|  |
| --- |
| 　都城北諸県医療圏安心入退院ルール　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日　　　　　　年　　　月　　　日**(様式１)資料１** |
| **入院時情報提供シート** |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日　（　　歳） | 性　別 | 男・女 |
| 住所 |  |
| 緊急時連絡先（優先順位） |
|  | 氏　　名 | 住　　所 | 続柄 | 電話番号 | 連絡がつきやすい時間帯 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| 現病歴 |  | 既往歴 |  |
| 家族構成図 | 住環境 | □　一戸建（□自宅　□貸家）□　集合住宅（　　階建て　　　階）　エレベーター（ 有 ・ 無 ）□　住環境上の問題（具体的に） |
| 本人（　　　男性　　◎　女性）　　主・・主介護者☆・・キーパーソン　○・・女性　　□・・男性 |
| 在宅主治医 | 医療機関名　　　 　　　　　　　　　　Tel　　　　　　　　　主治医名 |
| 医療機関名　　　　　　　　　　　 　　　　Tel　　　　　　　　　主治医名 |
| 要介護度 | □　申請中　　　　　□　区分変更中（　　　月　　　日）　　要支援　　１　　２　　　　要介護　１　２　３　４　５ |
| 介護保険認定有効期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　月　　　日　 |
| サービス利用状況 | □ 訪問介護（　　回/週　　□身体介護　□生活援助　□通院時の乗降車介助　） □ 訪問看護（　　回/週）　□ 通所介護（　回/週）□ 訪問入浴（　　回/週）□ 通所リハビリ（　　回/週）　　□ 訪問リハビリ（　　　回／週）　□ 短期入所（　　回/週） リハビリの内容　□歩行訓練　□可動域訓練　□マッサージ　□その他（　　　　　　　　　　　）□ 福祉用具貸与（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　）□　配食サービス　□　緊急通報システム　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 成年後見人 | □無　□有　（　　　　　　　　　　） |
| ADL等 | 自立 | 見守り | 一 部介 助 | 全介助 | 要支援は必要事項のみ記入 |
| 移　　動 | □ | □ | □ | □ | □可　□不可（□車いす　□杖使用　□歩行器使用　　□ストレチャー　□補助具使用（　　　　　） |
| 移　　乗 | □ | □ | □ | □ | 床からの立ち上がり　　□可　　□不可 |
| 口腔清潔 | □ | □ | □ | □ | 義歯：　□無　　□有（上・下）　　部分入れ歯　：□無　　□有（部位　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　インプラント：□無　　□有（部位　　　　　　　　　　） |
| 食　　事 | □ | □ | □ | □ | □普通食　□糖尿病食（　　Kcal）　□高血圧食　□腎臓病食　□経管栄養　□その他（　　　　　） |
| 主食：米飯（□普通　□お粥）　　□経管　　□ポート |
| 副食：通常　　□一口大　　□刻み　　□ミキサー　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 自助具：　□無　　□有（　　　　　　　　　　） |
| 更　　衣 | □ | □ | □ | □ |  |
| 入　　浴 | □ | □ | □ | □ | 浴室　□有　□無　入浴制限：□無　□有（□シャワー浴　□清拭　　□その他（　　　　　　）） |
| 排　　泄 | □ | □ | □ | □ | 排泄場所　□トイレ　　□ポータブル　　□尿器　　□おむつ　□バルーン |
| 健康上の問題服薬管理 | □　 | □ | □ | □ | 服薬管理している人　□本人　　□家族　□ヘルパー　□施設　　□その他 |
| アレルギー | □食品（　　　　　　　　　）□薬（　　　　　　　　　　　　　）　□　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 療養上の問題 | □無　□有（幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 認知症の症状（□無　□有）　　うつ傾向（□無　　□有）　　視覚障害（□無　　□有） |
| 医療処置 | □無　□有　　①内容：バルンカテーテル・ストーマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・褥瘡・気管切開・在宅酸素その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　②方法（誰が行う）：本人・訪問看護・家族（具体的には誰　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 経済状況 | □年金　□生活保護　□その他（　　　　　　　　　）　金銭管理　□本人　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 介 護 力 | 主介護者（　　　　）主介護者以外の支援者（　　　　　）介護の指導（ 無 ・ 有 ）理解の状況：十分・不十分・問題（　　　　　） |
| 連絡事項等（具体的に必要事項を記載；日中の生活・活動状況、在宅での目標、本人・家族の思いなど）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。 |
| **事業所名** |  | **担当ケアマネ名** |  |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  |

|  |
| --- |
|  |

**資料３**

退院調整情報共有項目

　退院に向けたカンファレンスなどで、医療機関とケアマネジャーが情報共有する項目と、その項目を様式化した様式２は、前のページにあります。都城保健所のホームページからダウンロードできます。

退院調整共有情報（退院に向けて共有したい項目とその理由）

|  |  |
| --- | --- |
| 共有したい情報 | その理由 |
| 本人 | 医療に関すること |  |
| 　　診断名・合併症・既往歴 | ・指定難病など医療費助成制度等を活用できる情報があるか確認する必要がある。 |
| 　今回の入院の理由 | ・入院の背景を知り、これまでの服薬等の病状の問題がなかったか、生活環境に転倒等のリスクとなる要因がなかったかを確認することで在宅に戻った際、病状の悪化や再入院を防ぐ対応をする。 |
| 病院からの「病状の説明内容と」本人・家族の「受け止め方」「今後の希望」 | ・「家に帰る」ことだけを目標にするのではなく、本人が「家でどの様に過ごしていきたいのか」を目標にして支援をする。本人の意思が明確でないと、家族や支援者も混乱することが多い。また、このことについて入院中に本人、病棟スタッフと共有し退院に向けて準備していくことが重要である。 |
| 今後の治療 |  |
| 　　治療内容 | ・病気の再発防止の為の受診と管理を行う必要がある。 |
| 　　受診の必要性 | ・必要に応じて同行する。 |
| 　　リハビリの必要性や内容 | ・どの程度の内容で、誰が指導するのか（介護保険サービスによるリハビリの必要性の有無）・適正なリハビリの方法を知り安全に行えるようにする。 |
| 　　薬物治療の内容 | ・在宅でのADLに影響を及ぼすため（副作用がでるのか）・在宅での管理できる投薬内容か確認する必要がある。・食事との組み合わせで支障がでるものがないか確認する必要がある。 |
| 　　訪問看護への情報 | ・身体状況とその対応についてチームで共有する必要がある。 |
| 医療処置 |  |
| 　　内容・方法 | ・事故防止のための正しい処置を確認する。・適切な処置や管理の体制を整える必要がある。 |
| 生活上の指示 |  |
| 　　食事制限（形態・水分） | ・病状のコントロールに影響するため必要（ADLと関連する） |
| 　　活動制限 | ・利用するサービスに制限が出てくる場合がある。 |
| ADL等 |  |
| 　　移動方法・入浴・更衣・排泄・食事摂取・嚥下 | ・本人がどこまでできるのか、介助の必要性の有無・これまでのサービスから変更の必要があるか判断する。・住環境の整備のため、住宅改修・福祉用具の導入の必要性を確認する。 |
| 療養上の問題 |  |
| 　　服薬管理 | ・服薬管理ができるのか。介助が必要なのか。 |
| 　　理解力 | ・どの程度の理解力があるのか。治療や介護の同意が可能か知る。 |
| 　　周辺症状の有無 | ・家族の介護負担に大きく影響する。あればその時の対処の仕方などを知る。 |
| 感染症　　 |  |
| 　　感染症の有無 | ・感染症の有無によりサービスの利用に支障がでる場合がある。 |
| 経済状況 |  |
| 　　制度利用の有無 | ・サービス利用等について各制度の担当と連携する必要があるため。 |
| 　　金銭管理 | ・本人以外の方が管理する場合、費用が発生する際の相談をする必要が出てくる。・経済的な虐待が疑われる場合の対応に配慮が必要になってくる場合がある。 |
| 家族 | 世帯構成　 | ・家族状況・血縁者の存在の確認 |
| 　　主介護者や介護力 | ・ヘルパー利用の必要性及び支援の内容、時間が変わる。 |
| 　　様々な場面でのキーパーソン | ・（経済）在宅サービスの利用において、負担可能な範囲を確認する必要がある。・（様々な方針決定）家族内の意見が異なることが多い.。窓口となる方を決める。 |
| 　　緊急連絡先 | ・在宅での急変時、サービス中のアクシデント等の際に判断を仰ぐ。 |
| 　　家族の支援状況・思い | ・在宅療養の長期化、看取りを視野に入れて支援する必要が出てくる。・同居家族がいる場合は、日中独居等でもサービス導入に関して十分に検討する必要がある。 |
| 　　家族以外の支援者 | ・支援できる家族がいない場合、生活保護、様々な決定支援等を支える必要がある。・金銭管理、契約等に関する支援者がいる場合、連携の為に把握する必要がある。 |
| 　都城北諸県郡医療圏安心入退院ルール　　　　　　　　　　　　　記入年月日　　　　 　　年　　　月　　　日**(様式２)**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　（　　　　　　　　　　　　）**退院時情報共有シート** |
| 面接年月日 | 　　 年　　　月　　　日（　 　）　　 時　　　分 ～　　　時　　 分 | 場　所 |  |
| 面接参加者 |  | 医療機関の連絡窓口 (所属) |  |
|  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 明　・ 大　・　昭　 　年　　　月　 　日　（　　　　歳）　　　　　　　　　　　　 | 性別 | 男　・　女 |
| 住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（地区名：　　　　　　　　 ） |
| 病　名（入院理由） |  | 既往歴（今までの経過等） |  |
| 合併症 |  | 入院期間 | 　　 年　　 月　　 日～　　　　 年　　月　　日（予定） |
| 医療機関主治医(診療科名) |  | 在宅主治医 |  |
| 1. 医療機関から本人・家族への病状の説明内容　　　　　　② 本人・家族の受け止め方　　　　　③ 本人・家族の今後の希望
 |
| 今後治療方針等（治療方針・受診計画・訪問看護への指示内容など） |
| 介護保険情報 | □　申請中　　　□　区分変更中（　　月　　　日）介護度　　　要支援　　１　　２　　　　要介護　　１　　２　　３　　４　　５ |
| 退院後の住居 | □　自宅　　□施設　（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 退院後受診医療機関 | □本院　　□在宅医　　□その他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　）　　　　次回受診予定：平成 　　　年　　　月　　　日 |
| リハビリ | □無　　□有 （内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |
| 薬物治療 | □無　　□有 （内容　　　　　　　　　　　　　　）　　　 |
| 医療処置 | □無　　□有　　①内容：バルンカテーテル・ストーマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・褥瘡（部位　　　　　　）・気管切開・在宅酸素・その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）　　　 １　②②方法（誰が行う）：本人 ・ 訪問看護 ・ 家族（具体的には誰　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　） |
| 生活上の指示 | □無　　□有　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）　 |
| ADL等 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 病棟での様子 |
| 移　　動 | □ | □ | □ | □ | □車いす　　□杖使用　　□歩行器使用　　□補助具使用 |
| 起居動作 | □ | □ | □ | □ | 寝返り　□可　　□不可　　起き上がり：□可　□不可　　立ち上がり　□可　□不可座位保持　□可　□不可　　立位保持　　□可　□不可　　歩行：□可　□不可　　 |
| 口腔清潔 | □ | □ | □ | □ | 義歯：　□無　　□有（上・下）　　部分入れ歯：□無　　□有（部位　　　　　　　　　　） |
| 食事 | □ | □**特記** | □**特記** | □ | □普通食　□糖尿病食（　　Kcal）　□高血圧食　□腎臓病食　□経管栄養　□その他（　　　　　） |
| 主食：□米飯 □粥（全・五分） □ミキサー（とろみ付き：無・有）　 平均摂取量（　　　　割程度） |
| 副食：□通常　□一口大　□刻み　□ミキサー（とろみ付き：無・有）　平均摂取量（　　　　割程度） |
| 水分摂取制限：無・有（１日　　　ml）・とろみ剤使用（無・有）　嚥下障害（無・有） |
| 更衣 | □ | □ | □ | □ |  |
| 入浴 | □ | □ | □ | □ | 入浴制限：□無　□有（□シャワー浴　□清拭　　□その他（　　　　　　））**最終日（　　月　　日　）** |
| 排泄 | □ | □ | □ | □ | 場所　□トイレ　　□ポータブル　　□尿器　　□おむつ　ストマ：□無　□有（　　　　　）　膀胱ろう：□無　□有　（　　　　　　）　**最終排便（　　月　　日）** |
| 健康上の問題服薬管理 | □ | □ | □ | □ | 自分で服薬できる　□　可　□　不可服薬管理（誰が管理）：本人　・家族　・訪問看護　・その他（　　　　　　） |
| アレルギー | □　食品（　　　　　　　　　　　　　　）□　薬（　　　　　　　　　　　　　）　□　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 療養上の問題 | □無　　□有　（ 幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） |
| 認知症の症状（□無　□有）　　うつ傾向（□無　　□有）　　視覚障害（□無　　□有） |
| 感 染 症 | □ＭＲＳＡ保菌（保菌部位：痰・血液・尿・創部・鼻腔）　□ＨＢＶ　 □ＨＣＶ　 □疥癬　 □その他（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　 |
| 経済状況 | □年金　　□生活保護　　□その他（　　　　　　　　　）　　　　　　金銭管理：□本人　 □その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 世帯構成 | □独居　 □高齢者夫婦世帯　 □その他（ 　　　　　　　　　）　　　　キーパーソン（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介 護 力 | 主介護者（　　　　）　　主介護者以外の支援者（　　　）　介護の指導 （ 無 ・ 有 ）理解の状況　□十分　　□不十分：問題（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 備考（※麻痺等がある場合は、お書きください、） |