

別冊 湖西市退院調整ルール

～入院から退院支援・調整の流れ～

(専門職向け)

湖西市の在宅医療介護の目指す姿
～湖西であんきに暮ら住(す)まい

令和3年1月(令和6年3月改訂)

企画：連携支援センター“縁” 連絡会

(市立湖西病院在宅支援室・浜名病院地域連携室・
湖西市役所高齢者福祉課・連携支援センター“縁”)

湖西市在宅医療介護連携推進協議会

発行：湖西市役所高齢者福祉課

湖西市在宅医療・介護連携支援センター（連携支援センター“縁”）

目次

はじめに	P 3
湖西市退院調整ルール	P 4
入院・スクリーニング	
湖西市退院調整ルール	P 5
面談	
院内カンファレンス	
湖西市退院調整ルール	P 6
退院先の決定	
退院前カンファレンス・サービス担当者会議	
退院	
(資料1) 退院調整に用いる基準退院時に必要な情報	P 7
(資料2) 退院調整に用いる情報	P 8
(資料3) 病院運用ルール一覧	P 9
(資料4) 市の相談窓口・地域包括支援センター	P 10
(資料5) 居宅介護支援事業所一覧	P 11
(資料6) 入院時情報提供書(ケマネジャー用・訪問看護師用)	P 12
(資料7) 市立湖西病院資料(退院調整スクリーニング実施手順)	P 13
(資料8) 市立湖西病院資料(退院調整スクリーニングシート)	P 14
(資料9) 市立湖西病院資料(看護サマリ)	P 15
(資料10) 市立湖西病院資料(退院前カンファレンス)	P 16
(資料11) 浜名病院資料(在宅支援スクリーニングシート・退院(在宅)支援スクリーニングシート)	P 17
(資料12) 浜名病院資料(ソーシャルワーカー情報提供書・看護サマリー)	P 18
(資料13) シズケア*かけはしについて	P 19

はじめに

1. 湖西市退院調整ルール作成にあたって

住み慣れたこの「湖西市で」「在宅で」暮らし続けたい・・・

その思いを尊重し、ささえる側の私たち専門職が、“在宅なんて無理かも”と初めからきめてしまうことなく、本人・家族の思いを在宅医療・介護の専門職で支え実現しやすくするためにという思いで平成30年度に専門職向け冊子「湖西市の在宅医療・介護【連携お助けブック】」を作成しています。

湖西市在宅医療・介護連携支援センター連絡会（市立湖西病院・浜名病院・連携支援センター“縁”・湖西市役所高齢者福祉課による定期連絡会）に於いて多職職が連携して行く中で入退院時の情報漏れや連携不足を無くすようなルールが必要ではないだろうかという意見がございました。

湖西市在宅医療・介護連携支援センター連絡会、湖西市在宅医療介護連携推進協議会にて検討し、従来の「湖西市の在宅医療・介護【連携お助けブック】」に加え、入院から在宅までの切れ目のない支援の提供を推進したいという考えから退院時における基本的な退院時連携の進め方のルールが作成されました。作成過程において湖西市医会及び地域包括支援センター・居宅介護支援事業所に退院支援ルールについてアンケートの協力を頂きました。社会資源情報は地域包括支援センターの協力を頂きました。

2. 退院調整ルールとは

支援の必要な患者が自宅へ退院するための準備をする際に湖西市内の病院から在宅医・ケアマネジャー等担当者（以降ケアマネジャーと記載）に着実に引き継ぐ為の情報共有や、入院時に病院へ引き継ぐ為の情報共有ルールです。

早急な対応が必要な場合や特異なケースはルールが当てはまらない事もありますのでご了承ください。

他市町の病院との連携につきましては各病院の独自のルールをご確認の上対応をお願いします。

3. 対象者

以下のいずれかの要件を有する者


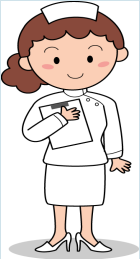

- ①介護保険サービスを現在利用している患者、介護保険サービスの利用を希望する患者
- ②病院担当者が退院調整が必要だと思ふ患者





湖西市退院調整ルール ～入院から退院支援・調整の流れ～

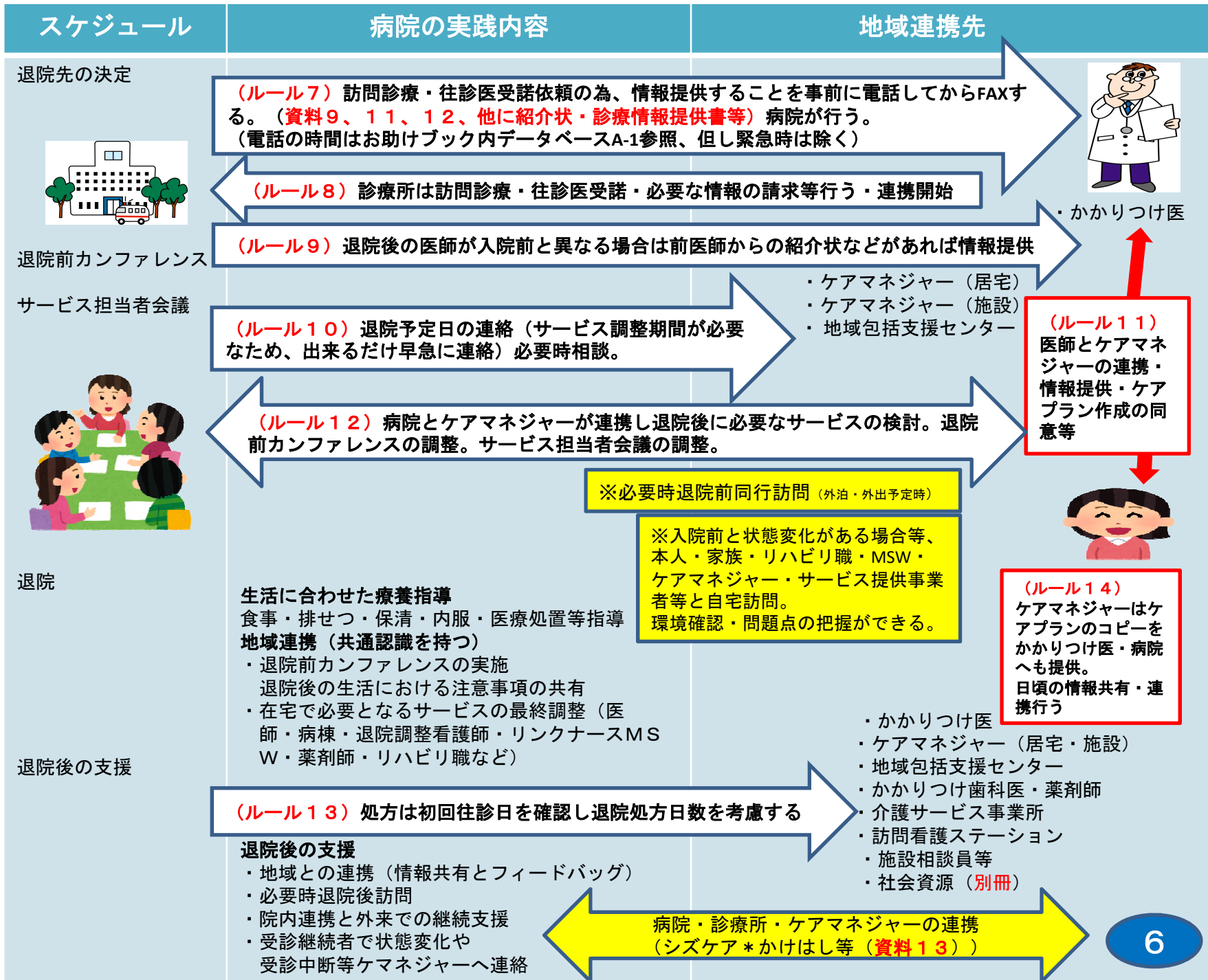
お助けブック13ページが基本となっています。※早急な対応が必要な場合や特異なケースはルールが当てはまらない事もありますのでご了承ください

(ルール1) 利用者・家族へもしもの入院の為の準備を伝える。

- ・普段から本人、家族等に入院したらなるべく早く担当者に入院の連絡をする様依頼しておく。
- ・入院したらケアマネジャー情報（担当者名・事業所名、連絡先）を入院先へ伝えるよう契約時や普段の訪問時に伝える。名刺やお助けブック（B-9様式）等のケアマネジャー情報を介護保険証等に挟み医療保険証、かかりつけ医の診察券、お薬手帳と一緒に保管・準備しておくことを依頼する。

スケジュール	病院の実践内容	地域連携先
<p>入院 スクリーニング</p>  	<p>入院決定⇒退院支援開始 情報収集と退院困難な要因の抽出 ・スクリーニングとアセスメント (資料7・8・11) ・介護度、担当ケアマネジャー確認</p> <p>(ルール2) 入院の連絡（直接ケアマネジャーへ連絡）をする。 家族・本人が連絡不可能な場合は病院が連絡をする。</p> <p>(ルール3) 電話連絡後、入院前の情報を提供。(資料6)（目安）出来るだけ早急に入院後3日以内、遅くとも7日以内に（手渡し・電話・FAX・シズケアかけはし(資料13)）</p> <p>ケアマネジャー等担当者がいない場合は、「介護保険申請の目安」に基づき退院調整や要介護度認定の申請の要・不要を判断。⇒介護保険申請・ケアマネジャー確定次第連携 (資料4の①②及び5) ・ケアマネジャーと情報交換、退院後のサポートについて（ケアマネジャーと面談）</p> <p>(ルール4) 【情報交換】病名・病状・今後の見通し・現時点での入院や治療期間の目安、退院の目安・在宅での困りごと等（本人・家族からの情報は乏しいことが多い為）</p>	<p>・ケアマネジャー（居宅・施設） ・地域包括支援センター ・訪問看護ステーション ・施設相談員</p>  <p>病院運用ルール一覧参照 (資料3)</p>

スケジュール	病院の実践内容	地域連携先
<p>面談 院内カンファレンス</p>   	<p>患者・家族への意思決定支援 ・病状の受け止め、今後の生活について確認と擦り合わせ</p> <p>医療上・介護上の問題点の明確化と目標の共有 ・患者・家族との面談（必要時） ・多職種カンファレンス （医師・病棟・退院調整看護師・MSW、リハビリ職、栄養士など） ・退院支援計画書の作成</p> <p>（資料10、11）</p> <p>（ルール5） 在宅での介護力の確認や要介護度変更申請等必要時相談</p> <p>（ルール6） （随時連携）※ケアマネジャーの病院訪問は必ずアポをとる （電話・シズケアかけはし（資料13））</p> <p>（相談例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて家族への病状説明時に同席可能か。（病院・本人・家族の同意必要） ・退院の目途が分かったら連絡を貰うよう依頼 ・身体状況の確認 ・家族等の介護力の確認の為、面談（必要時） 	<p>・ケアマネジャー（居宅） ・地域包括支援センター ・訪問看護ステーション ・施設相談員</p> 



《資料 1》 退院調整に用いる基準

病院名	市立湖西病院	浜名病院
内容	退院調整スクリーニング実施手順（資料7） ○病棟カンファレンス（N s ・ D r ） ○退院調整カンファレンス	在宅支援 スクリーニングシート（資料11）
	退院調整スクリーニングシート（資料8）	退院（在宅） スクリーニングシート2（資料11）

《資料 2》 退院調整に用いる情報

病院名	市立湖西病院	浜名病院
内容	看護サマリー (資料9)	看護サマリー I (資料11)
	退院前カンファレンス 議題 (資料10)	ソーシャルワーカー 情報提供書 (資料12)

≪資料 3 ≫病院運用ルール一覽

令和2年5月時点

病院名	入院時にケアマネジャーがいる方						新たに介護保険を利用する場合（ケアマネジャーがいない場合）	
	ケアマネからの入院時情報はどこに？		退院支援の期間を残し、在宅判断は可能？	誰がケアマネジャーに電話する？	ケアマネジャーとの面談主体は？	誰がケアマネジャーに退院日を連絡する？	誰が介護保険を説明する？	誰がケアマネ契約の支援をするの？
	手渡しの場合	FAXの場合						
市立湖西病院	在宅支援室（TEL） 053-574-3220 ※事前に電話連絡必要	①在宅支援室（TEL、fax共通） 053-574-3220 ②病院代表（fax） 053-576-1119 ※事前に電話連絡必要	・退院の許可はDr ・退院予定者の調整・決定は病棟師長 ・スクリーニングと院内カンファレンスで判断 ・本人・家族希望は応相談	基本的に在宅支援室Ns 病棟との連携に時間を要すこと有り。ご了承ください	基本は在宅支援室 在宅支援室・病棟Ns、リハビリ職との面談を希望する場合はアポをお願いします。急な面談及び土・日、祝日の面談は不可	在宅支援室または家族	在宅支援室Ns 在宅支援室が対応できない場合は病棟Nsが行う。病棟Nsが説明したら在宅支援室は報告を受ける	在宅支援室 資料4参照
浜名病院	相談室（TEL） 053-522-7500 ※事前に電話連絡必要	相談室（fax） 053-577-2925 ※事前に電話連絡必要	・退院許可はDr ・ベッドコントロール等で変わる場合あり ・スクリーニングと院内カンファレンスで判断 ・本人・家族希望は応相談	相談員 病棟との連携に時間を要すこと有り。ご了承ください	主は相談員 相談員・病棟Ns、リハビリ職との面談を希望する場合はアポをお願いします。急な面談及び木（PM）・土（PM）・日・祝日の面談は不可	相談員または家族	主は相談員 相談員が対応できない場合は病棟Nsが行う。病棟Nsが説明したら相談室は報告を受ける	相談員。 資料4参照

《資料 4》

市の相談窓口

湖西市役所高齢者福祉課 地域包括ケア推進係	053-576-4916
-----------------------	--------------

(地域包括支援センター日常生活圏域)

名称 (電話番号)	住所	中学校区	担当自治会
地域包括支援センター湖西白萩 (家族支援強化型) ☎053-573-2050	湖西市太田450-1 (特別養護老人ホーム湖西白萩内)	湖西 (神座含む)	新所、入出、神座 太田、青平、大知波 利木、横山
地域包括支援センター光湖苑 ☎053-577-5455	湖西市新所岡崎梅田入会地17-20 (特別養護老人ホーム光湖苑内)	岡崎 白須賀	大森、岡崎、上の原 南上の原 (第1～第3) 新所原、梅田 白須賀 (第1～第6)
地域包括支援センター恵翔苑 ☎053-595-1114	湖西市新居町中之郷3636-21 (特別養護老人ホーム恵翔苑内)	鷺津	表鷺津、鷺津、可美 古見、川尻、市場 山口、坊瀬
地域包括支援センター燦光 ☎053-594-7474	湖西市新居町新居 1800-1 (特別養護老人ホーム燦光内)	新居	新居中央、柏原 新居南橋本、西浜名 内山、住吉 ベイリーフ郷南 郷北、三ツ谷 あけぼの

《資料 5》

C-8 事業所一覧（湖西市内分）
一介護保険サービスのケアプランを作成する事業所一

事業所名	所在地	電話
あらい 居宅介護支援センター	湖西市新居町新居1800-1 特別養護老人ホーム 燦光	053-594-7761
居宅介護支援事業所 恵翔苑	湖西市新居町中之郷3636-21 特別養護老人ホーム 恵翔苑	053-595-1113
ケアプランかなめ	湖西市鷺津2966	053-574-2002
ケアプランセンター 湖西白萩	湖西市太田450-1 特別養護老人ホーム 湖西白萩	053-573-2001
ケアプランセンター 陽菜	湖西市古見124-4	053-574-1551
ケアマネ 彩（いろ）	湖西市坊瀬770番地	053-569-8468
光湖苑 在宅介護支援センター	湖西市新所岡崎梅田入会地17-20 特別養護老人ホーム 光湖苑	053-577-4512
湖西市社協介護センター こさい	湖西市吉美3257 コサイグリーンビル2階G	053-575-3294
サンシティあらい	湖西市新居町新居117-3 サンシティあらい	053-595-0050
浜名居宅介護支援センター	湖西市入会地15-70 浜名病院	053-573-0700

※五十音順

問い合わせ先：湖西市役所 高齢者福祉課 ☎ 053-576-1104

《資料 6》院時情報提供書（湖西市の在宅医療・介護連携お助けブック内書式）

ケママネジャー用（B-1）

訪問看護師用（B-5）

入院時情報提供書		※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています	
病院担当者様		作成日	令和 年 月 日
フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名	様 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	M・T・S 年 月 日	歳
住所	主介護者	関係	
介護度	事業対象者・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中（新規・更新・変更）		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護（ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 訪問介護（ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> デイサービス（ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> デイケア（ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> ショートステイ（ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 住宅改修 障害手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他		
主治医	医療機関		
	<input type="checkbox"/> 通院（頻度：） <input type="checkbox"/> 訪問診療（頻度：） <input type="checkbox"/> 訪問看護（頻度：） 事業所名（）		
処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 左記の詳細 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 床ずれ		
身体状況	利用者の状況		
	寝たきり度 <input type="checkbox"/> J（自立） <input type="checkbox"/> A（外出要介助） <input type="checkbox"/> B（座位可） <input type="checkbox"/> C（寝たきり） <input type="checkbox"/> 視力障害（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> 聴覚障害（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） 眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 言語障害 意思伝達： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない 口腔： <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯（ <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分） <input type="checkbox"/> 歯なし 認知機能： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不明 周辺症状： <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他		
入院前の生活	屋内歩行： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 （移動手段） <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 起居動作： <input type="checkbox"/> 体位変換介助 <input type="checkbox"/> 起座介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助 食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> とろみ 排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストマ 入浴： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない （入浴場所） <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 （入浴方法） <input type="checkbox"/> 全・半身浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 更衣： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 整容： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 睡眠： <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） 内服： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入院に至るまでの支援経緯		家族の状況	
入院前の生活上の困りごとや退院後に考えられる生活上の支援（在宅環境・経済面・介護力）			
※退院カンファレンス開催の際は、下記までご連絡ください。			
事業所名	担当者：		
連絡先	電話：（ ） - （ ）	FAX：（ ） - （ ）	

入退院連携シート（入院時情報提供書）

病院名： 病棟名： 担当看護師御中

氏名	様	生年月日	年 月 日	（ 歳）	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病名	＜処置内容＞				
入院エピソード	＜家族の状況＞ 介護者 キーパーソン				
主治医	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特定疾患受給者証 介護保険：要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 [新規・更新・変更] ケアマネジャー名 事業所名 <input type="checkbox"/> 入浴サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス				
保険・社会福祉等	利用者の状況（左記の詳細）				
身体状況	寝たきり度 <input type="checkbox"/> J（自立） <input type="checkbox"/> A（外出要介助） <input type="checkbox"/> B（座位可） <input type="checkbox"/> C（寝たきり） 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"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 ）（D3 D4 D5） <input type="checkbox"/> 視力障害（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> 聴力障害（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> 言語障害 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（睡眠薬）				
療養生活に関わる動作（ADL）	①食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 経管栄養※ 形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> とろみ ※ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 栄養剤名 （1日量 栄養 kcal 水分 ml） （Fr 製品名）最終交換日 / ②排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器） <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル（Fr ）最終交換日 / <input type="checkbox"/> ストマ 最終交換日 / 下剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 最終排便日 / ③清潔 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 口腔ケア 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ④歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす（ <input type="checkbox"/> 操作可 <input type="checkbox"/> 介助） <input type="checkbox"/> 体位変換介助 <input type="checkbox"/> 起座介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助				

上記情報を報告することについて、利用者・家族の承諾を得ています。 令和 年 月 日

訪問看護ステーション名： TEL FAX
 管理者氏名：
 担当者氏名：

《資料 7》 市立湖西病院資料

退院調整スクリーニング実施手順

目的

1. 入院した時点で、入院患者に退院支援を必要とするか、できるだけ早期に把握するために行う。
2. スクリーニングを早期に実施することにより、退院支援に向けた早期のアセスメントが可能になり、退院後の生活をイメージした看護・医療の提供につながる。
3. スクリーニングすることで、本人と家族が退院後の生活を前向きに考える動機づけになる。


手順

1. 対象：入院した患者全員。
*クリティカルパスの入院患者は対象外とする。
ただし、パスを逸脱する状態の変化があった場合は、その時点で退院調整スクリーニングを行う。
2. 実施時期
一次スクリーニング：入院当日
二次スクリーニング：入院1週間後
状態不良または不安定な状態の場合は、状態が安定期に入る頃（基本、担当看護師が時期を判断する）
3. 方法
1) 入院時、当日の担当看護師がプライムカルテ内の一次スクリーニングシートを元に実施し、当てはまる項目にチェックする。
(記録系→文書作成セット→院内共通→退院調整→退院調整スクリーニングシート新)
2) 一次スクリーニングで1項目でもチェックがつけば、退院支援の必要性があると判断し、アセスメントにつなげる。
①退院支援が必ず必要と予測される場合、入院初期に担当看護師が退院調整依頼書を作成し、病棟部長経由で在宅支援室に提出する。
②退院支援の必要性が予測できるが経過をみて判断する場合、または現時点では退院支援の必要性はないが、今後の状態の変化により必要性を判断する場合は、病棟での退院調整カンファレンスで継続的に評価していく。
3) プライムカルテ処置欄の1週間後に、【二次スクリーニング】と入力する。

- 4) 入院1週間後、当日の担当看護師がプライムカルテ内のスクリーニングシートを元に、二次スクリーニングを実施する。
① 主治医に病状、治療方針など今後の方向性について確認を行う。
② 本人または家族（キーパーソン・意志確認書に名前に記載がある家族）が、どのように疾患を受け止めているか、退院後の生活に対してどのように思っているか、心配や不安に思っていることがあるかなどを確認する。
③ ①②で把握した情報から考えられる「医療管理上の検討課題」とADL・IADLから考えられる「生活ニーズ上の検討課題」に分けて情報を整理し、アセスメントする。
④ アセスメントを行う際は、入院前とどこが変化したのかを明確にして、退院後の具体的な生活イメージにつなげていく。
*「医療管理上の検討課題」は、退院後も継続する医療管理・処置項目を把握した上で生活の場に戻った時の自己管理能力や家族のサポートの可能性について検討を行う。場合によっては、訪問看護の導入を検討する。
*「生活ニーズ上の検討課題」は、プロフィールの入院前のADLを参照に入院前の生活状況を把握して、病態や入院生活によりどこが変化するのか、またリハビリによりどこまで回復可能かを検討する。
- 5) 二次スクリーニングの結果、要調整となった場合は、
① 「二次スクリーニング用紙」と「退院調整依頼書」を入力し、2部ずつ印刷する。一部を病棟部長経由で在宅支援室に提出する。
② もう一部は、病棟の退院調整ファイルにはさむ。
③ プライムカルテに「スクリーニング確認カンファレンス」と入力し、スクリーニング結果について、その日（翌日）のカンファレンスで内容の確認をする。
④ 主治医にスクリーニングの結果について報告する。
調整の開始時期については相談する。
⑤ 調整中の経過報告は、各病棟の退院調整ファイルを利用し、情報を共有する。
⑥ 以降、退院調整カンファレンスなどで在宅支援室とスクリーニング結果を基に情報を提供・共有しながら、退院支援・調整をすすめていく。
- 6) 二次スクリーニングができないときは、その理由と次回実施予定の日時を検討する。できない理由を看護記録に明記し、プライムカルテの予定日に入力する。
- 7) 本人や家族の思いは病状の変化や治療の状況によって変化することも予測されるため、随時把握していく。

2019/8月 更新 在宅療養支援検討会

《資料 8》 市立湖西病院資料



退院調整スクリーニングシート

患者ID 0000 入院日 年 月 日

患者氏名 主治医 テスト医師
 生年月日 昭和 年 月 日 担当看護師
 年齢 診療科名 科
 性別 病棟名 病棟

1 次スクリーニング (入院時に実施)

ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性期呼吸器感染症のいずれか
 イ 緊急入院
 ウ 介護保険が未申請
 エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要と推測される
 オ 排泄に介護を要す
 カ 同居の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない
 キ 退院後に医療処置が必要
 ク 入退院を繰り返している
 ケ 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

80歳以上 ターミナル 自立度B・C
 介護保険利用者 介護度 (要介護 要支援)
 施設入所中 (施設名)
 訪問看護利用中 独居・高齢者世帯・高齢者と独身の子世帯
 介護保険申請中 (65歳上)

※退院支援が必ず必要と判断される場合は、担当看護師が早期に二次スクリーニングを実施する
 ※項目のチェック有りでも、明らかに面談の必要性がない場合は、退院支援依頼の該当無しにチェックする
 該当無し

2 次スクリーニング(/)スクリーニングした相手()

本人・家族の意向	
主治医の意向	
アセスメント	

在宅介護が困難(施設等を希望) 在宅介護サービスの導入が必要 医療依存度が高い
 在宅サービスに関すること 家族の介護力不安 経済面の支援を要す
 その他 ()
 該当無し

・在宅支援室への依頼 有り ・ 無し
 ↓
 退院調整依頼書を入力し在宅支援室へ提出
 ・再スクリーニング 有り ・ 無し
 ↓
 プライムカルテの1週間後の処置欄に再スクリーニングと入力

《資料 9》

市立湖西病院資料

看護サマリ

ID	0000042	現住所	
患者氏名	テスト 42	年齢	歳 性別 男
生年月日	昭和50年12月15日	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
科名	内科 病棟 4 E 病棟	感染症	
主治医	テスト医師(本系)	血液型	
入院期間	2019/04/23 ~	身長	170.0 cm 体重 70.00 kg
次回来院 受診日		家族構成	
病名 (術式)			
既往歴			
＜退院時の状況＞			
意識状態	JCS:		
視力障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 片目 <input type="checkbox"/> 両目	キーパーソン氏名	
聴力障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	連絡先 1 続柄 ()	
補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	キーパーソン氏名	
言語障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	連絡先 2 続柄 ()	
意思疎通	<input type="checkbox"/> できない GCS(E V M)点	薬アレルギー キシロカイン	
運動障害 (麻痺)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 ()	食物アレルギー	
運動障害 (拘縮)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 ()	内服 <input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理	
睡眠障害	薬剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	食事形態: Kcal	
嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食事摂取量: <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻	
退院時ADL			
歩行	()	栄養剤名: 1日量: Kcal 水分: ml	
移動方法	()	排便回数: 回 最終排便: 夜間排便回数: 1日尿量: ml	
起居動作	()	下剤使用: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
階段	()	入浴条件	
整容	()	チューブ類 種類 サイズ 最終交換日	
清潔	()	褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 ()	
清潔方法	()		
更衣	()		
食事	()		
排泄	()		
排泄方法	()		

市立湖西病院 郵便番号: 431-0431 静岡県湖西市鷺津2259-1 電話番号: 053(576)1231

印

社会福祉制度	①介護保険の申請: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 (介護調査) ②介護度: <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ③ケアマネジャー名: 事業所: ④受けている福祉サービス: <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 入浴サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具
医療処置 (薬・注射)	<input type="checkbox"/> 麻薬 () <input type="checkbox"/> 抗がん剤 () <input type="checkbox"/> インスリン () <input type="checkbox"/> 血糖測定 (1日 回測定) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> CVポート
医療機器 処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (L/min) <input type="checkbox"/> ポンプ <input type="checkbox"/> 褥瘡 (処置:) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ストマ () <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> その他 ()

<入院中の経過>

<病名告知・症状理解>

<今後の看護課題・生活課題>

<その他>

記載日: 師長確認日: 師長サイン: 代理サイン:
 記入者: 市立湖西病院 郵便番号: 431-0431 静岡県湖西市鷺津2259-1 電話番号: 053(576)1231

《資料 10》 市立湖西病院資料

退院前カンファレンス

1. 目的

患者・家族の退院後の生活に向けた希望の確認をすることが第一歩である。

- 1) 病院から退院して在宅生活に移行するにあたり、退院後の生活を支える関係機関（施設、包括支援センター、居宅事業所、福祉用具など）と院内多職種（看護師、医師、理学療法士など）を交えた合同カンファレンスの必要な患者を抽出する。
- 2) カンファレンスで話し合うポイントや必要な情報を整理する。
- 3) 患者・家族、在宅生活を支える関係機関及び院内多職種の3者が、カンファレンスを通じて同じ認識を共有する。

2. 対象患者

- 1) 介護認定があり、担当ケアマネジャーが在宅に退院する患者
- 2) 医療機器を使用する患者：人工呼吸器 ・在宅酸素 ・栄養注入ポンプ
- 3) 症状コントロールが必要な患者：心・腎・肝不全
- 4) 看取りの可能性のある患者：癌末期 ・高齢者
- 5) 医療ケアを要する患者：吸引 ・経管栄養 ・ストマ ・バルン留置 ・褥瘡処置
- 6) 心身機能低下：ADL低下 ・認知症状
- 7) 療養環境の問題：独居 ・キーパーソン不明 ・家族の介護力不安
- 8) 経済的問題：自己負担金支払い困難 ・家族支援なし

3. 退院前カンファレンス流れ

- 1) 受け持ち看護師は、在宅支援室に退院前カンファレンスが必要であることを連絡する。
- 2) 在宅支援室看護師が担当ケアマネジャーに連絡し、家族と日時調整する。ケアマネジャーが必要と思われる職種に参加を呼びかける。
- 3) カンファレンス日時が決定したら、当日までに担当看護師が退院前カンファレンス議題を入力する。
- 3) 担当看護師が出席できない場合は、前日までに議題を入力し当日担当する看護師に依頼する。
- 4) 司会進行は病棟看護師が行い、所要時間を30分程度となるよう時間管理を行う。
- 5) 追加事項などがあれば、チームで情報共有するために、追加記入し退院調整ファイルにはさむ。

4. コスト

介護支援連携指導料400点が算定できる。

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士などが介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態などをふまえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービスなどについて説明及び指導を行った場合に、入院中2回に限り算定できる。

流れ：在宅支援室看護師が相談記録を入力し病棟に渡す→病棟看護師は、添付されているメモを病棟クラークに渡す。本人または家族に説明し、記録用紙にサインをもらう→コピーし、原本はカルテに閉じる。コピーは在宅支援室に渡す

5. その他

退院前カンファレンス議題用紙は、看護部→西4→用紙→退院調整カンファレンス内

2017/4月 作成 在宅療養支援検討会

退院前カンファレンス議題

様 年 月 日 () 時間 : ~ :

- 1, 医療上の問題点：
()
- 2, 介護上の問題点：
()
- 3, 退院前カンファレンスの目的：(今回退院カンファレンスをどのような目的で開催するのかを記入する)
()
- 4, 現状

本人・家族の希望	
病状について	

5. 退院後の療養生活に関わる注意点・確認事項・課題

	注意点・確認事項	課題
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 食事形態： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストマ	
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法： <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 拭拭 入浴条件：	
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	
内服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
福祉用具		
家屋		
緊急時の対応		
医療処置		

6. その他

担当看護師：

2017/4月 更新 在宅

≪資料 11 ≫

浜名病院資料

事-16

在宅支援スクリーニングシート (1病棟・2病棟・3病棟・西病棟)

記入日：平成 年 月 日
 記入者 ()
 主治医 (科)
 担当看護師 ()

ID
 氏名
 生年月日・性別
 年齢

主疾患名：
 退院予定時期：

【スクリーニング項目】※2、4以外は入院時の状態を記入して下さい。

1. 家族構成	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 同居人あり	<input type="checkbox"/> 同敷地内家族居住
2. 入院前の居所	<input type="checkbox"/> 自宅以外(施設)	<input type="checkbox"/> 自宅	
3. 退院希望先	<input type="checkbox"/> 自宅以外(施設)	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 検討中(施設・自宅)
4. 入院前の介護力	ハイリスク群		
	<input type="checkbox"/> 同居者の介護力不足	<input type="checkbox"/> 不足していない	
	<input type="checkbox"/> 一人になることが多い	<input type="checkbox"/> 施設入所中	
5. 日常生活自立度 (厚生労働省分類)	<input type="checkbox"/> A：一部介助が必要	<input type="checkbox"/> J：ほぼ自立	
	<input type="checkbox"/> B：かなりの介助が必要	<input type="checkbox"/> JJ：自立	
	<input type="checkbox"/> C：ほとんど寝たきり		
6. コミュニケーション	<input type="checkbox"/> とれない ()	<input type="checkbox"/> とれる	
7. 認知症	<input type="checkbox"/> 診断あり	<input type="checkbox"/> 診断なし	
8. 食事	<input type="checkbox"/> 介助を要する <input type="checkbox"/> むせあり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 制限なし	
	<input type="checkbox"/> 制限あり ()	<input type="checkbox"/> むせなし	
9. 服薬	<input type="checkbox"/> 自己以外で管理	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 管理不十分	<input type="checkbox"/> 自己管理可能	
10. 排泄	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助(見守りが必要)	<input type="checkbox"/> 自立	
11. 移動	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助(見守りが必要)	<input type="checkbox"/> 自立	
12. 医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素使用 <input type="checkbox"/> 褥瘡あり <input type="checkbox"/> カテーテル管理 <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> ストマの管理 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 吸引		
	<input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> その他 ()		
13. その他	<input type="checkbox"/> 緊急入院 <input type="checkbox"/> 再入院を繰り返している <input type="checkbox"/> 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎等の急性呼吸感染症 <input type="checkbox"/> 現行制度を利用した在宅移行が困難または制度の対象外 <input type="checkbox"/> 該当なし		
14. 介護保険申請	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 年齢対象外 <input type="checkbox"/> 申請非該当
15. 介護保険の変更申請の必要性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
入院時に担当看護師が1～15をチェック→師長確認(氏名 平成 年 月 日)→相談室			
*結果 <input type="checkbox"/> ハイリスク群に該当するため、退院支援が必要→退院支援計画書作成 <input type="checkbox"/> 住宅改修の必要性、希望 () <input type="checkbox"/> 福祉用具の必要性、希望 () <input type="checkbox"/> その他、退院後に関する心配 ()			
1. 介護保険認定	【 未 ・ 済 (介護度 要支援・要介護) 】		
2. ケアマネージャー	【 有 (事業所名 担当者名) ・ 無 】		
3. 利用中のサービス	通所・短期入所・訪問看護・訪問介護・福祉用具・その他 ()		
4. 担当相談員			
5. その他(退院後の生活で介入が必要と思われる事等)			

*記入後、相談員は原本を病棟へ戻し、コピーしたものを相談室→訪問→居室→相談室の順に回覧する。
 平成22年3月19日作成 平成28年4月26日改訂 医療法人 浜名会 浜名病院

事-16-2

退院(在宅)支援スクリーニングシート 2

記入日 平成 年 月 日
 記入者 ()
 主治医 (科)
 担当看護師 ()
 担当相談員 ()
 主疾患名 ()

ID
 氏名
 生年月日・性別
 年齢

入院7日目以内実施する ※指導の必要性ありにチェックがついた項目は指導していく

1. 介護保険	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請未 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 介護保険申請・変更の必要あり
2. 利用サービス	<input type="checkbox"/> 利用サービスあり <input type="checkbox"/> 利用サービスなし <input type="checkbox"/> サービス調整必要あり <input type="checkbox"/> サービス利用 ()
3. 退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 検討中
4. 自宅の環境	段差 <input type="checkbox"/> あり (玄関 トイレ 浴室 洗面 食堂 自室 廊下 その他) <input type="checkbox"/> なし 手すり <input type="checkbox"/> あり (玄関 トイレ 浴室 洗面 食堂 自室 廊下 その他) <input type="checkbox"/> なし ベッド <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ベッドの手すり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 自室 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階以上 持っている福祉用具 () ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅訪問の必要性あり
5. 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族が管理【続柄： 方法： 】 <input type="checkbox"/> 福祉・医療スタッフが管理 ⇒ <input type="checkbox"/> 指導必要あり(本人 家族【続柄： 方法： 】 福祉・医療スタッフ)
6. 医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ⇒ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族が実施 () <input type="checkbox"/> 福祉・医療スタッフが実施 ⇒ <input type="checkbox"/> 指導の必要性あり(本人 家族【続柄： 】 福祉・医療スタッフ)
7. 移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 福祉用具利用(杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 その他) <input type="checkbox"/> ベッド上 ⇒ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒ <input type="checkbox"/> 指導の必要性あり(本人 家族【続柄： 】 福祉・医療スタッフ)
8. 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> むせあり ⇒ <input type="checkbox"/> 指導の必要性あり(本人 家族【続柄： 】 福祉・医療スタッフ)
9. 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> サービス利用 ⇒ <input type="checkbox"/> 指導の必要性あり(本人 家族【続柄： 】 福祉・医療スタッフ)
10. 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> バルン挿入中 ⇒ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ ⇒ <input type="checkbox"/> 指導の必要性あり(本人 家族【続柄： 】 福祉・医療スタッフ)
11. 主な介護者	
12. 退院に向けての目標	
13. 包括ケア病棟	<input type="checkbox"/> 対象 (転棟予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 対象外

記入後、コピーを相談室へ届ける。 ※必要時、相談室からその他必要部署、連携先へも 地域包括支援

《資料 12》

浜名病院資料

医療福祉相談室/地域連携室マニュアル
年 月 日 現在
浜名病院 医療福祉相談室

ソーシャルワーカー 情報提供書

宛先 _____ 様
TEL: _____ FAX: _____
TEL: (053)522-7500(代) FAX: (053)577-2925(直通)

氏名 _____ 様(男・女) 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)
住所 _____ TEL: _____

依頼内容 _____

主治医 _____ 既往歴・服薬 _____

障害者手帳の交付 有・無・申請中 (種 級)
障害名 _____
保険情報 _____
介護保険 自立・要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) 申請中・申請予定・無
(家族構成) _____ (福祉サービス等利用状況) _____

身体状況	視力障害	無・有
	聴力障害	無・有
	言語障害	無・有
	麻痺	無・有 部位: _____
	褥瘡	無・有 部位: _____
ADL	屋外移動	自立・一部介助・全介助
	屋内移動	自立・一部介助・全介助
	起居	立ち上がり・座位保持・起き上がり・寝返り
	食事内容	自立・一部介助・全介助
ADL	食事摂取	自立・一部介助・全介助
	排泄	自立・一部介助・全介助 トイレ・ポータルトイレ・紙パンツ・オムツ・その他()
	入浴	自立・一部介助・全介助
	更衣	自立・一部介助・全介助
認知症	発症時期 _____	
身長: _____ cm 体重: _____ Kg		
特記事項		

平成18年6月14作成 平成23年4月7日改訂

看護サマリー-I (退院) 転院) 浜名病院 部署(1病棟) 記載者 _____ 責任者 _____
TEL: 053-577-2333

患者ID	診療科	内科	記載日
フリガナ	生年月日	氏名	続柄 TEL
患者氏名	年齢	才	氏名 続柄 TEL
入院期間	性別		
病名			
<既往歴>	アレルギー	家族構成	
<経過>	HBs - HCV - RPR -	キーパーソン () 続柄() 介護者 (同上) 続柄(同上) 介護度 未申請中 () 要支援 () 要介護 () ケアマネジャー () 居宅 () さん	
	感染症	身障手帳 所持品	車椅子 シルバーカー 杖
		装具	
		移動 移乗	自立 寝がえり(可) 不可 歩行 可 不可 一部介助 車椅子 全介助
		食事	自立 セッティングのみ 一部介助 全介助
		清潔	自立 入浴 シャワー 一部介助 シャワーチェア 清拭 全介助
		更衣 整容	自立 声かけをする 一部介助 全介助
		排泄	自立 トイレ ポータルトイレ 一部介助 尿器 便器 オムツ ロハビリパンツ 全介助 カテーテル
		内服管理	自己管理 Ns管理
		問題行動	無 有
<退院指導内容>		<残された課題>	
		<次回受診>	

* 薬は裏面参照 該当箇所は○で囲む
2017.12.作成

「シズケア＊かけはし」について

- 複数の病院・診療所・歯科医院・薬局・事業所が一体となることで医療・介護等の連携が容易になり、急性期医療から在宅介護・生活支援サービスに至る高齢者が必要とする一連のサービスを切れ目なく、体系的に行うことが可能になると言われています。
(ネットワーク化)
- 静岡県には静岡県医師会をはじめとする各団体が推奨している「シズケア＊かけはし」があります。
- 湖西市内の専門職が多数登録し利用することにより連携機能が向上します。
- 登録については「連携支援センター “縁”」までお問い合わせ下さい。