

平成 28 年度 厚生労働省 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医療機関等職員との多職種連携を踏まえた
ケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業

入退院時におけるケアマネジャーの 医療機関等との連携・情報収集の手引き

平成 29 年 3 月

株式会社 日本能率協会総合研究所

はじめに

我が国の高齢者人口は、2042年には約3,900万人とピークを迎えるとされ、今後、高齢者の単身世帯・高齢者のみ世帯や認知症高齢者も増加することから、今まで以上の医療・介護需要の増加が見込まれています。高齢になって疾病を抱えていても、自宅などの住み慣れた場所で療養しつつ自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できる体制を整備することが急務の状況です。

今後、高齢者の単身世帯や高齢者のみ世帯、また認知症高齢者も増加していく我が国のケアマネジメントにおいては、医療介護連携促進の観点において、ケアマネジャーの果たす役割には大きな期待がよせられており、重要性はますます高まっています。

高齢者や要介護者等が退院後に安心して在宅生活を送ることができるようにするためには、ケアマネジャーが医療機関等の多職種と適切に連携した協働のもとで、入院中から、退院後の在宅療養を見通した上でケアプラン内容を検討していくことが必要ですが、一方で、入院から退院後の在宅への移行時における多職種連携としては、まだまだケアマネジャーと医療機関の多職種との協働は十分に機能していないという指摘もみられます。

本手引きは「平成28年度厚生労働省 老人保健健康推進事業 入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との退職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業（委員長 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部 部長）」の成果として、特に要介護認定を受けた高齢者の退院前カンファレンスに先立って、ケアマネジャーが適切に医療機関の多職種と連携するためのツールとして策定したものです。

ここでは、医療機関等の多職種とケアマネジャーが連携する際の標準的な工程とそれを管理するためのチェックリスト、及び、ケアマネジャーが情報収集や情報連携を行う場合の標準的な情報収集様式を示し、それらの活用について解説しています。

これらはケアマネジャーが利用者の疾患と状態を適切に把握し、入退院時における円滑な多職種連携に資することを目的とするものです。

本事業での、手引きをはじめとしたツール作成においては、川越委員長をはじめとして、委員および作業部会のメンバーには多大なるご協力をいただきました。またツール開発においては、先行事例である滋賀県介護支援専門員連絡協議会より「退院に向けてのききとりシート」等の資料提供を受け、作業部会での議論の基礎にさせて頂くなどのご協力を賜りました。これら全ての関係者の皆さまに心より感謝を申し上げますと共に、本手引きが、入退院時の医療機関等の多職種とケアマネジャーとの円滑な連携と協働のために参考になれば幸甚です。

平成29年3月

日本能率協会総合研究所

目次

はじめに

I. 本手引きについて	1
1. 背景.....	1
2. 本手引きの目的.....	4
3. 本手引きの位置付け	4
II. 入退院時における連携プロセスとチェックポイント	5
1. 入退院時におけるケアマネジャーの役割.....	5
2. 理想的な連携プロセス.....	7
3. 理想的な連携における、プロセス別活用シート類	8
<入退院時の介護・医療連携に係る報酬>	9
◆主な報酬解説.....	10
4. 工程管理表と各ステップにおけるポイント（ケアマネジャーのためのチェックリスト） ...	12
STEP0 入院にそなえ日ごろから準備.....	14
STEP1 入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供	16
STEP2 退院支援計画に役立つ情報提供と、多職種の視点を学ぶ場に参加し、情報収集.....	20
STEP3 収集した情報から、退院後の生活で予想される「課題」を分析.....	23
STEP4 退院前カンファレンスでは、多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する.....	27
STEP5 退院前カンファレンス後に、多職種の意見を踏まえたケアプランを完成させる.....	29
STEP6 医療機関へモニタリング結果をフィードバック（1ヶ月後）	31
◆コラム.....	33
III. プロセス別活用シート類（様式）と活用方法	34
1. 本手引きで示すプロセス別活用シート類（様式）の役割	34
2. 担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート（ケアマネジャー →利用者本人・家族へ）	35
3. 入院時情報提供書<様式2>（ケアマネジャー →医療機関の窓口担当者へ）	37
4. 退院に向けたヒアリングシート（ケアマネジャーが情報収集する際の聞き取りに使用）	42
IV. 資料（様式原本）	47
■委員名簿	55

I. 本手引きについて

1. 背景

高齢者等が地域において尊厳あるその人らしい生活を継続するためには、本人のニーズに応じた適切なサービス等が包括的に提供されること、また、入退院時等にも途切れることのない継続的なサービスの提供が行われることが肝要であり、ケアマネジャーによるケアマネジメントはその実現の要となります。

そのようななか、退院後のケアマネジメントの課題として疾患の再発予防・機能低下予防があげられていますが、ケアマネジメントの質を向上するためには、ケアマネジャーは、利用者が入院中の時からその状態や病状変化の可能性を踏まえたアセスメントや課題分析を行った上で、ケアプラン原案を作成することが重要である。特に、ケアプランを作成するまでの過程においては、医療機関や在宅医療・介護サービスなどの多職種間で共有し、専門家の視点で適切なアドバイスを受けた上で練り上げられたプランを持って在宅に移行することが望まれます。

厚生労働省でまとめられた、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」（平成25年1月7日）においても、ケアマネジメントを行う際の医療との連携、ケアプランへの適切な医療サービスの位置付けを促進することの必要性、入院から退院後の在宅への移行時等における適切な連携の促進が指摘されています。

2012（平成24）年の「退院時ケアマネジメントに関する実態調査」（報告者：川越雅弘）では、退院支援のプロセスの現状とマネジメントにおける実態が明らかにされており、諸処の課題と対策がまとめられています（図表1、2）。

図表1：急性期病棟との連携強化による円滑な退院支援の実現

本研究でわかった事実	課題と対策
○急性期病床から直接自宅に退院するケースが全体の約7割を占めていた。	1. ケアマネジャーから病院への情報提供の強化 ・入院早期での情報提供の促進と退院支援計画への反映 →情報提供書のFormatの検討が必要。 2. 病院リハ職との連携強化 ・廃用性機能低下に対する対応力の強化 ・ADL等の予後のイメージの獲得 →退院前CCへの病院リハ職の参加依頼の強化と、廃用性機能低下リスク（ADL予後を含む）に対する専門職の意見収集、指導の強化。 3. 病院看護師との連携強化 ・肺炎、心疾患などのリスク管理方法（適切な連絡・報告を含む）の強化 ・症状等の予後のイメージの獲得 →観察項目、ポイントの整理、医療職への緊急連絡のトリガーの整理が必要。 4. 病院の退院支援の質の向上への貢献 ・退院後の状況の病院へのFeedbackの強化
○急性期への入院原因疾患は[悪性腫瘍][肺炎][脳梗塞][消化器疾患][心疾患]などが多かった。	
○症状・病状やADLに関する情報は看護師から入手している割合が高かった。	
○退院前訪問指導の実施率は約1割と、病院関係者による自宅環境把握や生活動作の確認はほとんど行われていなかった。	
○急性期からの退院者の約3割に対し、退院前CCが開催されていなかった。	
○退院前CCへは看護師の参加率は高いものの、[病院リハ職]の参加率は半数程度であった。また、在宅の[主治医][リハ職]の参加率は低位であった。	
○ケアプランへのリハ/訪問看護導入に関する事前相談率は約5割であった。	

図表 2：退院患者に対する退院後のケアマネジメント力の強化

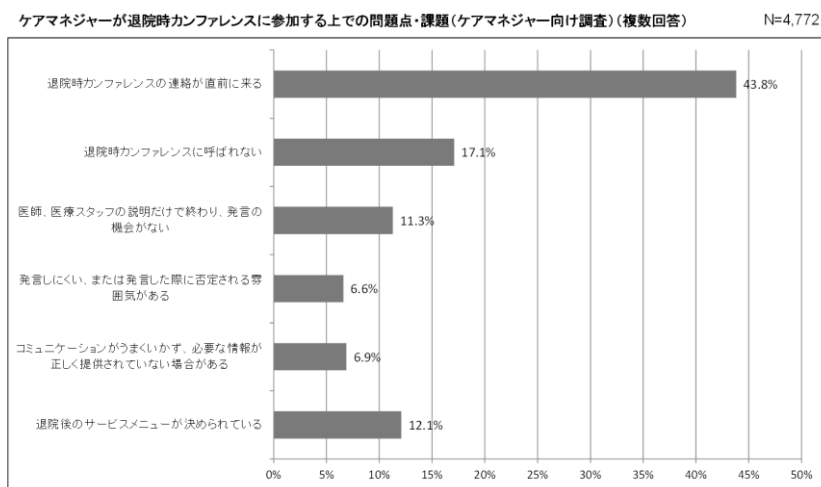
—症状等の悪化防止と生活行為向上支援の観点から—

本研究でわかった事実	課題と対策
<p>○入院原因疾患が多かった[肺炎][心疾患]に関しては、これら疾患の7-8割は担当していた要介護者の入院であった。</p> <p>○脳梗塞による入院患者の約4割は要介護者が発症したケースであった。</p> <p>○入院原因疾患としては、[肺炎][心疾患]などの廃用症候群モデル（緩やかな機能低下）と脳卒中モデル（急激な機能低下）の両方があった。</p>	<p>1. 在宅リハ職との連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・廃用性機能低下に対する対応力の強化 ・ADL等の予後のイメージの獲得 <p>→在宅のリハ職との連携や協働の具体的方法の検討と実践が必要。また、「E-LiPP」票の標準化も重要な検討課題（自宅環境下での生活行為向上を支援する観点から）</p> <p>2. 訪問看護師との連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺炎、心疾患、脳梗塞などのリスク管理方法（適切な連絡・報告を含む）の強化 ・症状等の予後のイメージの獲得 <p>→観察項目、観察ポイントの整理、医療職への緊急連絡のトリガーの整理が必要（観察の理由等に関する簡単なマニュアル等の作成も必要）。</p>

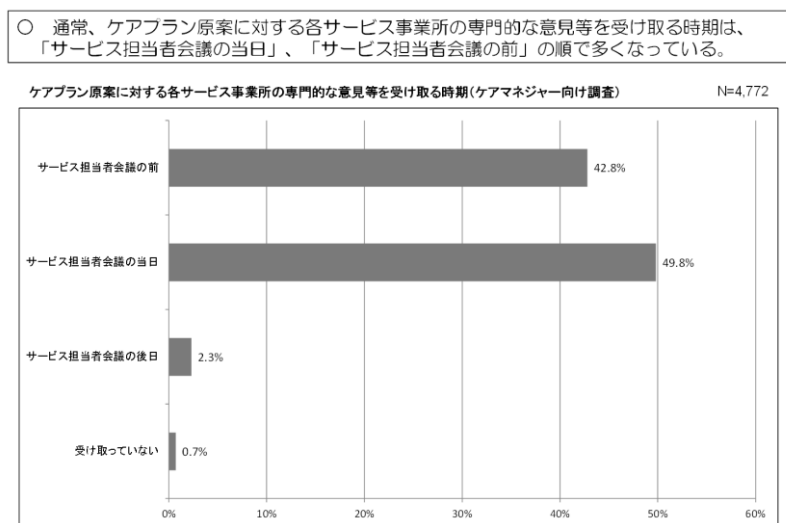
ケアマネジャーと医療機関等の間における情報共有や連携の実態として、「平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」では、ケアマネジャーが退院時カンファレンスに参加するうえでの課題に、退院時カンファレンスの連絡が直前に来ること、また、ケアプラン原案に対する各サービス事業所の専門的な意見等をケアマネジャーが受け取る時期はサービス担当者会議の当日であることが多いという実態が明らかになっています（図表 3、4）。

図表 3：ケアマネジャーが退院時カンファレンスに参加する上での問題点・課題

○ ケアマネジャーが退院時カンファレンスに参加する上での問題点・課題について、「退院時カンファレンスの連絡が直前に来る」の割合が一番高い。



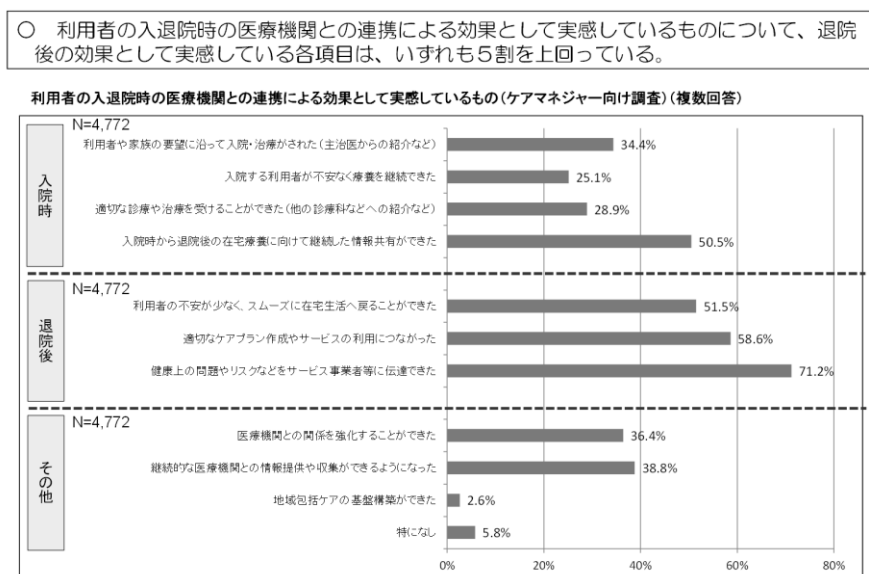
図表 4 : ケアプラン原案に対する各サービス事業所の専門的な意見等を受け取る時期



これらの現状から、入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等との連携を強化し、ケアマネジメントの質を向上させていくためには、ケアマネジャーが退院時カンファレンスで情報を得てからケアプラン原案を作成するというような運びではなく、より早期の段階から情報提供・収集を行うことが重要であること、そして、その連携の一連の基本的なプロセスが確立されることの重要性が浮き彫りになっています。

また、同調査では入退院時の医療機関等との連携によりケアマネジャーが実感している効果もまとめられており、具体的には、本人の入院中の負担軽減や適切・円滑な在宅生活への移行、さらには医療機関等とケアマネジャー間におけるネットワークの強化などが挙げられています(図表 5)。

図表 5 : 利用者の入退院時の医療機関との連携による効果として実感しているもの



2. 本手引きの目的

入退院時における医療機関等とケアマネジャーの連携の促進により、ケアマネジメントの質を向上させ、高齢者等の地域における生活をより効果的・効率的に支えていくことを目的として、現在、本人入院後にケアマネジャーが医療機関等から最初に情報を得る場となっている退院前カンファレンスを、必要な情報を取りに行く・ディスカッションを行う場となるように、本手引きにおいて、①ケアマネジャーが医療機関等から情報を提供いただく際の標準的な工程およびその管理のためのチェックリスト、②医療機関等からケアマネジャーが情報を得る際の標準的な情報収集様式を示します。

3. 本手引きの位置付け

①本手引きが想定する事例と提示するプロセスの前提

本手引きにおいては、担当ケアマネジャーがいる利用者が、急性期病院に入院し、在宅へ戻るまでのプロセスを想定して作成しています。

疾病や生活課題により収集する情報や留意する項目が異なることは考えられますが、どのような人であっても共通して把握しておくべき事項や、その考え方などをまとめています。ただし、連携する医療機関によって対応が異なることも想定されますので、それぞれの医療機関に合わせて柔軟に対応してください。

②本手引きの対象

本手引きにて示すツールは、入退院時において医療機関等の多様な職種とケアマネジャーが連携するためのツールがない場合や、これから連携に関する取組を推進していこうとする場合において、参考にしていただけるものになることを目指しています。

Ⅱ. 入退院時における連携プロセスとチェックポイント

1. 入退院時におけるケアマネジャーの役割

①入退院時連携の入口となるケアマネジャーからの入院時情報提供

入退院時における一連のケアマネジメントの質の向上に向けては、ケアマネジャーには入院直後から患者の退院後を見据え、どのようにケアプランを作成すべきか、また、本人の状態を踏まえたケアプランを作成するために、いつ、どのような情報を収集すべきか等を把握し、業務にあたることを求められます。

そのためには医療機関等との連携が必須であり、その入口となる入院時の医療機関等への情報提供から、積極的な関わり・働きかけが効果的になります。

入院時に、本人の状況や、在宅生活の要望などについて、適切に情報提供を行うことで、

- ・退院後の生活をイメージした、より適切な医療の実現（本人にとってのメリット）
- ・退院支援計画作成に向けた生活情報の獲得（医療機関等にとってのメリット）

へとつながることが期待されます。また、早期に連携が始まることにより、ケアマネジャーにとっても、退院前カンファレンスに向けたケアプラン原案作成のための情報が得やすくなるということが考えられます。

②入退院時連携の主なプロセス

これまでに述べたとおり、入退院時に医療機関等とケアマネジャーが連携し、入退院時等にも途切れることのない、一貫したケアマネジメントを実現することが重要です。

ケアマネジャーが多職種からの専門的な意見や助言等を退院前カンファレンスにおいて初めて得ることになる場合、ケアプランの作成に向けた十分な情報を得ることができない可能性があり、退院前カンファレンスの後も医療機関等から必要な情報を得なければならぬこととなり非効率的です。そのため、退院前カンファレンスの前から早期に情報収集を行い、できる限り退院後のケアプラン原案を作成したうえで退院前カンファレンス等に臨むことが効率的な流れであると考えます。

入院時から退院後において、ケアマネジャーが医療機関等にどのように関わるかという基本的なプロセスは、まず、医療機関等に対する入院時の情報提供を行い、病棟等への訪問などによる情報収集、得た情報を基にしたケアプラン原案の作成、退院前カンファレンスでケアプラン原案の内容の報告、多職種からの意見等を踏まえた原案の修正、退院後のサービス提供の実施、退院後1か月後に病院側に利用者の状況をフィードバックする、というものが想定されます。

③ケアマネジャーに求められる入退院時の関わりの基本的視点

入退院時における医療機関の職員等とケアマネジャーの連携を促進するうえでは、医療機関等の職員とケアマネジャーがそれぞれの役割を相互に理解したうえで、積極的に関わ

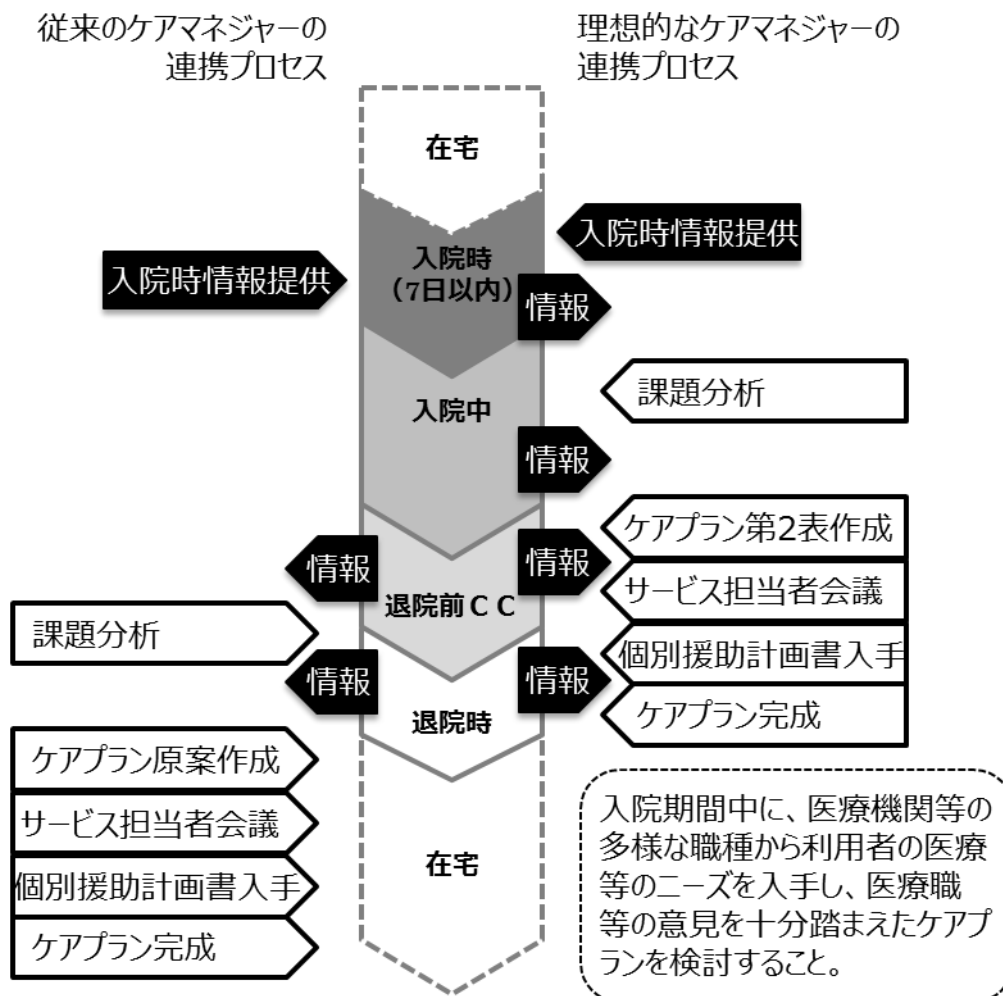
りを持つことが肝要です。

入院時の情報提供においては、情報を提供することそのものを目的とすることなく、医療機関等が作成する退院支援計画につながり、本人の望む生活に近づけられるような情報を提供することを目的として行われることが求められます。

入院中に情報収集を行う上では、本人のニーズや退院後の生活課題を把握するため、入院中の本人の変化等を確認することや、カンファレンス等における多職種との意見交換、退院前訪問指導への同行等を行うことがケアマネジャーの役割だと考えられます。

退院前カンファレンスに臨むうえでは、情報収集で得た本人のニーズに応じて、ケアプラン原案を作成すること、また、退院前カンファレンスの場において、専門職にどのような意見・助言を求めるか、イメージを持っておくことも望まれます。そのため、医療機関等に対し、退院前カンファレンスの参加者を提案することも大切です。

そして、多職種からの意見を基にケアプラン原案を修正、確定させ、サービス提供を開始した後は、医療機関等に適切に状況をフィードバックする視点が重要であり、このことにより医療機関等において退院支援プロセスの振り返りを行うことができ、次の支援、次の連携へとつながるものになります。

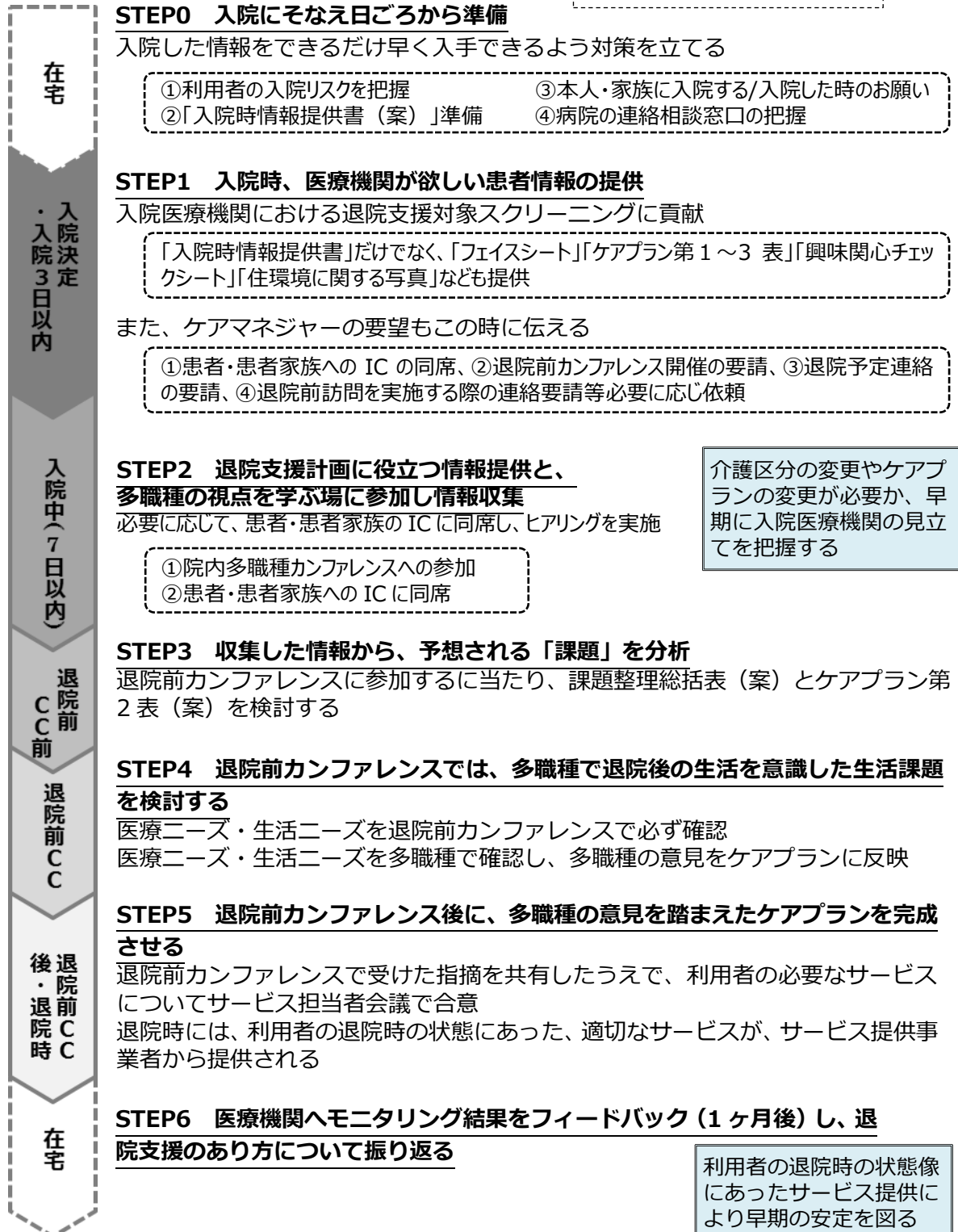


2. 理想的な連携プロセス

以下のフローは、入退院時におけるケアマネジャーの理想的な連携プロセスです。

注) 文中で使用の「用語」について

- CC = カンファレンス
- IC = インフォームドコンセント



3. 理想的な連携における、プロセス別利活用シート類

利用者	急性期病院のイベント	プロセス	準備するシート等	シートによる情報連携
在宅		STEP0 入院にそなえ日ごろから準備	・入院時情報提供書（素案）	<CM→本人・家族> ・「5つのお願い」シート
入院決定 ・入院直 後～3日 以内	・退院困難な患者抽出（3日 以内）… <u>退院支援加算</u>	STEP1 入院時、医療機関が欲しい患者情報の 提供	・入院時情報提供書 … <u>入院時情報連携加算Ⅰ・Ⅱ</u>	<CM→入院医療機関> ・入院時情報提供書 （コピー添付） ・フェイスシート ・ケアプラン第1～3表 ・興味関心チェックシート ・お薬手帳 ・住環境に関する写真 など
入院 （7日以 内）	・「退院支援計画書」及び 「入院診療計画書」（7日 以内）の作成 ・院内多職種カンファレンス （7日以内）… <u>退院支援加算</u> ・患者・患者家族へIC （7日以内）… <u>退院支援加算</u> ・ケアマネジャーに（介護サ ービス）など情報提供… <u>介 護支援連携指導料</u>	STEP2 退院支援計画に役立つ情報提供と、 多職種の視点を学ぶ場に参加し、情 報収集	・ヒアリングシート … <u>退院退所加算（1回目）</u>	<本人・家族や入院医療機関→CM > * 退院支援計画書 * 入院診療計画書 など
退院前 CC 前	・ケアマネジャー（介護サ ービス）など情報提供… <u>介 護支援連携指導料</u>	STEP3 収集した情報を踏まえ、退院後の生 活を意識した生活課題を検討する	・課題整理総括表 ・ケアプラン第2表（原案）	
退院前 CC	・退院前訪問指導の実施… <u>退 院前訪問指導料</u> ・退院前カンファレンスの実 施 <u>退院時共同指導料</u> または <u>介護支援連携指導料</u>	STEP4 医療ニーズ・生活ニーズに係る課題 について、多職種で検討する	・ヒアリングシート … <u>退院退所加算（2回目）</u>	<CM→入院医療機関> ・ケアプラン（原案）
退院前 CC 後・退 院時		STEP5 多職種の意見を踏まえたケアプラン を完成させる	・ケアプラン ・退院・退所情報記録書 … <u>退院退所加算（3回目*）</u> *3回目は病院が共同指導した場合	<本人家族や入院医療機関→CM> * 情報提供書 * 看護サマリー * リハサマリー
在宅		STEP6 医療機関へモニタリング結果をフィ ードバック（1ヶ月後）し、退院支 援のあり方について振り返る		<CM→医療機関> （医療機関の要望に応じ、コピー） ・フェイスシート ・ケアプラン第3表

＜入退院時の介護・医療連携に係る報酬＞



◆主な報酬解説

<診療報酬>

退院支援加算

- 1 退院支援加算 1 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。

イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、退院支援加算 1 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して退院支援を行った場合。

ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、退院支援加算 1 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（1 回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して退院支援を行った場合。

退院時共同指導料 2

- 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。
- 2 注 1 の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300 点を所定点数に加算する。ただし、注 3 の加算を算定する場合は、算定できない。
- 3 注 1 の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 人以上と共同して指導を行った場合に、2,000 点を所定点数に加算する。
- 4 注 1 の規定にかかわらず、区分番号 A 2 4 6 に掲げる退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。
- 5 区分番号 B 0 0 3 に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)は別に算定できない。

介護支援連携指導料

当該保険医療機関に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、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏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等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中 2 回に限り算定する。

この場合において、同一日に、区分番号 B 0 0 5 の注 3 に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限り。）は、別に算定できない。

退院前訪問指導

- 1 入院期間が 1 月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中 1 回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2 回）に限り算定する。
- 2 注 1 に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

<介護報酬>

入院時情報連携加算

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

- イ 入院時情報連携加算（Ⅰ）
200 単位 病院又は診療所を訪問し、必要な情報を提供している場合に加算。
- ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ）
100 単位 イ以外の方法により、必要な情報を提供している場合に加算。

※利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度とする。

※利用者が入院してから遅くとも 7 日以内に情報提供した場合に算定する。

※入院時情報連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

退院・退所加算

病院もしくは診療所に入院していた者、地域密着型介護老人福祉施設もしくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所し、居宅において介護サービスを利用する場合において、利用者の退院又は退所にあたり、「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位数を算定。（300 単位）

※入院又は入院期間中につき 3 回を限度として算定。

※ 3 回算定する場合は、うち 1 回についてはカンファレンス（診療報酬の退院時共同指導料の 2 注 3 に該当するもの）に参加した場合に限る。

※初回加算を算定する場合は算定しない。

緊急時等居宅カンファレンス加算

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定単位数を加算。（200 単位）

※利用者 1 人につき、1 月に 2 回を限度とする。

4. 工程管理表と各ステップにおけるポイント（ケアマネジャーのためのチェックリスト）

【工程&チェックリスト】

注）表中の「CM = ケアマネジャー」、「CG = カンファレンス」

時期	CMがやること		●=利用用シート <誰→誰（どこ）へ>
	情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	
在宅 (普段から)	STEP 0：入院にそなえ日頃から準備		●「5つのお願い」シート <CM→本人・家族> ●入院時情報提供書 ●お薬手帳 (「お薬手帳」記載項目 - 確認) ・CM氏名 ・所属事業所名 ・事業所連絡先 ・家族(キーパーソン)氏名 & 連絡先
	利用者について <input type="checkbox"/> かかりつけ医※の指示事項・留意事項を把握しておく <input type="checkbox"/> 利用者の入院可能性を、かかりつけ医※や看護師に確認しておく <input type="checkbox"/> 利用者の受診医療機関（かかりつけ歯科医等）と受診日を把握しておく <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書（案）」を事前に準備しておく 入院医療機関について <input type="checkbox"/> 医療機関の連絡窓口（担当部署／担当者）を把握しておく（予定入院の場合は、事前に依頼）	利用者や家族に対して <input type="checkbox"/> 入院に備え、「入院時・入院中のお願ひ」をしておく <input type="checkbox"/> お薬手帳を確認しておく	
入院決定 〜入院3日以内 ※注	STEP 1：入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供		●入院時情報提供書 (以下、コピーを添付) ・ケアプラン第1～3表 ・興味関心チェックシート ・住環境に関する写真 など <CM→入院医療機関>
	本人・家族や医療機関から <input type="checkbox"/> 入院の情報を入手する	入院医療機関に対して <input type="checkbox"/> 入院医療機関の窓口へ担当CMであることを連絡する	
	入院医療機関から <input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口（担当部署／担当者など）を把握する	入院医療機関へ <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書」提出する（3日以内／基本は訪問） <input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口に要望を伝える ・退院前カンファレンス開催の連絡 ・退院予定の連絡 ・退院前訪問実施の際の連絡（適宜） かかりつけ医※へ <input type="checkbox"/> かかりつけ医※へ入院したことを伝える	
入院7日以内	STEP 2：退院支援計画に役立つ情報提供と、多職種の見点を学ぶ場に参加し、情報収集		※可能な範囲で情報収集 ●ヒアリングシート ●入院診療計画書／退院支援計画書など <本人・家族や入院医療機関→CM>
	院内多職種カンファレンス <input type="checkbox"/> (参加が可能なら) 院内多職種カンファレンスに参加（治療方針／入院期間や退院日の目安／病状の変化、病気や症状による生活への影響の有無 など） <input type="checkbox"/> (参加が不可なら) 院内多職種カンファレンスの内容を入手 <input type="checkbox"/> 別途訪問し、担当医等から情報交換 <input type="checkbox"/> (別途不可なら) 家族や入院医療機関の窓口担当者から、「病状説明の内容」「多職種カンファレンスの内容」について情報収集	<input type="checkbox"/> 「入院時情報提供」の際に伝えきれない情報を提供する	
入院中	STEP 3：収集した情報から、退院後の生活で予想される「課題」を分析		●ヒアリングシート
	家族への病状説明 <input type="checkbox"/> (可能なら) 家族への病状説明の場に参加 <input type="checkbox"/> 家族に入院医療機関から渡された「入院診療計画書」などを確認（治療の方針／入院日数・予定 など）	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導の予定を確認する <input type="checkbox"/> (参加が可能なら) 必要に応じ中間CCへ参加する <input type="checkbox"/> 「退院の見込み」が見えたら連絡を貰えるよう依頼する（入院医療機関や本人・家族） <input type="checkbox"/> 退院の見通しを把握し、おおまかなスケジュール感を押さえる	
	退院前訪問指導が決まったら		
	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導へ同行する		

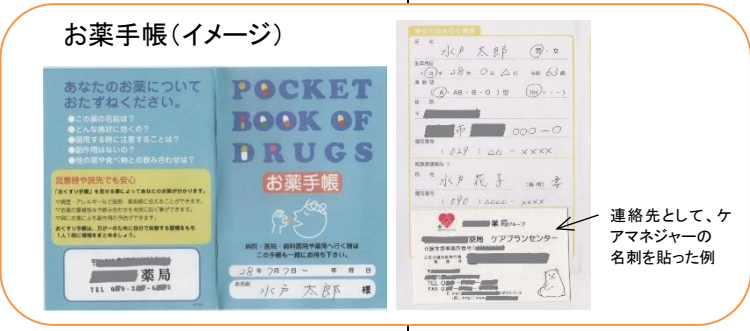
時期	CMがやること		●=利活用シート ＜誰→誰（どこ）へ＞
	情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	
退院確定 退院前CC 開催前	退院が決まったら □入院医療機関の連絡相談窓口担当者と面談し、利用者の状態像の変化や、今後、予想される「課題」が変わっていないかを「ヒアリングシート」を使い確認する □プレアセスメントを実施する □聞き取った「ヒアリングシート」をもとに課題を整理し、「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」を作成する		●ヒアリングシート *適宜、情報は更新 ●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案)
		□作成した「課題整理総括表（案）」や「ケアプラン第2表（案）」を、入院医療機関の連絡相談窓口担当者へ事前に提出する □退院前カンファレンスに参加してほしい関係職種とその内容を入院医療機関へ伝達する <サービス担当者会議を同日開催する場合> □同日開催の旨を入院医療機関側へ伝達し、会場手配と関係職種の参加を依頼する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) <CM→入院医療機関>
	□かかりつけ医※に、退院前カンファレンスで確認すべき内容を確認する	□かかりつけ医※と連絡を取った際には、プレアセスメント結果等についても報告する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) <CM→かかりつけ医※>
	□整理した課題に基づき「ケアプラン原案」を作成する		●ケアプラン原案
退院前CC 開催時	STEP4：退院前カンファレンスでは、多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する		
	退院前カンファレンス □入院医療機関から「利用者の医療上の生活課題（ニーズ）」を確認する □作成した「課題整理総括表(案)」「ケアプラン第2表(案)」(持参した「ケアプラン原案」)をもとに、CMが提示した各課題に対し、関係職種から意見・助言をもらう <サービス担当者会議を同日開催の場合>		●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) ●(可能なら) ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
		□サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) ●(可能なら) ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
退院時CC 開催後 退院時	STEP5：退院前カンファレンス後に、多職種の意見を踏まえたケアプランを完成させる		
	<サービス担当者会議を同日開催の場合>		
		□退院前カンファレンスで受けた指摘を取り入れた「ケアプラン原案」を、関係者に配布する	●ケアプラン
	<退院前カンファレンスとサービス担当者会議が同日開催でない場合>		
	□入院医療機関の多職種からの指摘事項を受けて、ケアプランの第2表を修正し、ケアプラン原案を作成する	□サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する	●ケアプラン原案
		□ケアプランを完成させ、関係者に配布する	●ケアプラン
	□入院医療機関の連絡相談窓口の担当者に、情報提供書類の提供を依頼する（看護サマリー／リハサマリー／退院・退所情報提供書／介護支援連携指導書 など）	●看護サマリー ●リハサマリー ●介護支援連携指導書 <本人・家族や入院医療機関→CM> ●退院・退所情報記録書	
	□かかりつけ医※へ退院前カンファレンスの内容及び新たなケアプランについて報告する □入院医療機関の外来看護師へ渡す	●ケアプラン	
《 退 院 》			
在宅	STEP6 医療機関へモニタリング結果をフィードバックする（1ヶ月後）		
		□医療機関へフィードバックの必要性を確認 □(必要な場合) 誰にフィードバックすべきか確認 □(必要な場合) 退院後の生活状況について、左記資料を提出と共に、適宜、口頭で補足説明 □本人・家族へもフィードバックの同意をとる	●医療機関側の必要に応じた資料を準備 (以下、コピーを添付) ・フェイスシート ・ケアプラン第3表 <CM→医療機関>

※主治医意見書記載医師

STEP0 入院にそなえ日ごろから準備

予期しない入院にも慌てることなく、必要な情報を入院した医療機関にタイムリーに伝えられるよう、日頃から利用者の入院のリスクを意識し、利用者の状況を把握しておくことが重要です。

CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●=利活用シート <>: 誰→誰(どこ)へ
<p>利用者について</p> <p><input type="checkbox"/> かかりつけ医※1の指示事項・留意事項を把握しておく</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の入院可能性を、かかりつけ医※1や看護師に確認しておく</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の受診医療機関と受診日を把握しておく</p> <p><input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書(案)」を事前に準備しておく</p> <p>入院医療機関について</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関の連絡窓口(担当部署/担当者)を把握しておく(予定入院の場合は、事前に依頼)</p>	<p>利用者や家族に対して</p> <p><input type="checkbox"/> 入院に備え、「入院時・入院中のお願い」しておく</p> <p><input type="checkbox"/> お薬手帳を確認しておく</p>	<p>●「5つのお願い」シート <CM→本人・家族></p> <p>●入院時情報提供書</p> <p>●お薬手帳</p>
<p>お薬手帳(イメージ)</p>  <p>連絡先として、ケアマネジャーの名刺を貼った例</p>		

※1. 主治医意見書記載医師

POINT!

利用者について、入院のリスクを把握しておきましょう

- かかりつけ医(主治医意見書記載医師。以下同じ。)やかかりつけ歯科医などの指示事項・留意事項も把握し、特に、かかりつけ医や看護師、また訪問看護のサービスを受けている場合には、訪問看護師から既往症の再発、肺炎、骨折などによる入院の可能性について確認しておきます。
- また、利用者がかかりつけ医以外にどのような医療機関をいつ受信しているか(毎日のか、週1回かなど)を把握しておきましょう。なお、医療依存度が強い、あるいは認知機能等に不安があるような場合には、同行した方が正確な情報を得られるため、必要に応じ、受診時に同行して医師の見通しを聞いておくとうよいでしょう。



歯科医の声

- ・インプラントをしている利用者はいませんか? インプラントの周囲に細菌が残って生体防御のバランスが崩れたりすると、入院中に、炎症や骨吸収による状態が悪化するリスクがあります。

利用者の入院のリスクを考慮し、「入院時情報提供書（案）」を作成しておきましょう

- 予期しない入院の場合でも、入院したという情報が得られればすぐに提供できるよう、「入院時情報提供書」は日頃から準備しておきましょう。入院時に微修正すれば良いので、完成版ではなく案のレベルで構いません。
- なお、特に地域で使われているものがなければ添付のものをそのままご活用ください。

利用者や家族に、ケアマネジャーから入院の際の依頼事項を伝えておきましょう

- 予定入院は入院が決まった際、緊急入院の際はできるだけ速やかに、ケアマネジャーに利用者が入院したとの連絡をいただくよう、利用者や家族にあらかじめ依頼しておきましょう。
- なお、口頭で利用者や家族に伝えるだけでなく、入院中も含めた依頼事項を記載したシートを配布するなど工夫するとよいでしょう（利活用シート●「入院時・入院中のお願い」参照）。

利用者や家族以外から、入院情報などが入るよう工夫しましょう

- 利用者が入院する場合には「健康保険証」「介護保険証」「お薬手帳」の3点セットを入院医療機関に持参し、窓口に表示するよう利用者や家族に依頼しておきましょう。
- なお、利用者の「お薬手帳」を拝見し、ケアマネジャーの基本情報やキーパーソン情報など必要な情報が記載されているか確認しておきましょう。必要な情報が記載されていない場合には、記載するよう依頼します。
＜「お薬手帳」記載事項＞
 - ・ケアマネジャー情報（氏名、所属事業所名、事業所連絡先）
 - ・有事の際に意思決定が可能なキーパーソン情報（家族等の氏名、連絡先）
- 「お薬手帳」にこれらの記載があることで、入院医療機関にケアマネジャーの情報を伝えることができ、担当ケアマネジャー等に連絡することができるようになりますとともに、薬局等のスタッフが利用者の異変に気付いた場合にも、担当ケアマネジャー等に連絡することができるようになります。

入院医療機関の連絡相談窓口を把握しておきましょう

- 入院医療機関によって、ケアマネジャーの連絡相談窓口（医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師、病棟看護師、担当医など）は異なります。連絡相談窓口が明確であれば、必要時の情報交換が行いやすくなることから、利用者の急な入院にそなえ、日頃から、医療機関のケアマネジャーの連絡相談窓口を意識して把握しておくようにしましょう。

※2 ここでいう「3日以内」とは…、状態がある程度安定して、主治医から最初の家族への説明があるくらいの期間をイメージしている（実際は医療機関の判断で期間は変わる）

STEP1 入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供

入院時の情報提供の目的は、利用者の生活歴や住環境等を踏まえて「退院支援対象者のスクリーニング（入院3日以内）」や「退院支援計画書（入院7日以内に作成）」作りに役立てて頂くことです。医療と介護の連携においては、こういった医療機関の動きに連動したケアマネジャー側の適切な情報提供が利用者のケアマネジメントにとって重要です。従って、利用者が入院した場合にはタイミングよく利用者の情報を提供することが求められます。

「入院時情報提供書」の提供方法は入院した医療機関への訪問を基本としますが、すぐに訪問できない場合や（目安としては3日以内）、遠方の場合には、FAXで提供しても構いません。なお、訪問に際しては、事前に入院医療機関に連絡をし、予定を確認してから訪問するようにしましょう。

利用者の情報を入院医療機関に提供する際、ケアマネジャーは、入院医療機関が円滑な退院支援を行うために必要と考えられる情報を伝えることも重要なポイントです。

CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	● = 利活用シート <> : 誰→誰（どこ）へ
本人・家族や医療機関から <input type="checkbox"/> 入院の情報を入手する	情報入手のタイミングによる	
入院医療機関から <input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口（担当部署／担当者など）を把握する	入院医療機関に対して <input type="checkbox"/> 入院医療機関の窓口へ担当CMであることを連絡する	
入院医療機関から <input type="checkbox"/> 院内多職種カンファレンス、病状説明の予定を確認する	入院医療機関へ <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書」提出する（3日以内／基本は訪問） <input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口 に要望を伝える ・退院前カンファレンス開催の連絡 ・退院予定の連絡 ・退院前訪問実施の際の連絡（適宜） かかりつけ医^{※1}へ <input type="checkbox"/> かかりつけ医 ^{※1} へ入院したことを伝える	● 入院時情報提供書 （以下、コピーを添付） ・ケアプラン第1～3表 ・興味関心チェックシート ・住環境に関する写真 など <CM→入院医療機関>

※1. 主治医意見書記載医師

POINT!

入院情報を得たら、入院医療機関へ連絡しましょう

- 緊急入院の場合は、入院情報を得たらすぐに、入院医療機関へ連絡をして、担当ケアマネジャーであることを伝えましょう。



入院医療機関の声

- ・患者に聞いても担当ケアマネジャーがわからない、という場合があるため、ケアマネジャーから一報いただくと助かります。

入院医療機関の連絡相談窓口を確認し、訪問のタイミングなどについても確認しておきましょう

- 日頃から把握していない場合は、入院医療機関へ連絡をした際に入院医療機関の連絡相談窓口（医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師、病棟看護師、担当医など）を確認します。連絡相談窓口が明確であれば、必要時の情報交換が行いやすくなります。
- なお、入院医療機関や利用者の入院時の状態や疾患により、その後の連携の在り方が異なりますので、どのようなタイミングで訪問すべきかなども連絡相談窓口にご相談すると、次の連携ステップにスムーズに移行できます。

予定入院の場合には、入院前に連絡相談窓口(担当窓口、担当者名等)を把握しておきましょう

- 予定入院の場合は、入院前に入院医療機関に対し担当ケアマネジャーであることを伝え、連絡相談窓口を把握しておきましょう。連絡相談窓口（担当窓口、担当者名等）が決まっていない場合には、連絡相談窓口を決めてもらうよう依頼します。
- もし、地域に入院が想定される医療機関がそれほど多くない場合には、緊急入院に備え、連絡相談窓口（担当窓口、担当者名等）を確認しておくとうよいでしょう。

あらかじめ用意していた「入院時情報提供書（案）」を微修正し、速やかに情報提供しましょう

- 急性期の医療機関では、入院直後から退院支援に着手します。そのため、入院医療機関が、担当ケアマネジャーから、利用者（患者）の家族の状況、同居の有無や支援者の有無、入院前のADLやIADL、生活状況、またどんな生活を送りたいかといった本人の意向等を早期に得られることは、利用者（患者）の退院後の生活をイメージするうえで有効です。



入院医療機関の声

- ・患者が伝えることが困難な場合、家族等の連絡先もわからない場面もあります。そのような時に、ケアマネジャーから情報を聞き取れると助かります。

入院時情報提供書だけでなく、利用者の「ケアプラン第1～3表」「興味関心チェックシート」「住環境に関する写真」なども添付しましょう

- 「入院時情報提供書」を提供する際、そのほかの利用者情報を合わせて提供することで、サービスの利用状況、他の病院への通院状況など幅広く、より多くの情報を共有することができます。
- その際、住環境におけるバリアを示す生活環境（玄関やトイレ、ふろ場など）の写真があると、退院後の生活を見据えたりハビリの導入につながる等の効果が期待でき有用です。



入院医療機関の声

- ・入院前の状況のケアプランがあれば、患者の自立の状況やどういうところに課題がある方なのかがわかり、入院中、また退院後の本人の状態を予測しながら、どのような医療を提供すればいいか、方針を立てやすくなりますね。

ご本人やご家族が在宅生活を送るうえでの“思い”や、入院前の生活の状態を入院医療機関にしっかりと伝えましょう

- 入院医療機関が退院支援に取り組むにあたって、患者（利用者）の入院前の在宅生活における状態を理解しておくことは重要です。利用者やその家族の在宅生活の様子をよく知っているケアマネジャーとして、彼らの様子や思いをしっかりと医療者側に伝えましょう。

入院時情報提供の際に、ケアマネジャーとしての要望を伝えましょう

- 「入院時情報提供書」を提供する段階では、利用者の状態も不安定で、また医師の治療方針が決まっていない場合も十分考えられます。そのため、今後の情報提供の希望として、カンファレンスの開催の希望、退院予定の連絡希望、退院前訪問指導を行う場合の事前連絡の希望などを伝えておきましょう。
- なお、口頭で伝えるだけでなく、例えば「入院時情報提供書」に要望チェック欄を設けるなど書面で伝える工夫をするとよいでしょう。



入院医療機関の声

- ・「入院時情報提供書」を提供いただいた時点で、医師の治療方針が決まっていなければ、入院医療機関からケアマネジャーに情報を渡すのは難しいですね。

利用者の入院について、かかりつけ医へ連絡しましょう

- 緊急入院など、かかりつけ医からの紹介入院等ではない場合は、利用者の入院について、かかりつけ医に連絡をします。また、必要に応じて、かかりつけ歯科医にも連絡を入れて、利用者が入院したことを知らせましょう。
- また、居宅療養管理指導をしている「薬剤師」などへも利用者の入院は知らせましょう。



歯科医の声

- ・利用者の口腔状態の把握は全身疾患の把握と共に重要です。なぜなら口腔内の不潔な状態（歯周病罹患）が続いてしまうと、口の中の細菌が誤嚥や血液を経由して、全身へと流れて、悪影響を及ぼすことがあります。
＜疾患例＞誤嚥性肺炎、心筋梗塞、心内膜炎、動脈硬化、糖尿病 等



病棟看護師から～病棟看護師に質問する際に、ケアマネさんに必要な視点～

◆視点1) 医療情報

- ・入院になった病態、入院目的、現時点での治療方針
- ・入院前と何か変わる事はあるのか など
- ・ADL・IADL 低下の予想、医療処置・医療管理が新たに必要か？
- ・予想される入院期間、転院の可能性（回復期等） など

◆視点2) 在宅移行への準備

- ・ADL・IADL 低下の予想、医療処置・医療管理が新たに必要か？
- ・予想される入院期間、転院の可能性（回復期等） など

STEP2 退院支援計画に役立つ情報提供と、多職種の見点を学ぶ場に参加し、情報収集

多職種が協働し、多職種の視点を学べる院内多職種カンファレンスや病状説明などの場に参加し、退院支援に役立つ情報の共有を図ります。入院医療機関は患者の生活に関する情報が少ないため、ケアマネジャーが積極的に入院医療機関に伝えていくことが求められます。また、ケアマネジャーにとっても入院医療機関の多職種とディスカッションをすることは、在宅に向けた課題の把握と解決策の検討を行う上で重要です。

医療機関からの情報収集を始める際には、本人・家族にそのことを事前にお知らせしておきましょう。その上で、連絡相談窓口担当者や病棟看護師、担当医などから、入院医療機関としての治療方針や見立てなどの情報を収集します。

また、病状や社会的事情で、本人・家族からの情報収集が難しい場合、あるいは個人情報保護の観点から、担当医や病棟看護師から直接、情報を収集することが困難な場合は、医療機関の連絡相談窓口担当者に相談するとよいでしょう。

CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
<p>院内多職種カンファレンス</p> <p><input type="checkbox"/>（参加が可能なら）院内多職種カンファレンスに参加（治療方針／入院期間や退院日の目安／病状の変化、病気や症状による生活への影響の有無 など）</p> <p><input type="checkbox"/>（参加が不可なら）院内多職種カンファレンスの内容を入手</p> <p><input type="checkbox"/> 別途訪問し、担当医等から情報交換</p> <p><input type="checkbox"/>（別途不可なら）家族や入院医療機関の窓口担当者から、「病状説明の内容」「多職種カンファレンスの内容」について情報収集</p> <p>家族への病状説明</p> <p><input type="checkbox"/>（可能なら）家族への病状説明の場に参加</p> <p><input type="checkbox"/> 家族に入院医療機関から渡された「入院診療計画書」などを確認（治療の方針／入院日数・予定 など）</p>	<p><input type="checkbox"/> 「入院時情報提供」の際に伝えきれていない情報を提供する</p>	<p>※可能な範囲で情報収集</p> <p>●ヒアリングシート</p> <p>●入院診療計画書 ／退院支援計画書 など <本人・家族や入院医療機関 →CM></p>



医療ソーシャルワーカーの声

- ・入院時の多職種連携で、医療機関に連絡を取り始める際には、ケアマネジャーさんから、本人・家族に一声かけるのを忘れずに。

POINT!

院内多職種カンファレンス、病状説明などの予定を確認

- 利用者の院内多職種カンファレンスや病状説明などの予定を確認し、同席が可能か確認しましょう。なお、急性期病院では「入院診療計画書」の作成、院内多職種カンファレンス、患者・患者家族へ病状説明（IC：インフォームド・コンセント）は入院7日以内が目安です。

院内多職種カンファレンスや病状説明の場を通じて、早期に退院支援の情報を共有しよう

- 院内多職種カンファレンス、病状説明などの場を通じて、治療方針、病状の変化、入院期間や退院日の目安、病気や症状による生活への影響の有無などについて確認します。
- ケアマネジャーが入院医療機関等の多職種とのディスカッションに加わることで、入院医療機関が必要としている情報や「入院時情報提供」で伝えきれていない情報を、その場で提供することができます。
- また、ケアマネジャーとしても、入院医療機関の多職種から、必要な情報を直接一度に得ることができ、在宅での療養生活における課題解決に向けた検討がしやすくなるとともに、退院に向けたスケジュールがイメージしやすくなります。

院内多職種カンファレンスや病状説明などに参加できない場合には、どのような内容であったか情報収集を行いましょ

- 院内多職種カンファレンスについては、入院している患者だけでなく、多くの患者の検討を行うため、個人情報保護の観点からケアマネジャーは参加できない場合があります。その場合は、改めて担当医や病棟看護師等にアポイントを取るか、担当医や病棟看護師等が忙しく時間が取れないような場合には、連絡相談窓口の担当者から話を聞くようにします。
- 病状説明については、同席が可能な場合には、本人や家族から入院医療機関に対して、ケアマネジャーの同席を許可するよう話をしてもらいましょう。なお、病状説明に参加できない場合には、どのような説明を受けたか、退院の見通しについて本人・家族に確認するとともに、入院医療機関から本人・家族に渡された「入院診療計画書」や「退院支援計画書」で内容を確認し、記載されている治療計画や退院予定の期間を確認します。
- なお、院内多職種カンファレンスについては、医療機関毎に運営の仕方が異なりますので、具体的には、連絡相談窓口の担当者に相談するとよいでしょう。



病棟看護師から ~ 病棟看護師に質問する際に、ケアマネさんに必要な視点 ~

◆**視点 3) 医学的な状況・医療者の判断**について

- ・現状評価、今後の見通し
(医療依存度が高くなるのか? 看取りの可能性はあるか?)

◆**視点 4) 患者・家族との情報共有**について

- ・医療者からの説明内容への理解
- ・生活や暮らし方が変化することへの受け止めの様子
 - ★ケアマネジャーが、家族への説明場面に同席できなかった場合は、特に重要です。

◆**視点 5) ADL・IADL の状況と変化、**

それらに**自宅に対応するための条件 (工夫・支援)**

- ・排泄、食事、口腔ケア、清潔ケア、移動・移乗
(リハビリ状況/必要な自宅環境 など)
 - ★利用者の暮らし方に合わせた「医療」と「生活」の方向性を確認し、それを自宅に帰る前に、患者・家族と共有していくことが大切です。

STEP3 収集した情報から、退院後の生活で予想される「課題」を分析

退院前カンファレンスに参加する際には、課題整理総括表（案）及び第2表（案）（できればケアプラン原案まで）を作成することを念頭に、この段階で利用者の退院後の生活における課題を把握し、整理しておくことが重要です。

また、退院前訪問指導の予定や中間カンファレンスの開催、退院の見込みなどを把握して、退院までの大まかなスケジュール感を押さえておくことも大切です。

CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
<input type="checkbox"/> ヒアリングシートなどを活用し、予想される「課題」を把握し、整理する（訪問、電話、メール等） <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導の予定を確認する <input type="checkbox"/> （参加が可能なら）必要に応じ中間カンファレンスへ参加する <input type="checkbox"/> 「退院の見込み」が見えたら連絡を貰えるよう依頼する（入院医療機関や本人・家族） <input type="checkbox"/> 退院の見通しを把握し、おおまかなスケジュール感を押さえる		●：ヒアリングシート
退院前訪問指導が決まったら <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導へ同行する		



病棟看護師から～病棟看護師に質問する際に、ケアマネさんに必要な視点～

◆視点6) 退院後の必要な医療処置・管理／継続が必要な看護は何か

- ①退院後の医療管理はどこで行うか？
 - ・今回入院した「医療機関」／かかりつけ医
 - ・緊急対応も含めて「訪問診療」で行うのか？
 - ・在宅療養指導管理料が発生する場合、医療材料・衛生材料等の準備調達は？
- ②継続する医療処置・医療管理（口腔管理・薬剤管理等含む）については、患者／介護する家族には、どのような指導ができていますか？
- ③訪問看護によるサポートは必要か？
 - 訪問看護を利用する可能性が高ければ、退院前カンファレンスに、訪問看護が参加できるように調整

利用者の退院が決まったら、退院前カンファレンスの前に、課題整理総括表（案）及び第2表（案）を作成し、病院側に提出するとともに、退院前カンファレンス開催の準備をさせていただきよう依頼します。その際、参加してほしい関係職種についても伝えましょう。

参加してほしい職種については、課題を検討する段階から、退院前カンファレンスで、どのような職種に、何について意見を求めるべきかをイメージしておくことが重要です。

CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
<p>退院が決まったら</p> <p><input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口担当者と面談し、利用者の状態像の変化や、今後、予想される「課題」が変わっていないかを「ヒアリングシート」を使い確認する</p> <p><input type="checkbox"/> プレアセスメントを実施する</p> <p><input type="checkbox"/> 聞き取った「ヒアリングシート」をもとに課題を整理し、「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」を作成する</p>		<p>●：利活用シート</p> <p>●ヒアリングシート *適宜、情報は更新</p> <p>●課題整理総括表(案)</p> <p>●ケアプラン第2表(案)</p>
	<p><input type="checkbox"/> 作成した「課題整理総括表（案）」や「ケアプラン第2表（案）」を、入院医療機関の連絡相談窓口担当者へ事前に提出する</p> <p><input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスに参加してほしい関係職種とその内容を入院医療機関へ伝達する <サービス担当者会議を同日開催する場合></p> <p><input type="checkbox"/> 同日開催の旨を入院医療機関側へ伝達し、会場手配と関係職種の参加を依頼する</p>	<p>●課題整理総括表(案)</p> <p>●ケアプラン第2表(案) <CM→入院医療機関></p>
<p><input type="checkbox"/> かかりつけ医^{※1}に、退院前カンファレンスで確認すべき内容を確認する</p>		<p>●課題整理総括表(案)</p> <p>●ケアプラン第2表(案) <CM→かかりつけ医^{※1}></p>
<p><input type="checkbox"/> 整理した課題に基づき「ケアプラン原案」を作成する</p>		<p>●ケアプラン原案</p>

※1. 主治医意見書記載医師

POINT!

退院前訪問指導が決まったら、できるだけ同行しましょう

○退院前訪問指導では、入院医療機関が家族に行く自宅での動作指導や生活指導、またそれを踏まえた住宅改修や必要な福祉用具の提案・アドバイス等を行うものです。入院医療機関の多職種から、利用者の在宅における生活上の注意点等を直接把握できる機会ですので、ケアマネジャーは、できるだけ退院前訪問指導に同行しましょう。

退院が決まったら、退院前カンファレンスに向け、情報収集を行いましょ

○退院が決まった段階で、連絡相談窓口担当者と面談し、利用者の状態像の変化や、今後、予想される「課題」が変わっていないかを「ヒアリングシート」を使い確認します。

ケアプラン原案作成に向け、プレアセスメントを実施しましょ

○ケアプラン原案の作成に向け、プレアセスメントを実施し、利用者の状態を確認するとともに、退院後の本人の生活に対する意向（ニーズ）を把握します。

「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」「ケアプラン原案」を作成しましょ

○プレアセスメントの結果から、課題整理総括表（案）及びケアプラン第2表（案）を作成し、現状、予後、改善悪化の可能性、何をすべきかなどをまとめます。

○ケアプラン第2表については、全ての項目案を作成することは必須ではありませんが、課題整理総括表（案）を踏まえ、少なくとも「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」と「目標」までは記載しておきましょう。ここで案を作成する目的は、第2表の細かい点をつめて書くことではなく、例えば、案の段階で「訪問看護」の必要性を意識した場合、それを入れておくことで、ケアマネジャーが利用者の退院後に「訪問看護」の必要性を意識していることがわかります。つまり、ケアマネジャーが利用者の生活課題（ニーズ）をどう捉え、何をしなければいけないかと考えているかが、医療機関の関係職種に伝わるのが重要なのです。

○併せて、「ケアプラン原案」についても作成し、退院前カンファレンスに提出しましょう。

入院医療機関に、退院前カンファレンスに参加してほしい関係職種とその内容を伝えましょう

○作成した「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」を入院医療機関の連絡相談窓口へ提出するとともに、「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」を踏まえ、誰から（どの職種から）、何を聞くかをイメージして、該当する関係職種の出席を依頼します。

○なかでも「ヒアリングシート」の歯科項目について、該当選択肢*にチェックがある場合は、歯科医／歯科衛生士の退院前カンファレンスへの参加を検討しましょう。

*該当選択肢とは…、疾患と入院中の状況として、

- ・嚥下機能：「時々むせる」「常にむせる」
- ・口腔清潔：「不良」「著しく不良」
- ・口腔ケア：「出来なかった」「本人にまかせた」

あるいは、

- ・退院後に必要な看護の視点として「嚥下」「口腔ケア」にチェックが付いた場合

○なお、介護区分の変更等大幅なケアプラン変更が見込まれる場合には、退院前カンファレンスと同日にサービス担当者会議を開催すると、サービス事業者も入院医療機関の意見を共有することができますので、同日開催したい旨を入院医療機関に伝え、会場の手配と関係職種の参加をあわせて依頼します。

かかりつけ医に、退院前カンファレンスで確認すべき内容を確認しましょう

○かかりつけ医に、退院前カンファレンスの開催時に、報告すべき事項や確認すべき事項について意見を求めます。「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」をもとに確認しましょう。

○併せて、実施したプレアセスメントの結果についても報告し、意見を求めましょう。

○かかりつけ医に意見を伺う際には、事前に聞きたいことをリストしてFAX等であらかじめ連絡しておいてから訪問する、あるいは、家族の主治医面談などの際に同行するなど、円滑に面談が出来るような工夫をしましょう。

「ケアプラン原案」を作成しましょう

○退院前カンファレンスに参加するにあたり、「ケアプラン原案」を作成し、退院前カンファレンス時に持参できるようにしましょう。

STEP4 退院前カンファレンスでは、多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する

退院前カンファレンスは病院主導で行うものですが、その場にケアマネジャーが参加する意味は、入院医療機関から利用者の医療上の生活課題（ニーズ）を確認し、入院医療機関の関係職種とケアマネジャーが検討した生活課題（ニーズ）が一致しているかを確認することにあります。退院前カンファレンスを単なる情報収取の場にせず、参加した関係職種から意見・助言をもらい、入院した利用者の状況に即したケアプランをめざします。

同日開催するサービス担当者会議においては、入院医療機関の意見・助言を踏まえ、「課題整理総括表(案)」「ケアプラン第2表(案)」（可能であれば「ケアプラン原案」）の修正すべき点を把握し、サービス担当者会議で修正点を踏まえ合意を得ることになります。

CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
退院前カンファレンス <input type="checkbox"/> 入院医療機関から「利用者の医療上の生活課題（ニーズ）」を確認する <input type="checkbox"/> 作成した「課題整理総括表(案)」「ケアプラン第2表(案)」（持参した「ケアプラン原案」）をもとに、CMが提示した各課題に対し、関係職種から意見・助言をもらう		● 課題整理総括表(案) ● ケアプラン第2表(案) ● (可能なら) ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
<サービス担当者会議を同日開催の場合>		
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種からの助言を共有化する	● 課題整理総括表(案) ● ケアプラン第2表(案) ● (可能なら) ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>

POINT!

「利用者の医療上の生活課題（ニーズ）」を必ず確認しましょう

○退院前カンファレンスでは、入院医療機関の「利用者の医療上の生活課題（ニーズ）」を把握します。聞き漏らさないよう、確認すべき「ニーズ一覧」を作成し、チェックするとよいでしょう。場合によっては、連絡相談窓口の担当者に事前に確認したい「ニーズ一覧」を渡し、事前にチェックしていただくことも考えられます。

< 確認すべき医療上の生活課題(ニーズ) >

- ✓ 疾患
- ✓ 治療方針
- ✓ 医療処置の有無
- ✓ 服薬状況
- ✓ 入院前、入院時、退院時(退院前カンファレンス前)のADLの変化
- ✓ 患者、家族の疾患や予後に対する受け止め方、理解
- ✓ 生命予後、病状、ADLの予後予測
- ✓ 退院後の外来予定
- ✓ 退院後の生活における注意点
- ✓ 退院後のリスク把握(移動・転倒、入浴、皮膚、口腔、誤嚥、活動量、リハビリへの指示内容等)
- ✓ 退院後の急変の可能性と対応方法

ケアマネジャーが考える「生活課題(ニーズ)」と課題解決のシナリオを報告します

- 事前に提出した「課題整理総括表(案)」「ケアプラン第2表(案)」「ケアプラン原案」から、ケアマネジャーが分析した利用者の在宅における生活課題(ニーズ)及び課題解決のシナリオを報告し、入院医療機関の関係職種から専門的な見地で意見・助言を受けます。
- 退院前カンファレンスで、「利用者の医療上の生活課題(ニーズ)」を確認することで、入院により利用者の状態像が変わったにもかかわらず、前と同様のサービスのままということはありません。そのためにも、退院前カンファレンスに向けプレアセスメントも含め事前準備をしっかりとっておくことが重要です。

必要に応じて、サービス担当医者会議を、退院前カンファレンスと同日に開催します

- 退院前カンファレンスと同日にサービス担当者会議を開催することで、医療機関の関係職種がサービス担当者会議に参加しやすくなるとともに、退院前カンファレンスで検討した「利用者の医療上の生活課題(ニーズ)」をサービス事業者と共有しやすくなります。
- ケアマネジャーは、「利用者の医療上の生活課題(ニーズ)」を踏まえてケアプラン原案の修正すべき点について関係者と共有した上で、利用者の必要なサービスについて関係者と合意します。

STEP5 退院前カンファレンス後に、多職種の見意見を踏まえたケアプランを完成させる

退院前カンファレンスと同日にサービス担当者会議を開催した場合には、ケアプランを完成させ関係者に配布します。

退院前カンファレンス後にサービス担当者会議を開催する場合には、退院前カンファレンスで受けた指摘を取り入れたケアプラン原案を提示した上で、利用者の必要なサービスについて関係者と合意します。

CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
<サービス担当者会議を同日開催の場合>		
	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスで受けた指摘を取り入れた「ケアプラン原案」を、関係者に配布する	● ケアプラン
<退院前カンファレンスとサービス担当者会議が同日開催でない場合>		
<input type="checkbox"/> 入院医療機関の多職種からの指摘事項を受けて、ケアプランの第2表を修正し、ケアプラン原案を作成する	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種からの助言を共有化する	● ケアプラン原案
	<input type="checkbox"/> ケアプランを完成させ、関係者に配布する	● ケアプラン
	<input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口の担当者に、情報提供書類の提供を依頼する（看護サマリー／リハサマリー／退院・退所情報提供書／介護支援連携指導書 など）	● 看護サマリー ● リハサマリー ● 介護支援連携指導書 <本人・家族や入院医療機関→CM> ● 退院・退所情報記録書
	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 ^{※1} へ退院前カンファレンスの内容及び新しいケアプランについて報告する <input type="checkbox"/> 入院医療機関の外来看護師へ新しいケアプランを渡す	● ケアプラン

※1. 主治医意見書記載医師

POINT!

かかりつけ医に、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告しましょう

- かかりつけ医に、退院前カンファレンスの内容や新たなケアプランについて報告すると共に、利用者の為に医療機関より渡された情報などについても必要に応じて共有するようにしましょう。併せて、入院医療機関の外来看護師にもケアプランを提出するようにしましょう。
- なお、かかりつけ医にコンタクトをとる際は、家族の主治医面談や、退院後に、利用者の受診・往診時に同席するなど、円滑に面談が出来るような工夫をしましょう。



かかりつけ医の声

- ・診療が立て込んでいるとケアマネジャーさんとの時間を十分取れないこともあります。ご本人や家族との席に同席してもらおうといいですね。

必要に応じて、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の薬剤師（居宅療養管理指導）などにも、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告しましょう

- 利用者の課題によって、必要な関係職種へは、退院前カンファレンスの内容や新たなケアプランについて報告すると共に、利用者の為に医療機関より渡された情報などについても必要に応じて共有するようにしましょう。



歯科医の声

- ・利用者の口腔内の状態や口腔ケア等に課題がある場合は、利用者に対しても、歯科への受診や歯科医の訪問診療を促すなどして、歯科医へ繋げて下さい。
- ・もしも利用者に口腔の課題があるのに、かかりつけ歯科医がない場合は、地域の歯科医師会に連絡して下さい。

STEP6 医療機関へモニタリング結果をフィードバック（1ヶ月後）

入院医療機関の連絡相談窓口の担当者に、利用者の退院後の状況をフィードバックします。フィードバックされることで、入院医療機関の退院支援の振り返り等に活用され、退院支援の改善にもつながります。ただし、医療機関によってニーズが異なる場合は、それぞれの医療機関に合わせた対応をしましょう。

CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
	<input type="checkbox"/> 医療機関へフィードバックの必要性を確認 <input type="checkbox"/> （必要な場合）誰にフィードバックすべきか確認 <input type="checkbox"/> 退院後の生活状況について、左記資料を提出と共に、適宜、口頭で補足説明	● 医療機関側の必要に応じた資料を準備（以下、コピーを添付） ・フェイスシート ・ケアプラン第3表 <CM→医療機関>

POINT!

フィードバックの必要性を医療機関等に確認する

○利用者の退院に当たり、入院医療機関に、退院後に利用者の状況について、フィードバックの必要性があるか、また必要がある場合には何をフィードバックしてほしいか要望を確認します。フィードバックしてほしい情報は入院医療機関によって異なりますので、事前に確認しておきましょう。また、入院中に連携した窓口と同様の窓口へフィードバックすればよいか、フィードバックを行う際の窓口も確認しておきましょう。

フィードバックに必要な情報を整理し、フィードバックします

○必要な情報として、退院後の生活状況がわかるようなフェイスシートや、ケアプラン第3表などを準備・整理します。



<入院医療機関等の声>

- ・すべての患者について欲しいというわけではないが、退院困難事例の場合や、もしくはその後何かあった際に、フィードバックされた情報が役立つ

【フィードバック事例】

公益財団法人 脳血管研究所附属 美原記念病院（群馬県伊勢崎市）の場合

- 法人内で「在宅医療推進プロジェクト／毎月」の委員会活動を継続中。
（H15年位～）
- 一昨年（H26）から同プロジェクトの活動として「病院・在宅部門合同カンファレンス」を月1回程度開催。その席で、退院した患者で同一法人のCMやサービスを利用している患者がその後どのように過ごしているか、フィードバックカンファレンスを開催している。効果としては、退院時に病院スタッフが課題と感じていた点が、退院後どのような実態になっているかを共有することで、自分たちの退院支援の評価や反省を促す機会となっている。

◆コラム

～ケアマネジャーと病棟看護師との連携～

入院中の利用者（患者）の状態を最も把握しているのは病棟看護師です。利用者（患者）が入院先から自宅に戻って療養する場合に「どのような困難さがあるのか」、またそのためには「どのようなサポートが必要なのか」の把握には、ケアマネジャーと病棟看護師が持っている「情報」が、連携によって上手くつながることが重要であり、それが利用者（患者）にとって最も有益なことになります。

下表は、病棟看護師における「退院支援・退院調整の3段階プロセス」を示しています（網掛け部分は、ケアマネジャーも貢献すべき項目）。

繁忙な医療機関から情報収集することはケアマネジャーにとって負担のあることですが、病棟看護師の退院支援・退院調整における業務の流れを理解することで、ケアマネジャー側もすみやかな連携行動がとれるように心がけましょう。

【退院支援・退院調整の3段階プロセス】～病棟看護師の業務・心がけ～

STEP1 第1段階	
退院支援が必要になる患者の把握	
★患者の「病気の理解／受け止め」、「どうありたいか（意思／意向）」をつかむ （外来（入院決定）～入院後3日以内）	
● 入院（発症）前の生活状況を把握	→すでに在宅支援チームがいれば連携！
● 入院理由・目的・治療計画などから退院時の状態像（見通し）を予測	
● 退院支援の必要性を医療者間・患者・家族と共有	
STEP2 第2段階	* 第2・3段階は重なる時期もある
受容支援・自立支援 ～暮らしの場に帰るためのチームアプローチ～	
（入院3日目～退院まで）	
● 継続的にアセスメントし、チームで支援	
● 患者・家族の疾患理解・受容への支援	
● 「退院後の生活のイメージ」を患者・家族とともに相談・構築	★未来の姿をイメージする
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> ①病状・病態から考える医療・看護上の視点 ②ADL・IADL から考える生活・ケア上の視点 </div>	
● 経済的・社会的な課題がある場合、医療ソーシャルワーカー・行政などによる支援を検討・実施	→在宅支援チームとの相談・協働！
STEP3 第3段階	
サービス調整（退院調整）	
→在宅支援チームとの協働！	
（必要になった時点～退院まで）	
● 退院を可能にする制度・社会資源との連携調整	★インフォーマルな繋がりも大事にしよう
● 必要時、「退院前カンファレンス」「退院前自宅訪問」を実施	
● 看護の継続が必要	→訪問看護の導入 or 自院から訪問
★安定的な在宅療養生活への着地を！	

【出典】在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス提供資料（2017.3）

Ⅲ. プロセス別利活用シート類(様式)と活用方法

1. 本手引きで示すプロセス別利活用シート類(様式)の役割

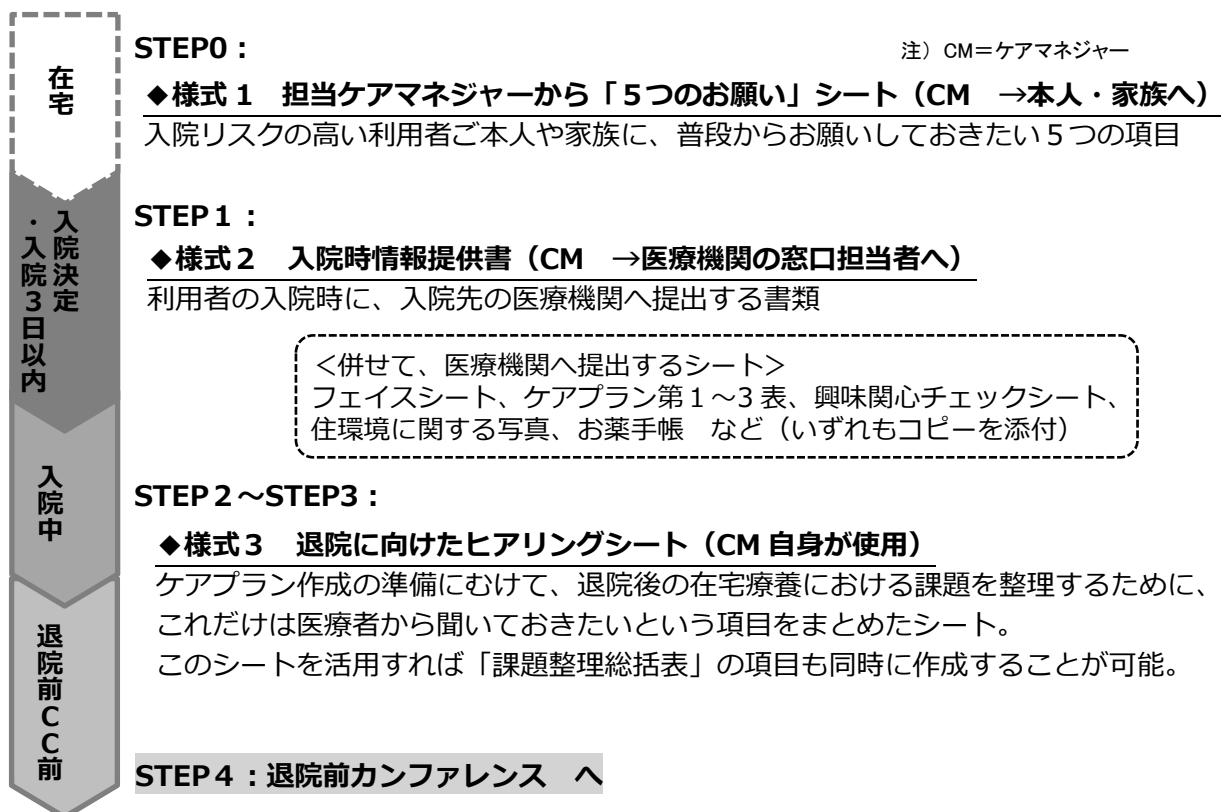
① 前提として

前述したとおり、本手引きにて示すツールとしては、工程管理表と共に3つの新たなシート類(様式)を示しています。本ツールは、入退院時における医療機関等とケアマネジャーの連携ツールがない場合や、これから連携に関する取組を推進していこうとする場合において、参考にしていただけるものになることを目指しています。

② 本手引きで示す各種様式の位置づけとねらい

入退院時における一連のケアマネジメントの質の向上にむけては、ケアマネジャーと医療機関等との適切な連携が必須であり、ケアマネジャーには、積極的な連携や早めの情報収集を行うことが望まれます。そこで本手引きでは、入院時～退院前カンファレンスまでの入院中に使用することで、より円滑な連携と情報収集を計ることをねらいとして作成した様式をご紹介します。これらは工程表の各STEPに則った使用を想定しています。

なお、本手引きで示している様式は以下の3様式になりますが、それぞれの工程において、適宜、既存の様式類と併せて使用することが効果的です。



2. 担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート

(ケアマネジャー →利用者本人・家族へ)

POINT!

ご家族を介して医療機関とのつながりが開始されることで、より円滑な連携に役立ちます

- 入院リスクの高い利用者ご本人やご家族の方に、あらかじめお渡しして、日頃から入院に備えて心がけておいて頂きたいお願い事項を記したものです。
- これらの項目を認識して頂くことにより、ケアマネジャーにとっては、日頃なかなか連携がとりにくいような場合であっても、家族からケアマネジャーの要望を医療機関に伝えて頂くことによって、より円滑な関係づくりに役立ちます。

利用者側にも日頃から心がけて頂くことで、急な入院の場合でも、必要な情報がすみやかに医療機関へつながります

- また、ご本人やご家族に日頃から備えておいて頂くことで、急な入院の場合でも医療機関側はすみやかに患者と担当ケアマネジャーの情報を入手できるようになります。

全員に配布する必要はありませんが、「入院リスクが高い方」には事前にお渡ししておきましょう

- このシートは、必ずしも利用者全員に配布する必要はありません。入院リスクが高いと想定できる「入退院を繰り返している方」、また、かかりつけ医などの情報から「入院の危険性がある方」など、ケアマネジャーが必要と考える場合には、事前にお渡ししておきましょう。
- 「医療機関との連携がとりにくい…」というような場合には、このシートを使って、ご本人やご家族の方を通じて、担当ケアマネジャーがいることを医療機関にあらかじめお知らせしておくことができます。

◆様式 1：利用者・ご家族の方へ担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート

様

事業所名：（ ）
担当ケアマネジャー名：（ ）
連絡先：（ ）

**利用者・ご家族の方へ
担当ケアマネジャーから「5つのお願い」**

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、担当ケアマネジャーから、以下の点についてお願い致します。

もしも、利用者さまが入院された場合は…、

- ① 病院へは「保険証／お薬手帳／介護保険証」を持参して下さい
- ② 急な入院の場合、出来るだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡を下さい
また、あらかじめ入院の予定が決まっている場合は、事前にお知らせ下さい
- ③ 病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせ下さい
(担当ケアマネジャーの「氏名」や「連絡先」など)

病院から何か説明があった場合は…、

- ④ 利用者さまが退院後、すみやかに自宅での療養生活が始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャーにも教えて下さい
(特に、「病状」や「退院の目処」)

家に帰る準備をするために、病院にお願いして欲しいこと

- ⑤ 退院の目処がみえてきたら、担当ケアマネジャーを病院へ呼んで下さるよう
に、ご家族からも病院にお願いして下さい

3. 入院時情報提供書〈様式2〉（ケアマネジャー →医療機関の窓口担当者へ）

POINT!

「入院時情報提供書」は、医療機関が「退院支援」を決定するためのスクリーニングに役立ちます

- 当該様式については、既に様々な種類が存在している地域もありますが、本手引きでご紹介する様式の特徴は、医療機関が「退院支援」を決定するためのスクリーニングに必要な項目を網羅している点にあります。（表中*マークが付いている項目）

【「退院支援加算」の対象者要件 ～退院困難な要因（有している患者を抽出）～】

- (ア) 悪性腫瘍、認知症又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) 緊急入院であること
 - (ウ) 要介護認定が未申請であること
 - (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であること（必要と推測されること。）
 - (オ) 排泄に介助を要すること
 - (カ) 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
 - (キ) 退院後に医療処置が必要（胃瘻等の経管栄養法を含む）なこと
 - (ク) 入退院を繰り返していること
 - (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場合

「入院時情報提供書」は、利用者が入院したら出来るだけ早く提供することが肝心です

- 医療機関が「退院支援加算」を取るためには、患者の入院から予め決められた期限内に退院支援を行う患者を抽出し、「退院支援計画書」を作成する必要があります（**原則として、退院支援加算1:入院後3日以内、退院支援加算2:入院後7日以内**）。従って、医療機関にとって役立つ情報提供となるためには、上記期限内にこれら情報を医療機関の窓口担当者に届ける必要があります。

**入院前の利用者の状態を、客観的な視点で、一番把握しているのは「担当ケアマネジャー」です
より適切な支援を受けられるよう、医療機関の多職種の方に利用者のことを知って頂きましょう**

- いざ入院となると、なかなか本人／家族も普段と同じ心持ちではられないものです。そのような中で、日頃の利用者の様子を最も身近で客観的に把握しているのは「担当ケアマネジャー」が一番でしょう。特に高齢者の場合は、入院するとADLなどが落ちて状態が悪くなる傾向があり、入院前の状態や本人／家族の意向を医療機関内の多職種に知って頂くことは、利用者が退院支援を受ける上で非常に有用です。

◆様式2： 入院時情報提供書－おもて面＜記入に際しての留意点＞

POINT!

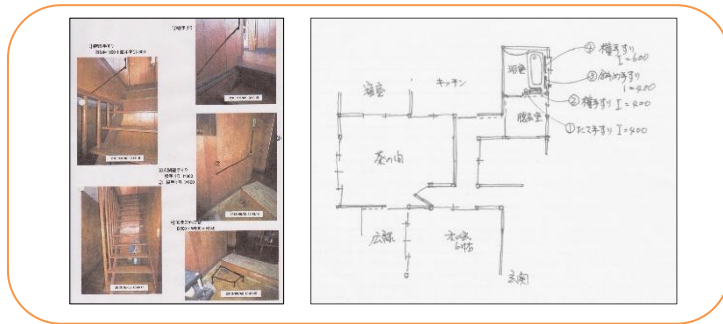
「1. 利用者（患者）の基本情報」、「2. 家族の情報」について

- 必要に応じて、「添付するケアプラン表を見てください」などのコメントを付ける工夫をしましょう

◇ 本提供書は、入院前の「利用者像」を、迅速に医療機関等の多職種に伝えるための様式です。できるだけ項目を記入することが望ましいですが、必要に応じて「添付するケアプラン表を見てください」といったコメントも欄外などに付ける工夫をしましょう。

- 住環境に関する情報については、必要に応じて「住宅の写真」なども添付し、在宅療養生活へ戻するために必要な状態をイメージしやすいような工夫をしましょう

◇ 写真やイラストなどを添付すると、玄関や階段の段差、風呂場までの動線など、自宅での在宅療養生活において課題となるポイントをイメージしやすくなります。見本：住環境写真・図面イラスト-改装点など>



「3. 本人／家族の意向」について

- 利用者の性格や関心と共に、その方の人生（生活・仕事など）における“強み”に焦点をあてた情報を提供しましょう

◇ この欄には、利用者の性格や関心と共に、その方の人生（生活・仕事など）における“強み”に焦点をあて、できるだけ「エンパワメント（利用者の意欲や力を引き出すような援助）」に繋がるような情報を提供しましょう。

◇ また、入院前に把握していた在宅療養生活における本人／家族の意向や、キーパーソンや信頼関係のある方などの意見も適宜、記載しましょう。

「4. 今後の生活展望」について

- その方が、“どういう状態であれば、在宅療養生活が可能になるのか”、ケアマネジャーとしての意見を記載しましょう

◇ この欄には、入院前の生活の様子を鑑み、その利用者が、“どういう状態になれば、ご自宅での在宅療養生活が再び可能になる”という、ケアマネジャーとしての自分の意見を記載しましょう。

- 「特記事項」欄については、適宜、本人や家族の決意、介護者の年齢や健康状態、就労状況、経済力など、今後の療養生活に影響する要素なども記載しておきましょう

◆様式2： 入院時情報提供書－おもて面＜記入例＞

入院時情報提供書（ケアマネジャー →医療機関）

※ケアプラン1表・2表・3表／興味関心チェックシート／お薬手帳（いずれもコピー）／住環境に関する写真などを添付

●●●● 病院 担当者様 （記入日：H29年 1月 9日 / 入院日：H29年 1月 9日）

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

担当ケアマネジャー名	(フリガナ) スズキ ケイコ 鈴木 恵子	電話番号	×××-×××-××××
居宅介護支援事業所名	〇〇ケアプランセンター	FAX番号	×××-×××-××××

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、連絡をお願いします
- ・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	山田 花 (フリガナ) ヤマダ ハナ	年齢	85 才	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
住所	〇〇県〇〇市 西〇-〇-201	生年月日	明・大(昭)平 6 年 10 月 20 日生	電話番号	×××-×××-××××
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建て <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅（2階居住） エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（中が狭い） ・住まいに関する特記事項（ 玄関の段差、スペースが狭い、屋内に敷居がある ）	入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 要介護（ 1 ） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
年金などの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

2. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 長男との二人暮らし	キーパーソン (連絡先)	氏名 山田 太郎 (続柄/年齢) (主介護者に同じ)
主介護者(年齢)	長男(60才)	()	(同上)

3. 本人／家族の意向について

本人の性格／趣味・関心領域 など	社会的で面倒見がよく、自分より他人を大切にするタイプ。字や絵を描くのが好き。演歌歌手〇〇の大ファン
本人の生活歴	専業主婦。長年、町内会役員を務めるなど地域で活躍。70代半ばから夫を献身的に介護していたが約4年前に他界し、一人暮らしとなって心配した長男が同居。半年前、脳梗塞発症を機に要介護状態となり、サービス利用を開始した。最近ではデイサービスに行くことを楽しみにしている
入院前の本人の意向	〇〇のリサیتالに行きたい。デイサービスに通いたい。子どもたちにできるだけ負担をかけたくない
入院前の家族の意向 (特に生活について)	夫や義母の介護などで、長年、家族や人のために尽くしてきた母親なので、残りの時間を楽しく過ごせるようにしてあげたい。できれば好きなことをさせてあげたい(リサیتالやデイサービスなど)

4. 今後の生活展望について（ケアマネとしての意見）

在宅生活に必要な要件	デイサービスが楽しみの一つであり、また体調悪化時に早めに気づけるようできるだけ利用の継続を希望しているが、玄関のスペースが限られており、車イスならば、職員の一人介助で、立位保持と方向転換ができるまで回復することが要件
家族の介護力*	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態／認知症である <input type="checkbox"/> その他（ ）
特記事項 (特に注意すべき点など)	長男が週3回・日中働いており、一人になる時間の過ごし方を検討する必要がある

5. カンファレンスについて（ケアマネからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望（退院日が決まる前にご連絡をお願いします）

◆様式2： 入院時情報提供書－うら面<記入に際しての留意点>

この項目は、ADL などアセスメントシートのサマリーに相当する項目となります。自由記入欄などを活用して、適宜、必要と思われる情報の補足を付けたり、適宜、「添付するケアプラン表を見てください」といったコメントを付けて、入院前の利用者像をより知っていただけるような工夫をしましょう

POINT!

「6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題」について

- 「食事内容」項目の中にある、「UDF 等の食形態区分」については、もし利用者の食形態区分が分かる場合は記載すると有用です

☆ 介護食の「食形態（固さや調理法など）」については、現在、様々な指標があります。こういった指標（区分／コード番号）なども、栄養士との情報共有や在宅での食事介助に有用なので、情報連携の際には参考にしてください。

- ユニバーサルデザインフード（日本介護食品協議会）
- ・スマイルケア食（農林水産省）
- ・嚥下調整食分類 2013（日本摂食・嚥下リハビリテーション学会）…など



訪問看護師の声

・例えば…、現在、居宅で使用する食事のパフレットの多くは「ユニバーサルデザインフード（UDF：日本介護食品協議会）」の4つの区分で表しているものが多いので、退院してからの食事の提案やヘルパーや業者のお弁当を頼む時の食事の形態を決める指標として役立ちます。

- 「口腔」に関する項目については、かかりつけ歯科医と連携して、普段から情報を得ておくなど、日頃から意識しておくことも大切です



歯科医の声

・要介護高齢者の約9割は「歯科治療が必要」という統計が出ています。口腔の状態は、誤嚥性肺炎はもとより全身疾患にも影響を及ぼすことがあるので、ケアマネジャーが日頃から口腔ケアを気にかけることが利用者の健康を守ることに繋がります。

<お薬について>

- 「お薬に関する特記事項」の欄については、必要に応じて、内服薬以外の薬剤に関する情報などを記載してください

☆ 在宅療養において、内服薬以外の薬剤（貼付剤／パッチ）や、服用期間が特殊な薬剤（月1回など服用間隔が長いもの）など、特別な注意を有するものも増えていることから、お薬手帳の情報をコピー添付するなどの工夫と共に、必要に応じて、「お薬に関する特記事項」も活用してください。

◆様式2： 入院時情報提供書－うら面<記入例>

6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について										
麻痺の状況	なし	<input checked="" type="radio"/> 軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
ADL	移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	屋内は自立、屋外は見守り				
	移乗	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全介助	移動手手段	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	起居動作	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	歯磨きや洗顔はセッティング、義歯は管理が必要				
	入浴	自立	見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	セッティングすればほぼ体を洗うことはできるが浴槽の出入りは介助				
	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	・朝：7時頃 ・昼：12時頃 ・夜：18時頃			食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー			水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	UDF等の食形態区分	1			
口腔	嚥下機能	<input checked="" type="radio"/> むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
	口腔清潔	良	<input checked="" type="radio"/> 不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態	<input checked="" type="radio"/> 良	不良 ()		眠剤の使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		睡眠時間	8 時間/日		
喫煙量	0 本くらい/日あたり			飲酒量	0 合くらい/日あたり					
コミュニケーション能力	視力	問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	困難	メガネ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()				
	聴力	問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	困難	補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	言語	<input checked="" type="radio"/> 問題なし	やや難あり		コミュニケーションに関する特記事項：					
	意思疎通	<input checked="" type="radio"/> 問題なし	やや難あり	困難	左耳の方が聞こえやすい					
精神面における療養上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()									
疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (高血圧、高脂血症、骨粗鬆症)									
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (H28年8月1日～H28年9月10日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
医療処置*	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()									
7. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付										
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (降圧剤ほか複数)			居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (職種：クリニック薬剤師)					
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者：長男、デイサービス職員 ・管理方法：ご本人に手渡し)									
服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない									
お薬に関する、特記事項	服用頻度が月1回の骨粗鬆症の薬を服用している									
8. かかりつけ医について										
かかりつけ医機関名	佐藤クリニック			電話番号	×××-×××-××××					
医師名	(ワカガ) サトウ イチロウ 佐藤 一郎			診察方法・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = (1) 回 / <input checked="" type="radio"/> 月・ <input type="radio"/> 週					
* = 退院支援者スクリーニング必要項目					(記入日：2017年 1月 8日 現在の状況)					

4. 退院に向けたヒアリングシート

(ケアマネジャーが医療機関等の多職種から情報収集する際の聞き取りに使用)

POINT!

- **医療機関等の多職種から利用者の情報を聞き取る際、ヒアリングシートを積極的に活用し、ここにある視点で情報を集めましょう**

◇ ケアプラン内容を検討する際には、退院後の利用者の病状変化の可能性も見据えて、その方の課題に応じた必要な医療サービスの導入や、医療的処置に関わる各専門職の役割なども十分に考慮することが重要です。医療機関等の多職種から情報を集める際に、本様式（ヒアリングシート）の項目を意識して聞き取ることで、必要な情報を適切に収集することができます。

- **ヒアリングシートを活用することで、「課題整理総括表」の課題整理もしやすくなります**

◇ 適切なケアプランを作るためには、入院中に情報を集めて、利用者の在宅生活で課題となる事柄をあらかじめ整理・分析し、それらを十分に認識した上で課題解決策の検討を行うことが重要です。現在、このために「課題整理総括表」の使用が促されていますが、本様式を活用しながら情報収集することで「課題整理総括表」における課題の整理もしやすくなります。

◆様式 3： 退院に向けたヒアリングシートーおもて面<記入に際しての留意点>

* 詳細は「記入例」参照

「1. 基本情報・現在の状態 等」について

- 「UDF 等の食形態区分」については、もし利用者の食形態区分が分かる場合は、記載すると有用です（*詳細は、P40「入院時情報提供書ーうら面<記入に際しての留意点>」参照）
- 「口腔清潔＝良い」「口腔ケア＝出来た」にチェックがない場合は、課題解決策を検討していくにあたって、**歯科医や歯科衛生士との連携を意識しましょう**



歯科医の声

・痛みが出たり、歯肉が腫れたり、噛めなくなってからでは手遅れになることが多いので、ケアマネジャーが「かかりつけ歯科医」と連携を持ち、利用者の口腔について気にかけていくことは、利用者が在宅生活に戻るためにも大切です。

「2. 課題認識のための情報」について

- **各項目の視点で聞き取った内容を、課題整理の為の自分なりの覚え書きとして記録しましょう**
- 「看護の視点」で「ターミナル」にチェックが付いた場合は、「訪問看護」につなげることを意識しましょう

◆様式3： 退院に向けたヒアリングシート～おもて面＜記入例＞

退院に向けたヒアリングシート ～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ	ヤマダ ハナ	性別	年齢	退院時の要介護度 (<input checked="" type="checkbox"/> 要 区分変更)
	氏名	山田 花 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	85 歳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1)
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H 29年 1月 9日		・退院予定日：H 29年 1月 29日	
	入院原因疾患	脳梗塞			
	入院先	〇〇中央病院 (病院) 脳神経外科 (病棟) 7 (階) 702 (号室)			
	主治医	(診療科) 脳神経外科 科 (医師名) 港 太郎 医師			
退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし				
① 疾患と入院中の状況	現疾患の状況	全身状態は落ち着いてリハビリが中心		既往歴	高血圧、高脂血症、脳梗塞、認知症、骨粗鬆症
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴			
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ カテーテル・パウチ ()			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (全粥、やからか食)		UDF等の食形態区分	2
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		義歯	<input type="checkbox"/> 元々なし <input checked="" type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた			
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()		<input type="checkbox"/> 眠剤の使用	
	認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()			
② 本人や家族の受け止め／意向	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)	
		脳梗塞(右麻痺/再発2回目) 再発入院に落ち込んでいる	右麻痺、嚥下障害、構音障害 言葉と身体の不自由さ、特に発語の機能低下に ショックと不安焦燥感が大きい(話すことが苦痛)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	家族の受け止め方	とにかく命が助かって良かった		以前のように回復して欲しいが、主治医から2度目の発症で、入院前より介助を要するとの説明を受け、理解はしている。息子は仕事もあるので、介護への不安は強いものの、医師予想よりも回復が早く、入院当初よりも不安は軽減している	
	退院後の生活に関する本人の意向	・言いたいことが思うように発語できず、ストレスを感じているが、機能訓練には前向きに取り組んでいる ・ショックと不安を感じながらも、息子を気遣い、不安感などの気持ちはあまり多くは口に出来ない様子 ・一方で、「早く家に帰りたい」「甘いものが食べたい」という要望はでている			
	退院後の生活に関する家族の意向	・本人の「早く家に帰りたい」という要望をかなえて、早く連れて帰ってあげたいという意向を持っている ・自宅での介護継続についても、不安はあるものの前向きな態度で、家族としての覚悟が感じられる ・まずは今回の状態像での介護のイメージを早くつかみ、その上で日常生活が安定することを望んでいる			

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)	⇒ (在宅で継続するための要件)
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 口腔ケア、排泄介助などの家族指導、利用していたデイサービスの受け入れ体制などが必要
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習 (買い物、調理等) <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input checked="" type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	#NAME?	

◆様式 3： 退院に向けたヒアリングシート—うら面〈記入に際しての留意点〉

* 詳細は「記入例」参照

この項目は、「課題整理総括表」の項目に準じています。医療機関等の多職種から情報を聞き取る際に、これらの視点で聞き取ることによって、その後で行う「課題整理総括表」での分析がやりやすくなります。

POINT!

「症状・病状の予後・予測」欄について

- この「予後・予測」の視点は重要です。利用者の**症状や病状の変化の可能性**や、**今後の見通しに繋がる情報**を、必ず医師をはじめとした医療機関の多職種から情報を聞き取りましょう
 - ◇ 適切に課題を認識し、課題解決策の検討を行うためには、将来的な利用者の病状や状態変化のイメージを持って、それに備えて考えておくことが重要です。そのためには、医療機関等の多職種からこの視点での意見を聞いて、利用者の予後・予測について押さえておく必要があります。

「退院にあたっての日常生活の阻害要因」欄について

- ここはヒアリングシート（おもて面）、①疾患と入院中の状況、②本人や家族の受け止め／意向、③退院後に必要な事柄で得た情報から考えられる、利用者にとっての「日常生活の阻害要因」を検討して記載します。

「要因」欄について

- 検討した「日常生活の阻害要因」は、該当する要因の番号（丸数字）を「課題整理総括表」と同じように「状況の事実」「現在の状況」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、下段の「要因」欄に記載します
 - ◇ 「退院にあたっての日常生活の阻害要因」で整理した上で、各項目の「状況・支援内容等」「見通し」につなげていきましょう

「状況・支援内容 等」欄について

- ここは「現在の状況」「支援内容」、「改善/維持の可能性」具体的な内容を補記します
 - ◇ 「課題整理総括表」と同様に、上記の項目で自分が判断した根拠について情報共有する祭の、自分の覚え書きとして補足すべき情報を記載します。

「見通し」欄について

- おおよその「到達可能なレベル」とその「期間」について検討して記載します
- 具体的には、「どの位の期間で、どの位のレベルまでいけそうか」といった視点での検討です。

◆様式3： 退院に向けたヒアリングシート－うら面<記入例>

症状・病状の 予後・予測		・リハビリを続ければ歩行やトイレ動作、コミュニケーション能力の改善を目指すことができる (転倒リスクあり) ・再発リスクが高いため、定期受診と薬の管理を正確に行う必要がある				
(心身の 状況・ 生活の 環境など) 日退院 常院 生に 活あ のた 阻つ 害て 要の 因	①疾患と入院 中の状況から	・脳梗塞による右麻痺、嚥下障害、構音障害				
	②本人・家族 の受け止め/ 意向から	・発病(再発)と体の不自由さや、特に発語障害によるコミュニケーション能力の低下による、 気分の落ち込み、ストレス ・早期退院希望による入院リハビリの終了				
	③退院後に 必要な事柄か ら	・住宅に、玄関の段差、スペースが狭い。屋内に敷居がある				
	④その他	・介護者の息子が仕事に出て、日中独居になる日が週3回ほどある				
状況の事実		現在の状況	要因	改善/維持の 可能性	状況・ 支援内容等	見通し
移動	室内移動	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	歩行器使用して一部介助歩行	約3ヶ月で見守りへ
	屋外移動	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	車椅子使用	約3ヶ月でシルバーカー使用
食事	食事内容	支障なし (支障あり)	①②	(改善) 維持 悪化	嚥下機能評価後に訓練中	約1ヶ月後に再評価実施、形態を上げる
	食事摂取	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	支障なし (支障あり)	①②	(改善) 維持 悪化	トイレ移動、下衣の上げ下ろし一部介助	約3ヶ月後にトイレ動作見守りへ
	排泄動作	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	Nsコールは遠慮している様子	退院後の医療に対する不安を感じており、適切な受診や医療の指示への支援を受けることにより、再発への不安を軽減することができる
口腔	口腔衛生	支障なし (支障あり)	①	改善 (維持) 悪化	毎日口腔ケア実施	
	口腔ケア	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 (維持) 悪化		
服薬		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 (維持) 悪化	病棟管理	退院後、家族管理
入浴		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 (維持) 悪化	シャワー浴にて入浴	
更衣		自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	上衣は自立だが、下衣は一部介助	
家事動作		自立 見守り (一部介助) 全介助		改善 維持 悪化	未実施	
コミュニケーション能力		支障なし (支障あり)	①②	(改善) 維持 悪化	構音障害あり、適切なリハ実施	半年後には思うように発語ができる
認知		支障なし (支障あり)		改善 (維持) 悪化	短期記憶力の低下	適切なリハビリプログラムの提供と評価を受けることができれば、自主的な自律訓練を前向きに行い、障害によるストレス軽減や生活への自信に繋がる
褥瘡・皮膚の問題		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化		
居住環境		支障なし (支障あり)	①③	(改善) 維持 悪化	玄関前の段差、敷居	退院までに段差解消
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種				
1 (回目)	2017年 1月15日	<input type="checkbox"/> 医師 () <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (田中主任) <input type="checkbox"/> リハ職 () <input checked="" type="checkbox"/> MSW (小林一子) <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 () <input type="checkbox"/> ()				
2 (回目)	2017年 1月22日	<input type="checkbox"/> 医師 () <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (木村退院調整ナース) <input checked="" type="checkbox"/> リハ職 (斉藤PT) <input checked="" type="checkbox"/> MSW (小林一子) <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 () <input type="checkbox"/> ()				

IV. 資料(様式原本)

工程管理表（ケアマネジャーのためのチェックリスト）

【工程&チェックリスト】

注）表中の「CM = ケアマネジャー」、「CC = カンファレンス」

時期	CMがやること		●=利用シート <誰→誰(どこ)へ>
	情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	
在宅 (普段から)	STEP 0 : 入院にそなえ日頃から準備		●「5つのお願い」シート <CM→本人・家族> ●入院時情報提供書 ●お薬手帳 (「お薬手帳」記載項目 - 確認) ・CM氏名 ・所属事業所名 ・事業所連絡先 ・家族(キーパーソン)氏名&連絡先
	利用者について <input type="checkbox"/> かかりつけ医※の指示事項・留意事項を把握しておく <input type="checkbox"/> 利用者の入院可能性を、かかりつけ医※や看護師に確認しておく <input type="checkbox"/> 利用者の受診医療機関（かかりつけ歯科医等）と受診日を把握しておく <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書（案）」を事前に準備しておく 入院医療機関について <input type="checkbox"/> 医療機関の連絡窓口（担当部署／担当者）を把握しておく（予定入院の場合は、事前に依頼）	利用者や家族に対して <input type="checkbox"/> 入院に備え、「入院時・入院中のお願い」をしておく <input type="checkbox"/> お薬手帳を確認しておく	
入院決定 〜入院3日以内 ※注	STEP 1 : 入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供		●入院時情報提供書 (以下、コピーを添付) ・ケアプラン第1〜3表 ・興味関心チェックシート ・住環境に関する写真 など <CM→入院医療機関>
	本人・家族や医療機関から <input type="checkbox"/> 入院の情報を入手する	入院医療機関に対して <input type="checkbox"/> 入院医療機関の窓口へ担当CMであることを連絡するなど	
	入院医療機関から <input type="checkbox"/> 院内多職種カンファレンス、病状説明の予定を確認する	入院医療機関へ <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書」提出する（3日以内／基本は訪問） <input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口へ要望を伝える ・退院前カンファレンス開催の連絡 ・退院予定の連絡 ・退院前訪問実施の際の連絡（適宜） かかりつけ医※へ <input type="checkbox"/> かかりつけ医※へ入院したことを伝える	
入院7日以内	STEP 2 : 退院支援計画に役立つ情報提供と、多職種の視点を学ぶ場に参加し、情報収集		※可能な範囲で情報収集 ●ヒアリングシート
	院内多職種カンファレンス <input type="checkbox"/> (参加が可能なら) 院内多職種カンファレンスに参加（治療方針／入院期間や退院日の目安／病状の変化、病気や症状による生活への影響の有無 など） <input type="checkbox"/> (参加が不可なら) 院内多職種カンファレンスの内容を入力 <input type="checkbox"/> 別途訪問し、担当医等から情報交換 <input type="checkbox"/> (別途不可なら) 家族や入院医療機関の窓口担当者から、「病状説明の内容」「多職種カンファレンスの内容」について情報収集	<input type="checkbox"/> 「入院時情報提供」の際に伝えきれていない情報を提供する	
入院中	STEP 3 : 収集した情報から、退院後の生活で予想される「課題」を分析		●ヒアリングシート
	家族への病状説明 <input type="checkbox"/> (可能なら) 家族への病状説明の場に参加 <input type="checkbox"/> 家族に入院医療機関から渡された「入院診療計画書」などを確認（治療の方針／入院日数・予定 など）	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導の予定を確認する <input type="checkbox"/> (参加が可能なら) 必要に応じ中間CCへ参加する <input type="checkbox"/> 「退院の見込み」が見えたら連絡を貰えるよう依頼する（入院医療機関や本人・家族） <input type="checkbox"/> 退院の見通しを把握し、おおまかなスケジュール感を押さえる	
	退院前訪問指導が決まったら		
	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導へ同行する		

時期	CMがやること		●=利用シート <誰→誰(どこ)へ>
	情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	
退院確定 退院前CC 開催前	退院が決まったら □入院医療機関の連絡相談窓口担当者面談し、利用者の状態像の変化や、今後、予想される「課題」が変わっていないかを「ヒアリングシート」を使い確認する □プレアセスメントを実施する □聞き取った「ヒアリングシート」をもとに課題を整理し、「課題整理総括表(案)」及び「ケアプラン第2表(案)」を作成する		●ヒアリングシート *適宜、情報は更新 ●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案)
		□作成した「課題整理総括表(案)」や「ケアプラン第2表(案)」を、入院医療機関の連絡相談窓口担当者へ事前に提出する □退院前カンファレンスに参加してほしい関係職種とその内容を入院医療機関へ伝達する <サービス担当者会議を同日開催する場合> □同日開催の旨を入院医療機関側へ伝達し、会場手配と関係職種の参加を依頼する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) <CM→入院医療機関>
	□かかりつけ医※に、退院前カンファレンスで確認すべき内容を確認する	□かかりつけ医※と連絡を取った際には、プレアセスメント結果等についても報告する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) <CM→かかりつけ医※>
	□整理した課題に基づき「ケアプラン原案」を作成する		●ケアプラン原案
退院前CC 開催時	STEP4：退院前カンファレンスでは、多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する		
	退院前カンファレンス □入院医療機関から「利用者の医療上の生活課題(ニーズ)」を確認する □作成した「課題整理総括表(案)」や「ケアプラン第2表(案)」(持参した「ケアプラン原案」)をもとに、CMが提示した各課題に対し、関係職種から意見・助言をもらう <サービス担当者会議を同日開催の場合>		●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) ●(可能なら)ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
退院時CC 開催後 退院時	STEP5：退院前カンファレンス後に、多職種の意見を踏まえたケアプランを完成させる		
	<サービス担当者会議を同日開催の場合>		
		□退院前カンファレンスで受けた指摘を取り入れた「ケアプラン原案」を、関係者に配布する	●ケアプラン
	<退院前カンファレンスとサービス担当者会議が同日開催でない場合>		
	□入院医療機関の多職種からの指摘事項を受けて、ケアプランの第2表を修正し、ケアプラン原案を作成する	□サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する	●ケアプラン原案
	□ケアプランを完成させ、関係者に配布する	●ケアプラン	
	□入院医療機関の連絡相談窓口の担当者に、情報提供書類の提供を依頼する(看護サマリー/リハサマリー/退院・退所情報提供書/介護支援連携指導書 など)	●看護サマリー ●リハサマリー ●介護支援連携指導書 <本人・家族や入院医療機関→CM> ●退院・退所情報記録書	
	□かかりつけ医※へ退院前カンファレンスの内容及び新たなケアプランについて報告する □入院医療機関の外来看護師へ渡す	●ケアプラン	
《 退 院 》			
在宅	STEP6 医療機関へモニタリング結果をフィードバックする(1ヶ月後)		
		□医療機関へフィードバックの必要性を確認 □(必要な場合)誰にフィードバックすべきか確認 □(必要な場合)退院後の生活状況について、左記資料を提出と共に、適宜、口頭で補足説明 □本人・家族へもフィードバックの同意をとる	●医療機関側の必要に応じた資料を準備 (以下、コピーを添付) ・フェイスシート ・ケアプラン第3表 <CM→医療機関>

※主治医意見書記載医師

◆様式 1：利用者・ご家族の方へ担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート

様

事業所名：（ ）
担当ケアマネジャー名：（ ）
連絡先：（ ）

**利用者・ご家族の方へ
担当ケアマネジャーから「5つのお願い」**

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、担当ケアマネジャーから、以下の点についてお願い致します。

もしも、利用者さまが入院された場合は…、

- ① 病院へは「保険証／お薬手帳／介護保険証」を持参して下さい
- ② 急な入院の場合、出来るだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡を下さい
また、あらかじめ入院の予定が決まっている場合は、事前にお知らせ下さい
- ③ 病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせ下さい
(担当ケアマネジャーの「氏名」や「連絡先」など)

病院から何か説明があった場合は…、

- ④ 利用者さまが退院後、すみやかに自宅での療養生活が始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャーにも教えて下さい
(特に、「病状」や「退院の目処」)

家に帰る準備をするために、病院にお願いして欲しいこと

- ⑤ 退院の目処がみえてきたら、担当ケアマネジャーを病院へ呼んで下さるよう
に、ご家族からも病院にお願いして下さい

◆様式2： 入院時情報提供書－おもて面

入院時情報提供書（ケアマネジャー →医療機関）

※ケアプラン1表・2表・3表／興味関心チェックシート／お薬手帳（いずれもコピー）／住環境に関する写真などを添付

病院 担当者様

（記入日： 年 月 日 / 入院日： 年 月 日）

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

担当ケアマネジャー名 (フリガナ)	電話番号
居宅介護支援事業所名	FAX番号

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、連絡をお願いします
- ・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生
住所	電話番号				
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（2階居住）	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
・住まいに関する特記事項（ ）					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 未申請		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

2. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居	キーパーソン (連絡先)	氏名 (続柄/年齢)	()
主介護者(年齢)	(才)	()	()	()

3. 本人／家族の意向について

本人の性格／ 趣味・関心領域 など	
本人の生活歴	
入院前の 本人の意向	
入院前の 家族の意向 (特に生活について)	

4. 今後の生活展望について（ケアマネとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力*	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態／認知症である <input type="checkbox"/> その他（ ）
特記事項 (特に注意すべき点など)	

5. カンファレンスについて（ケアマネからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望（ ）

◆様式2： 入院時情報提供書－うら面

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

7. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付			
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者：) ・管理方法： ()		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない		
お薬に関する、特記事項			

8. かかりつけ医について			
かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療
		・頻度	・頻度 = () 回 / 月・週

* = 退院支援者スクリーニング必要項目 (記入日： 年 月 日 現在の状況)

◆様式3： 退院に向けたヒアリングシート-おもて面

退院に向けたヒアリングシート ～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ		性別	年齢	退院時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H ___年 ___月 ___日		・退院予定日：H ___年 ___月 ___日	
	入院原因疾患				
	入院先	_____ (病院) _____ (病棟) _____ (階) _____ (号室)			
	退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし			
① 疾患と入院中の状況	現疾患の状況		既往歴		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴			
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用			
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			<input type="checkbox"/> 眠剤の使用
認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()				
② 本人や家族の受け止め/意向	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)	
	家族の受け止め方				
	退院後の生活に関する本人の意向				
	退院後の生活に関する家族の意向				

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)	⇔	(在宅で継続するための要件)
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()		
		リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	
禁忌事項	(禁忌の有無)			(禁忌の内容/留意点)
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

◆様式3： 退院に向けたヒアリングシート－うら面

症状・病状の 予後・予測		例)医療機関からの見立て・意見(今後の見直し、急要の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく方向か、ゆっくり落ちていく方向なのか など)						
(心身の 状況・ 環境 など)	①疾患と入院 中の状況から							
	②本人・家族 の受け止め/ 意向から							
	③退院後に 必要な事柄か ら							
	④その他							
状況の事実		現在の状況	要因	改善/維持の 可能性	状況・ 支援内容等	見通し		
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	例)おおよその到達可能な レベルの確認(どの位の 期間で、どのレベルまでい けそうか など)			
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
家事動作		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種						
(回目)	_____年 _____月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 ()	<input type="checkbox"/> リハ職 ()				
		<input type="checkbox"/> MSW ()	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ()	<input type="checkbox"/> ()				
(回目)	_____年 _____月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 ()	<input type="checkbox"/> リハ職 ()				
		<input type="checkbox"/> MSW ()	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ()	<input type="checkbox"/> ()				

■委員名簿

□委員（敬称略・五十音順 *委員長を除く）

委員長 川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長
委員 有澤 賢二	公益社団法人 日本薬剤師会 常務理事
清崎由美子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 事務局長
齋藤 訓子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
榊原 次郎	公益社団法人 日本医療社会福祉協会 調査研究部
鈴木 邦彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
高野 直久	公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長

□作業部会メンバー（敬称略・五十音順 *リーダーを除く）

リーダー 川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長
メンバー 加藤 希	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 推薦 公益社団法人 中央区医師会 訪問看護ステーションあかし 所長
倉本 啓子	公益社団法人 日本歯科医師会 推薦 公益社団法人 豊島区歯科医師会 倉本歯科医院 歯科衛生士
行田菜穂美	公益社団法人 日本看護協会 推薦 聖マリアンナ医科大学病院 看護部主任
斉藤 秀之	公益社団法人 日本理学療法士協会 副会長
根本ひろ美	公益社団法人 日本薬剤師会 推薦 ねもと薬局グループ よしの薬局 代表
能本 守康	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
堀部 徹	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常務理事 医療法人 紀典会 専務理事 社会福祉法人 広虫荘 副理事長
山崎まどか	公益社団法人 日本医療社会福祉協会 調査研究部理事 JCHO 東京新宿メディカルセンター 医療ソーシャルワーカー

□アドバイザー（敬称略・五十音順）

高田 靖（歯科医師）	公益社団法人 豊島区歯科医師会 専務理事 高田歯科医院 院長
土橋 正彦（医師）	公益社団法人 千葉県医師会 副会長 土橋医院 院長

□オブザーバー（敬称略・五十音順）

石山 麗子	厚生労働省 老健局 振興課 介護支援専門官
田代 善行	厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係 係長
丹 菜々子	厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係 係員

平成 28 年度 厚生労働省 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医療機関等職員との多職種連携を踏まえた
ケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業

入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き

平成 29 年 3 月発行
株式会社日本能率協会総合研究所
〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目 1 番地 2 2 号 TEL03(3578)7619 FAX03(3432)1837
