により、B病院入院
副病名 高血圧、高脂血症、心不全	
既往 左小脳梗塞	
身長 153 cm	体重 70 kg
入院(予定)日 平成30年 9月 25日	退院(予定)日 平成30年 10月 18日
緊急時の連絡医療機関 あり	担当者 ○○ ○○

特別な医療

手術の処置  留置カテーテル (種類) サイズ 交換

点滴の管理  経管栄養 (経鼻) サイズ 交換

ドレーン (部位)  酸素療法  吸引機  気管カニューレ (サイズ)

人工関節  ストーマの処置  その他 ( )

訪問薬剤 なし (特記事項)

服薬状況 良好 声掛け誘導が必要

薬剤管理 家族

服薬支援 一包化

歯科口腔の状態

口腔衛生状態 良好 欠損があるが、咀嚼可能なしレベル

歯の状態 状態あり(歯の種類)

歯肉の状態 部分床 上

歯磨きの頻度 週3回以上

歯磨きの道具 歯ブラシ

歯肉の乾燥 やや乾燥

口腔ケア (3回/日(朝・昼・夜)・寝る前) (要) 声掛け誘導が必要 (要) ケア時の状況 みる

口腔管理の注意点 嚥下・上あご・粘膜炎・舌の異常や変化 (要) 声掛け誘導が必要 (要) ケア時の状況 みる

嚥下の状況 嚥下の分岐が少なく、口腔内自浄作用低下。やや乾燥しているため炎症が起こりやすい。ブラッシング時、出血に注意。就寝時、義歯は外すこと。

(イ) 特別な医療・口腔衛生

日常生活の状況 【評価日】平成30年 8月 1日 特記事項・制限など

寝返り 一部介助 (運動障害など)

起き上がり 一部介助 ベッド欄に固まり動作可能 麻痺なし (程度) 部位 ( )

座位保持 一部介助 向下肢の筋力低下がある

立上り 一部介助

移動 一部介助

歩行 一部介助

移動 車イス(介助)

認知機能 問題なし 認知症状 ( )

視力低下 問題なし 主な周辺症状 ( )

聴覚低下 問題あり(若し) やや大きめの声で話せば聞こえる (程度) コミュニケーション方法など

言葉の問題 問題なし

食事 自立 軟飯 トロミ剤使用 制限  なし  あり ( )

水分  なし  あり ( )

排便 軟便 排便量普通 水分 ( )mlまで ( )

その他 ( )

経管栄養 一部介助 尿意 あり ( )

排泄 日中 トイレ 夜間 ポータブル ( )

入浴 全介助 要の回数 あり

整容・更衣 一部介助

睡眠 眼精の内服 あり

日常生活 障害高齢者 A2

自立度 認知症高齢者 I

緊急連絡システム あり

救急医療情報キット あり

(ウ) A D L : I A D L 等

備考・その他特記すべき事項

# 桜川市退院前カンファレンスについて(実施要項)

## 1 目的

- ・包括的な医療・ケアのために、患者やその家族、多職種（病院関係者、在宅ケア関係者）で情報を共有し、問題点の早期解決につなげる。
- ・病院関係者は、在宅生活をより明確にイメージでき、退院後の生活に必要なことを再確認できる。
- ・患者やその家族が安心して退院し、安定した在宅生活（再入院のリスク軽減など）を送れる。

## 2 退院前カンファレンス

(準備)

- ①おおよその退院日が決まったら、病院の退院担当者は、関係者（患者・患者家族、主治医・病棟看護師、在宅ケア関係者）に連絡し退院前カンファレンスの日程を調整する。
- ②病棟看護師は、「桜川市医療と介護の情報連携シート」（以下「情報連携シート」という。）を可能な限り記入し、退院担当者が取りまとめをする。

(当日)

司会者は、「退院前カンファレンスシート」に沿って進行する。

- ①カンファレンスの目的、手順、時間を確認する。
- ②自己紹介（2分）
  - ・患者やその家族、関係者の順に全員が自己紹介を行う。
- ③現在までの経過（8分）
  - ・退院担当者は、医療や介護情報等を情報連携シート（ア）に基づき説明する。
  - ・主治医または病棟看護師は、入院から退院までの病状経過や医療等を情報連携シート（イ）に基づき説明する。
  - ・病棟看護師（退院調整看護師）は、日常生活の状況等を情報連携シート（ウ）に基づき説明する。
- ④患者及び家族からの意見（3分）
  - ・司会は、患者と家族に病状や退院指導等の内容についての理解を確認し、現在心配なことや不明なことを聞く。



- ⑤在宅ケア関係者からの意見及び質問（5分）
- ⑥ケアマネジャーからケアプランの説明（5分）
  - ・ケアマネジャーは退院前カンファレンスまでに患者やその家族、他の事業所と相談して原案を作成しておく。
  - ・入院中に必要な介護指導があれば病棟に依頼する。
- ⑦退院に向けての調整（5分）
  - ・退院時の移送の手段を確認する。
  - ・在宅ケア関係者は、サービス提供について説明し日程調整や連携方法を確認する。
  - ・緊急連絡先や方法を確認する。
  - ・急変時の受入れ医療機関等を確認する。
- ⑧まとめ（2分）
  - ・最後に患者や家族から意見を聞く。

（終了後）

- ①病院の退院担当者は、「退院前カンファレンスシート」を作成し、関係者（患者・患者家族及び主治医・病棟看護師・在宅ケア関係者）に配布する。

### 3 留意事項

- ①他の出席者が理解しやすいよう、専門用語を使用しないよう心掛ける。
- ②他の職種の意見を非難しないこと。なごやかな雰囲気作りを心掛ける。
- ③時間厳守。熱心なあまり時間を気にしない発言はやめ、簡潔に話をまとめる。
- ④すべての問題点をこのカンファレンスで解決しようとせず、総合的な目標や重要な課題について共通認識ができればよいと考える。

様 退院前カンファレンスシート

開催日 年 月 日 開催場所 病院 病棟

1. 出席者

名前	所属	職種	名前	所属	職種
		本人			
		家族			

2. 現在までの経過

①退院担当者から:情報連携シート(ア) (連絡先、医療・介護情報)

②主治医または病棟看護師から:情報連携シート(イ) (健康状態・既往歴、特別な医療・口腔衛生)

③病棟看護師(退院調整看護師)から:情報連携シート(ウ) (ADL・IADL等)

3. 本人及び家族からの意見

4. 在宅ケア関係者からの意見及び質問

5. ケアマネジャーからケアプランの説明

6. 退院に向けての調整

退院時の移送手段

緊急連絡先

急変時の受入れ医療機関等

退院までに必要な介護指導

7. まとめ