

渋川圏域における病院－在宅連携 「退院調整ルール」の手引き

令和3年5月

目 次

1. 本手引きの作成にあたって.....	1
2. 本手引きのねらい	
3. 本手引きを使用する機関	
4. 様式の一部改訂について	
5. 退院調整の手順	
A【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる患者の場合）.....	2
(1) 入院時	
(2) 退院調整の開始	
(3) 退院前カンファレンス(1回目)	
(4) 退院前カンファレンス(2回目)	
(5) 退院時の共同指導【実施の要否は病院担当者が決定する】	
(6) 退院時引継情報	
(7) 退院後	
B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】.....	4
(入院前にケアマネがいない患者の場合)	
(1) 退院調整の開始	
(2) 在宅担当者への連絡	
1) 65歳以上の患者の場合	
2) 40歳以上65歳未満の患者の場合	
(3) 退院前カンファレンス(1回目)	
※ 介護保険申請の手続き方法	
6. 退院調整におけるケアマネジャーの役割.....	6
7. ケアプラン作成の流れ	
8. ケアマネジャーの業務.....	7
● 様式集.....	9
・入院時情報提供シート 【様式1-1】	
・入院時の情報提供連絡票【様式1-2】	
・退院調整共有情報シート【様式2】/記入例	

【別添資料】

- ・ 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター連絡先一覧
- ・ 入退院調整のための病院窓口等一覧
- ・ 退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例

病院-在宅連携「退院調整ルール」の手引き（渋川圏域版）

1. 本手引きの作成にあたって

医療機関から在宅へ患者が退院するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められています。

しかし、平成 27 年 5 月に実施した渋川地区のケアマネジャーを対象とした「退院調整に関するアンケート調査」において、40.0%（要支援：25.0%、要介護：43.5%）の退院調整もれがあることがわかりました（平成 27 年 4 月 1 か月間の退院事例）。

このようなことから、本手引きは、医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援ができ、円滑な在宅への移行を図ることを目的としています。

また、本手引きは、よりよい連携を目指して必要時に改訂をします。

2. 本手引きのねらい

退院支援がなかったために、退院後困ったことになった患者さんや家族がいます。そのような事例を 1 例でもなくすために、みんなで連携して「退院調整ルール」を実践しましょう。

3. 本手引きを使用する機関

群馬県渋川圏域（渋川市、榛東村、吉岡町）の病院（小児医療センター除く）、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

4. 様式の一部改訂について（2021 年/令和 3 年 5 月版）

以下について、修正いたしました。

- ①入院時情報提供シート「要介護度」の区分に事業対象者を追加しました。
- ②退院調整共有情報シート「介護認定」の区分に事業対象者を追加しました。
- ③居宅介護支援事業所・地域包括支援センター一覧、病院相談窓口等、退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬を別添資料にしました。



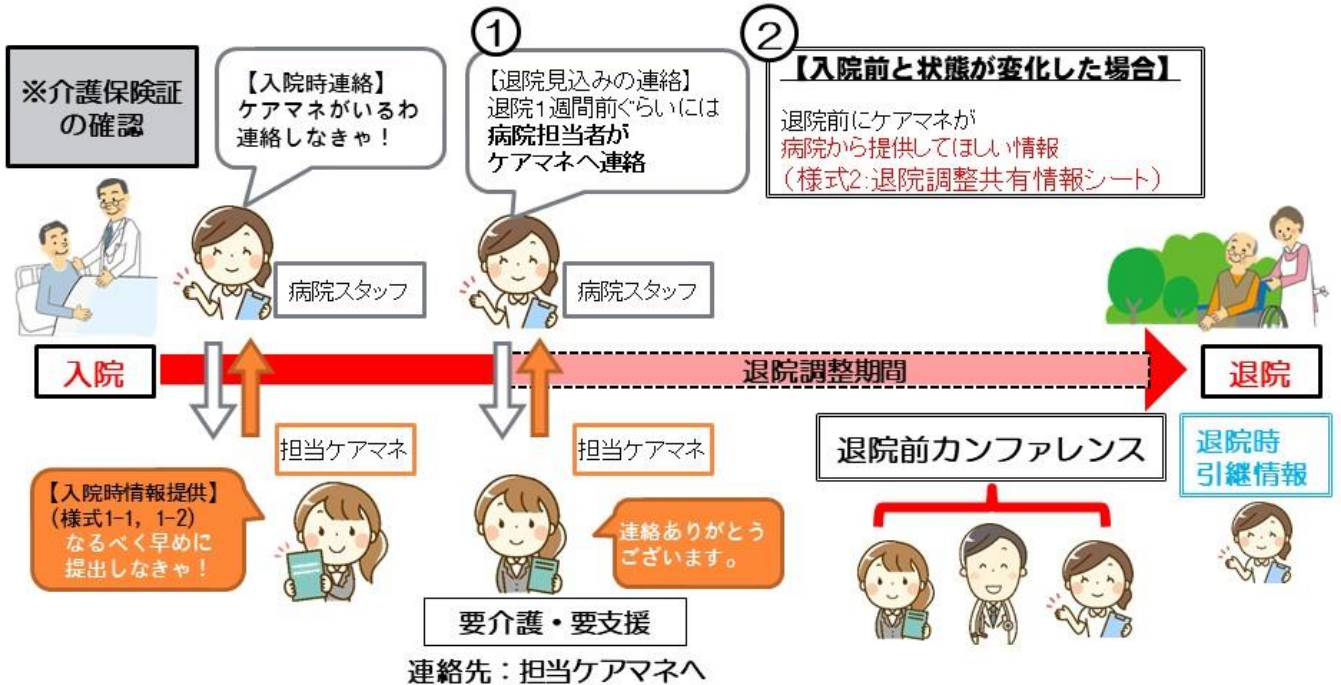
5. 退院調整の手順

☆患者が入院してきたら、病院では、介護保険証を確認する。

A【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる患者の場合）

退院調整ルール

A 入院前にケアマネがいる患者の場合



- ① 病因、病状によって基準となる在院日数が異なることから、おおよその目安である。
 - ・退院の見込みがたったらなるべく早期に。できれば退院前1週間程度。
- ② 在宅担当者は連絡を受けたら、病院担当者と連絡を取り合う。

状況変化がある場合は、様式2を活用し、ケアプラン変更の必要性を判断する。

 - ・病院担当者と在宅担当者は、退院前カンファレンスについての確認や退院後の生活に向けた相談をする。

(1) 入院時

①ケアマネジャー・地域包括支援センター(以下、在宅担当者)は、普段から家族に「入院したら電話を下さい」と依頼をしておき、在宅担当者の情報が伝わる工夫をしておく。

■工夫■

- ・健康保険証と介護保険証を一緒に保管し、介護保険証に担当ケアマネの名刺を挟んでおき、入院時に介護保険証も一緒に病院に提示することをケアマネから利用者及び家族に依頼する。
- ・介護保険証に担当する事業所の電話番号を利用者及び家族の同意を得て記入しておく。

②病棟看護・地域連携室の退院担当者（以下、病院担当者）は、家族又は介護保険証から在宅担当者を確認し、本人・家族から在宅担当者に連絡するよう依頼する。本人・家族が連絡困難な場合、病院担当者は、患者が入院した旨を在宅担当者に直接連絡する。

- ③在宅担当者は本人の入院を把握したら、病院に入院時情報提供シート(別紙様式 1-1、1-2 参照)を病院が指定する F A X に送信又は担当窓口を持参する。

■FAX送信の留意点■

- ・ 病院の指定する対応窓口へ F A X を送る旨電話連絡を入れ、保護すべき内容を確認し情報に確認した対応を施して病院へ F A X する。
- ・ 病院担当者は、F A X を受け取ったらその旨ケアマネに電話連絡
- ・ 必要に応じてケアマネは原本を病院に郵送

(2) 退院調整の開始

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間：「概ね1週間」)を考慮して、在宅担当者に連絡する。

※病院担当者から在宅担当者への連絡は、要支援から要介護への変更の可能性等に関係なく入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に連絡する。

(3) 退院前カンファレンス(1 回目)

①病院担当者は、入院前と状態変化がある場合、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報(別紙様式 2：退院調整共有情報シート参照)を院内の関係者から収集し、在宅担当者に提供する。

②病院担当者は、面談時に在宅担当者に患者情報を説明する。

③病院担当者とは在宅担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。

(4) 退院前カンファレンス(2 回目)

病院担当者とは在宅担当者は、本人(家族)を交えて看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

※詳細な実施方法は各病院の指示に基づく。

(5) 退院時の共同指導【実施の可否は病院担当者が決定する】

入院中の患者に対して、入院中の病院の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員うち、いずれか3者以上と共同して指導を行う。

(6) 退院時引継情報

①病院担当者は、看護・介護の引継情報(退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日、服薬内容：病院様式(看護サマリー等)を在宅担当者に提供するように努める。

②在宅担当者は、上記情報を把握するように努める。

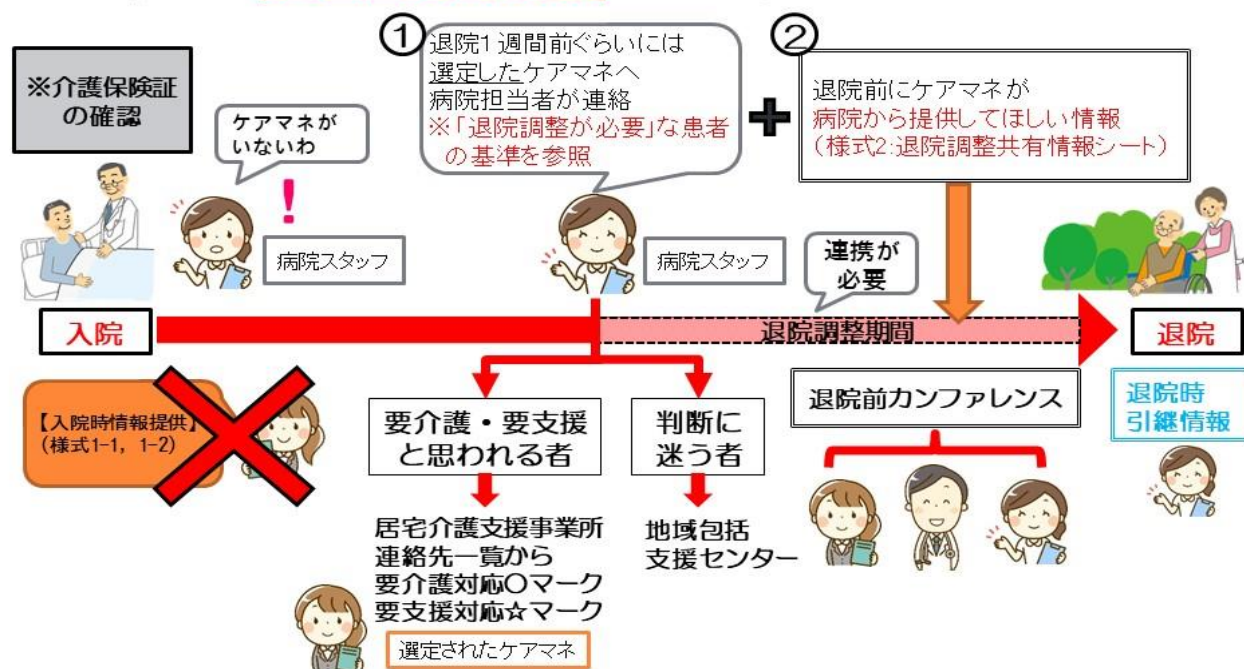
(7) 退院後

在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

B 【入院後、新たに介護保険を利用する場合】（入院前にケアマネがない患者の場合）

退院調整ルール

B 入院前にケアマネがない患者の場合



①要介護でも要支援でも「退院調整が必要」な患者の基準に当てはまれば、ケアマネを選定して連絡。

※「退院調整が必要」な患者の基準例

要介護：立ち上がりや歩行、食事、排泄に介助が必要な状態の者。認知機能が低下している者

要支援：見守りが必要な者。放っておくと、介助が必要な状態になる恐れのある者

（１）退院調整の開始

病院担当者は、可能な範囲で退院調整に必要な期間(介護保険申請、暫定ケアプランの作成、サービス事業所との調整期間：「概ね1週間」)を考慮して、退院調整を開始する。

（２）在宅担当者への連絡

病院担当者は、「在宅可能」と判断したら、下記の基準により在宅担当者へ連絡を入れる。選定したケアマネに様式2を送付する。

1) 65歳以上の患者の場合

退院調整が必要な患者の基準（要介護認定されていない患者）

（ア）退院調整が必要な患者

①立ち上がりや歩行などに介助が必要な方

②食事に介助が必要な方

③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中

④日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状のある方

⇒ 居宅介護支援事業所一覧の ○（要介護）の事業所へ連絡（別添資料参照）

（イ）それ以外で見逃してはいけない患者

⑤在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方

⑥(ADLは自立でも)がん末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養吸引など）が追加された方

⇒ 居宅介護支援事業所一覧の ☆（要支援）の事業所へ連絡（別添資料参照）

（ウ）迷った場合や上記ア・イに該当するが本人・家族が希望しなかった等、困ったとき

⇒ 地域包括支援センターへ連絡（別添資料参照）

2) 40歳以上65歳未満の患者の場合

患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記の介護保険の対象となる疾病参照）で、かつ、前ページの（ア）または（イ）の退院調整が必要な患者の基準であった場合

【介護保険の対象となる疾病】（40歳以上65歳未満）

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靱帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

（3）退院前カンファレンス(1回目)

- ①病院担当者は、在宅担当者がケアプラン作成に必要な情報（別紙様式2：退院調整共有情報シート参照）を院内の関係者から収集し、連絡と同時に退院調整共有情報シートを在宅担当者に提供する。
- ②在宅担当者は、家族と連絡を取り、早急に病院担当者と面談の機会を作る。介護保険制度やサービスの利用に関する説明をし、退院後の生活に向けて調整を始める。
- ③病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。

※ 以降の流れは、入院前に介護保険を利用していた場合の（4）以降と同じ。

※ 介護保険申請の手続き方法

介護保険の申請を希望する場合、

患者が65歳以上の場合→家族等が介護保険証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。

40歳以上65歳未満の場合→家族等が医療保険証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。

・申請は在宅担当者が代行可能

6. 退院調整におけるケアマネジャーの役割

対象者：介護（要支援）認定を受けている人・申請中の人・事業対象者

条 件：本人・家族が在宅退院（自宅とは限らない）の意思を持っている人でケアマネ契約が整った人

業 務：ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院調整の報酬を得るのは、在宅退院となりケアプランを作成し、サービス利用した場合のみ（介護保険施設、転院先の紹介などは規定された業務ではない）

7. ケアプラン作成の流れ

①契約・面談（本人・家族）

退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら、契約の手続きを行う。

②病院からの情報収集

身体機能の低下の状況、要因の分析、生活機能の予後予測

③ケアプラン原案作成

自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定

④サービス事業所との調整

事業所の選定、事業所へ利用者情報の提供

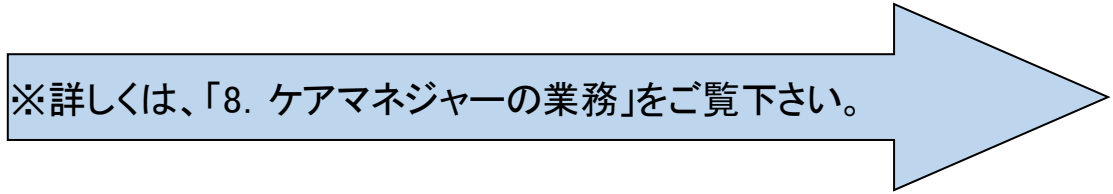
⑤退院前カンファレンス

サービス事業所を交えた病院との引継ぎ

⑥サービス担当者会議

サービス事業所間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認

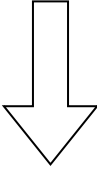
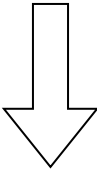
⑦サービス提供開始（退院）

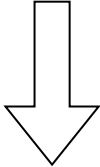
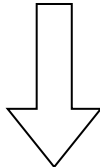


※詳しくは、「8. ケアマネジャーの業務」をご覧ください。

8. ケアマネジャーの業務

☆病院から退院するケース：新規受付～在宅受け入れ可能になるまで☆

① 居宅新規受付 	1) 病院または、家族から電話で依頼を受ける 2) 事業所内で担当者を決定 3) 病院から退院調整共有情報シートの提供を受ける 4) 家族とともに初回訪問の日程調整 ・介護保険証の確認が出来れば早い。 ⇒未申請であれば、代行申請から必要。 ・ケアマネの担当件数が決まっているので、担当者を決めるのにも時間が必要。 ・家族が就労などで連絡がとれないことが多く、初回訪問まで時間が掛かることも多い。 Check! 👉	目安は 1～2日間
② 病棟に初回訪問 (インテーク・アセスメント) 	1) 介護保険証の確認 2) 本人又はその家族に対し、居宅介護支援についての契約及び重要事項の説明、個人情報の使用について説明し、同意を得たのち、署名捺印を頂き一部交付 3) 『居宅サービス計画作成依頼届け』の記載依頼 4) 病棟から、本人の状態説明や退院後の生活についての助言など、情報提供を受ける 5) 基本情報聴取・アセスメント(課題分析)を実施 6) サービス事業者の情報提供を行い、サービス選択を求める 7) 居宅へ訪問(家屋状況の確認) ・アセスメントは、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接しなければならない。 しかし、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合は病院での実施も可能。 ⇒入院中は、病院と居宅の訪問が必要になる。 ・本人の状態像に変化があり、住宅改修などの可能性があれば、本人の動きを自宅で確認する必要がある。また、事務手続きには1ヶ月位かかるかも。 Check! 👉	目安は 1～2日間

③事務処理 	1) 市役所へ書類提出代行申請 『居宅サービス計画作成依頼届け』 『主治医意見書・認定調査票の資料提供申請』 2) 利用者台帳・基本情報の作成（パソコン入力） 3) アセスメントをもとに、ケアプラン原案を作成 4) 必要と思われるサービス事業者の調整 5) 主治医との連携 6) サービス担当者会議の開催調整と書類準備 (利用票・提供票、介護保険証の写しなど) ・ 事業所の営業日や市役所の開庁時間など、曜日や時間に制限がある。 ・ 医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医より助言を頂くことが必修。 ⇒ケアプラン作成連絡票を活用するが、主治医との連絡調整にも時間を要する。 <i>Check!</i> 	目安は 1～2日間
④ケアプランの確定 (ケアプランの交付)  (サービス事業者の 契約)	1) 担当者会議の開催で情報共有 2) ケアプランの修正・確定 3) ケアプラン・利用票について、利用者又は<u>家族</u>に説明し、同意を得たのち、署名捺印を頂き一部を交付 4) 担当者会議録の作成 5) 提供票の交付 ・ 担当者会議では、サービス担当者から専門的な見地からの意見を聴取しなければならない。欠席する事業所には事前に照会での意見聴取が必要。 ⇒事業所が多くなればなるほど、調整に時間が掛かる。 ・ 提供票を事業所に交付した証拠として、受領のサインが必要なので原則手渡ししている。 <i>Check!</i> 	目安は 1～2日間

サービス利用を開始するにはここまでが必要

- * 当然のことながら、利用者は1人ではありません。他のケースも動いています。
- * 動きは全て、支援経過として記録する必要があります。

様 式 集

【様式 1-1】入院時情報提供シート……………	10
【様式 1-2】入院時の情報提供連絡票……………	11
【様式 2】 退院調整共有情報シートおよび記入要領……	12

様式については渋川地区在宅医療介護連携支援センターホームページよりダウンロードが可能です。（エクセル/PDFデータ）

URL <https://renkei-shibukawa.secure.force.com/>

渋川地区在宅医療介護連携支援センター

検索



居宅支援事業所 →

病院御中

入院時情報提供シート

記入日: 20 年 月 日
 入院日: 20 年 月 日
 情報提供日: 20 年 月 日

事業所名		担当者名	
事業所住所		電話/FAX	

ふりがな 氏名				生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	☐ 男 ☐ 女
住所								電話番号			
緊急時連絡先	氏名(ふりがな)			住所			続柄		電話番号		
家族構成図				住環境		☐ 一戸建 ☐ 集合住宅 (階建て 階) エレベーター ☐ 有 ☐ 無					
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性				在宅主治医		医療機関名() Tel:					
				要介護度		☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 事業対象者 要支援 要介護					
				経済状況(金銭管理の状況)							
				障害者手帳の有無		☐ 有(手帳 等級 ☐ 無					
				関係機関							
				サービス利用状況		☐ 訪問介護(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☐ 通所介護(回/週) ☐ 通所リハビリ(回/週) ☐ 訪問リハ(回/週) ☐ 短期入所(回/週) ☐ 福祉用具貸与(内容:) ☐ その他()					
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入						
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用						
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	☐ 義歯(☐ 全義歯 ☐ 部分)						
食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) 主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー 水分: 与え/制限 ☐ あり ☐ なし *禁止食品があるか 副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (☐ 与え/制限)						
更 衣	☐	☐	☐	☐							
入 浴	☐	☐	☐	☐	☐ 自宅(浴室) ☐ 訪問入浴 ☐ 通所系サービス						
排 泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ (パット 紙パンツ フラット)						
服薬管理	☐	☐	☐	☐	* 自分でできるか、できなければ誰が管理しているか。服薬ケースや服薬カレンダーがあるか。						
療養上の問題	☐ 無	☐ 有	(☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他()								
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 褥瘡 ☐ その他(*在宅酸素、ペースメーカー)										
麻 痺	☐ 有() ☐ 無										
聴力障害	☐ 有() ☐ 無										
視力障害	☐ 有() ☐ 無										
興味・関心のあること											
既往歴(入院歴・通院歴)											
連絡事項・その他 *アレルギー *日中の状態(日中独居など)											

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

2021年5月改訂版

情報提供日: 20 年 月 日

入院時の情報提供連絡票

【医療機関名】

 _____様

【居宅介護支援事業者名】

【担当者名】

TEL:

FAX:

平素より、大変お世話になっております。

下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。

■利用者名: (男・女)

■利用者生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生

■入院時の情報については、別添「入院時情報提供シート」のとおりです。

■情報提供方法(☐面談 ・ ☐FAX、郵送等)

通信欄

受理日: 20 年 月 日

受理者氏名

—

※FAX、郵送等で情報提供を受けた病院は、受理日・受理者氏名を記載の上、
 居宅介護支援事業所あてにFAXでご返信願います。

※入院時情報連携加算Ⅰ・・・200単位 入院時情報連携加算Ⅱ・・・100単位

2021年5月改訂版

【 病院 → 居宅支援事業所 担当()様】
退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別 ☐ 男 ☐ 女
住 所	電話番号		
病院主治医	在宅主治医	記入日	20 年 月 日 記入者
入院の原因となった病名	入院日	20 年 月 日	身長 cm 体重 kg
緊急時連絡先	氏 名(ふりがな)	住 所	続 柄 電話番号
○ :キーパーソン ◆ :おもな介護者 家族構成 ☐ 独居 ☐ 同居 (人)			
介護認定 無 ☐ 未申請 ☐ 申請中 (月 日申請) 有 ☐ 要介護 ☐ 要支援 ☐ 事業対象者 区分変更 ☐ 要 ☐ 不要			
既往歴 (医療処置は詳しく)			
希望する福祉サービス	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 訪問診療(かかりつけ医) ☐ 宅配食 ☐ ベッド ☐ エアーマット ☐ 車いす ☐ ポータブルトイレ ☐ 移送車 ☐ その他の介護用品() ☐ その他()		
現在の治療状況	患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望		
ADL	自立	見守り	一部介助 全介助
移動方法	☐	☐	☐
移乗方法	☐	☐	☐
口腔清潔	☐	☐	☐
食 事	☐	☐	☐
更 衣	☐	☐	☐
入 浴	☐	☐	☐
排 泄	☐	☐	☐
服薬管理	☐	☐	☐
生活上の問題	☐ 無 ☐ 有(☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他()		
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 褥瘡 ☐ その他()		
家族への介護指導	☐ 無 ☐ 有		
感染症(保菌)	☐ HBV ☐ HCV MRSA:保菌(部位: ☐ 咽頭 ☐ 鼻腔 ☐ 褥瘡) アレルギー ☐ 無 ☐ 有 ☐ その他() ☐ 不明		
備考			

新規患者でない場合、変更等がなければ省略可

様式2		【 病院 → 居宅支援事業所 担当()様】	
退院調整共有情報シート		記入要領	
連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別 ☐ 男 ☐ 女
住 所	電話番号		
病院主治医	在宅主治医	記入日	年 月 日 記入者
入院の原因となった病名	入院日	20 月 日	身長 cm 体重 kg
氏 名(ふりがな)	住 所	年 号	電話番号
緊急時連絡先	介護者等 主な介護者を選択 ☐ キーパーソン ☒ 主な介護者	明:明治 大:大正 昭:昭和	* 携帯番号も * 必ず連絡がとれる番号
☐ キーパーソン ☒ おもな介護者	家族構成	☐ 独居 ☐ 同居 (人)	
介護認定	無 ☒ 未申請 ☐ 申請中 (月 日申請)	有 ☐ 要介護 ☐ 要支援 ☐ 事業対象者	区分変更 ☐ 要 ☐ 不要
既往歴 (医療処置は詳しく)	該当欄にチェックを記入します。		
希望する福祉サービス	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 訪問診療(かかりつけ医) ☐ 宅配食 ☐ ベッド ☐ エアーマット ☐ 車いす ☐ ポータブルトイレ ☐ 移送車 ☐ その他の介護用品() ☐ その他()		
現在の治療状況	患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望		
ADL	自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐	リハビリ目標 (リハビリから確認)	制限事項 ☐ 無 ☐ 有
移動方法	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 器具・補助具使用 ☐ 麻痺の有無()		
移乗方法	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 器具・補助具使用 ☐ 麻痺の有無()		
口腔清潔	☐ 義歯 (☐ 全義歯 ☐ 部分)		
食 事	☐ 普通食 ☐ 治療食(☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 経管栄養 ☐ 禁食 主食: ☐ 常食 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ ペースト (摂取量 割) 副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー ☐ ペースト (摂取量 割) 水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 ☐ あり ☐ なし		
更 衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
入 浴	入浴の制限: ☐ 無 ☐ 有(☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他()		
排 泄	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ (パット 紙パンツ フラット)		
服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
生活上の問題	☐ 無 ☐ 有(☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他()		
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 褥瘡 ☐ その他()		
家族への介護指導	☐ 無 ☐ 有		
感染症(保菌)	☐ HBV ☐ HCV ☐ MRSA:保菌(部位: ☐ 咽頭 ☐ 鼻腔 ☐ 褥瘡) ☐ その他() ☐ 不明	アレルギー	☐ 無 ☐ 有
備考			

2021年5月改訂版

【様式2について】継続患者についてはケアマネジャーと相談し省略可
または看護サマリー等で対応可

渋川地区退院調整ルール検討部会
渋川市／渋川市地域包括支援センター
榛東村／榛東村地域包括支援センター
吉岡町／吉岡町地域包括支援センター

《編集発行》

渋川地区在宅医療介護連携支援センター

〒377-0008 渋川市渋川1760-1 渋川ほっとプラザ 2階

URL <https://renkei-shibukawa.secure.force.com/>

この手引きは上記URLの連携支援センターホームページから
ダウンロードできます。トップページ＞多職種連携の部屋＞
渋川圏域における病院－在宅連携「退院調整ルール」の手引き