事業所共通情報交換用紙『連絡表』

<様式A>

情報提供元

【情報提供理由】

情報提供先

情報提供日 令和2年3月4日

【情報提供経緯】

情報提供承諾の確認　承諾者 氏名：　様　続柄：　確認者：

【対象者基本情報】

ふりがな

氏　名

年　月　日生　歳

性別

住所

電話番号　－　－

介護保険　介護認定　有効期間　～　まで

保険者　介護保険番号　障害支援区分

障害者手帳等　身体　精神　療育手帳　障害受給者証番号

年金等　日常生活自立度　認知症自立度　判断日

家族構成

＊通常連絡先（キーパーソン）

氏名（続柄）

住所

・電話番号　－　－

・携帯番号　－　－

【医療情報】

【主病名 現病歴】　#1 発症日　平成　年　月　日

基礎疾患

#2　H　年　月

#3　H　年　月

#4　H　年　月

#5　H　年　月

#6　H　年　月

＊処方内容（持参薬）　＊薬の自己管理

『治療経過や医療的指示、服薬上の注意など』

かかりつけ医　診療科　担当医

薬物アレルギー

感染症等

予防接種　インフルエンザ　肺炎球菌ワクチン

【リハビリ】

訓練内容　＊ 添書　＊ 訓練に対する本人の意欲

1）機能訓練

2）物理療法

3）装具等

4）その他

【身体機能・状態】

1）麻痺の有無

2）筋力低下の有無

3）移動手段　移動

4）移乗方法　介助

5）視力障害　生活支障

6）聴力障害　生活支障

7）言語障害　生活支障

8）皮膚疾患　部位

＊ 褥瘡の有無　部位

＊ 身体計測　身長：　cm　体重：　kg　測定日：

【生活情報】

食事

① 咀嚼機能	
＊ 義歯	
② 嚥下機能	
③ 摂取方法	
④ 食事形態 主食	
副食	
嚥下調整	
栄養量	kcal
⑤ 水分指示	
とろみ剤	
⑥ 摂取動作	
＊ 自助具の使用	
⑦ 摂取量 主食	
副食	
⑧ 治療食の有無	
⑨ 嗜好/禁忌食品	
⑩ その他	

排泄

① 動作	
② おむつ使用	
③ 排泄用具	
④ 排尿回数	回／日
⑤ カテーテル類	
⑥ 排便状況	
⑦ ストマ使用	
⑧ その他	

身体清潔

① 入浴方法	
② 浴室内移動	
③ 洗身動作	
④ 洗髪動作	
⑤ 更衣動作	
⑥ 洗顔動作	
⑦ 整髪動作	
⑧ 口腔ケア	

【精神情報】

1）精神疾患	
① 認知症周辺症状	
② HDS－R /30点	
2）高次脳機能障害	
3）睡眠状態	
4）意思疎通	
5）その他	

【在宅生活状況】

1）住居の所有	
2）屋内移動	
3）屋外移動	
4）車両の乗入れ	
5）住宅改修の有無	
6）福祉用具購入	
7）福祉用具貸与	
8）居宅サービス利用歴	

＊週間利用表	日	月	火	水	木	金	土		日	月	火	水	木	金	土
	○														

9）居宅支援事業所	担当ケアマネ
10）サービス事業所名	

情報提供事業所名 TEL

所在地 FAX

事業所共通情報交換用紙『連絡表』

情報提供元		【情報提供理由】	情報提供先	
医療機関	看護 師太郎	患者紹介	老人保健施設	担当者様
世界総合病院 15階病棟、看護師		情報提供日 令和2年3月4日	さきちの宿	

【情報提供経緯】

自宅の食堂で転倒し、左大腿骨転子間骨折を受傷し12/2日に骨接合術を受け、現在リハビリ中です
家族は排泄が自立出来なければ在宅復帰は難しいそうなので施設でのリハビリを希望しているので
ご検討をお願いします。

情報提供承諾の確認 有　承諾者 氏名: 国東 さきち 様　続柄: 長男　確認者: 山田 下田

【対象者基本情報】

ふりがな くにさき さかし

氏名 国東 さかし　性別 男

大正 10 年 1 月 1 日生 歳

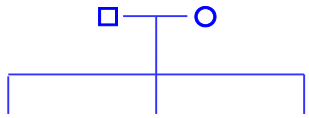
住所 〒 873-0990 国東市 海上 かもめ 2番地

電話番号 123 － 45 － 678 自宅

介護保険					
介護認定	要介護 2	有効期間	平成27年1月1日 ～ 平成27年12月31日 まで		
保険者	国東市	介護保険番号	1234567890	障害支援区分	無

障害者手帳等	身体	1級	精神	3級	療育手帳	不明	障害受給者証番号	987654321
年金等	障害	基礎年金	2級	日常生活自立度	A1	認知症自立度	Ⅲa	判断日 H27.2.1

家族構成



＊通常連絡先（キーパーソン）
氏名（続柄） 国東 太郎（次男）
住所 国東市 山上 1000番地
・電話番号 0978 － ○4 － ○321 自宅
・携帯番号 090 － ○○○ － 1234 西側

【医療情報】

【主病名 現病歴】 #1 左大腿骨転子間骨折　発症日 平成 26 年 12 月 1 日

基礎疾患		
#2	糖尿病	H 20 年 4 月
#3	高血圧	不 年 詳 月
#4	不安神経症	H 22 年 月
#5	認知症	H 23 年 月
#6	脳梗塞	H 25 年 1 月

＊処方内容（持参薬）　＊薬の自己管理 一部介助

1）ロキソニン 3T 3× N
2）アダラートL 1T
グリミクロン 1T
アリセプト 1T 1×M

『治療経過や医療的指示、服薬上の注意など』 低血糖に注意
術後6周目から全荷重にて歩行訓練してますが、左下肢をねじる動作は禁止

かかりつけ医 くにさき保健クリニック　診療科 内科　担当医 あかひげ 次郎

薬物アレルギー	セフェム系抗生剤にて発疹あり	感染症等	HBs 血液	予防接種	インフルエンザ 未接種
			MRSA 痰		肺炎球菌ワクチン H24.1.20

【リハビリ】

訓練内容　＊添書 無　＊訓練に対する本人の意欲 高い ムラがある

1）機能訓練	平行棒歩行5往復：所要時間約8分から11分 → 目標 歩行車歩行フリー
2）物理療法	左膝ROM：屈曲98度 → 目標 120度
3）装具等	右短下肢装具あり
4）その他	公文ドリル：約10分／日、

【身体機能・状態】

1）麻痺の有無	有	右	上下肢 中度	
2）筋力低下の有無	有	左	下肢 軽度	
3）移動手段	歩行車	移動	見守り	方向転換で介助が必要なことがある
4）移乗方法	見守り	介助	無	どすんと座らないよう声かけが必要
5）視力障害	有	生活支障	低い	眼鏡使用
6）聴力障害	有	生活支障	中度	補聴器は持っているが使いたがらない
7）言語障害	無	生活支障	無	
8）皮膚疾患		部位		
＊褥瘡の有無	有	部位	仙骨部	Ⅰ度、3cm程度、アズノール軟膏を1回／日塗布
＊身体計測	身長: 192 cm	体重: 120 kg	測定日: 平成27年1月3日	

【生活情報】

食事

① 咀嚼機能	咀嚼弱い	無歯顎
＊ 義歯	有	上下総義歯あり
② 嚥下機能	ムセ時々	姿勢が後ろへ倒れやすいので前傾になるよう調整している
③ 摂取方法	経口摂取	
④ 食事形態 主食	全粥	
副食	カット食 1	
嚥下調整	あんかけ	副食に良くからめてください
栄養量	1600 kcal	
⑤ 水分指示	制限	600ml/日 まで
とろみ剤	中間のとろみ	とろとろ材
⑥ 摂取動作	一部介助	摂取動作が止まることがあるので、その時は介助が必要
＊ 自助具の使用	有	個人持ちスプーンがあります
⑦ 摂取量 主食	全量	
副食	50～75%未満	主食を先に食べてしまう傾向にあり、副食が食べれなくなる。
⑧ 治療食の有無	減塩食	食塩4g以下
⑨ 嗜好/禁忌食品	有	サバ禁（家族情報）、
⑩ その他	栄養補助	エンジョイゼリー1個/日

排泄

① 動作	一部介助	ズボンの引き上げが必要
② おむつ使用	ﾊﾟﾝﾂﾀｲﾌﾟ	パッドも使っている
③ 排泄用具	簡易トイレ	
④ 排尿回数	10 ml/日	夕方から0時くらいまでの排尿が多い
⑤ カテーテル類	無	
⑥ 排便状況	便秘	排便 -3日目でラキソベロン20滴
⑦ ストマ使用	無	
⑧ その他		

身体清潔

① 入浴方法	一般浴	浴槽のまたぎ動作に介助が必要
② 浴室内移動	入浴車椅子	転倒の危険があるため
③ 洗身動作	一部介助	手の届かないところの介助が必要
④ 洗髪動作	全介助	手が届かないため介助が必要
⑤ 更衣動作	一部介助	袖を通す、ズボンを引き上げる介助が必要
⑥ 洗顔動作	見守り	左手で洗う
⑦ 整髪動作	全介助	
⑧ 口腔ケア	一部介助	歯ブラシを手渡せば自分で磨けるが磨き残しが多い

【精神情報】

1) 精神疾患	認知症	
① 認知症周辺症状	軽度	時間の感覚が衰えてきているため声かけが必要
② HDS－R 15 /30点	H26.12.24	野菜の名前がほとんど出なかった
2) 高次脳機能障害	軽度	右側の空間無視がある
3) 睡眠状態	浅眠	眠剤は服用してない
4) 意思疎通	正常	
5) その他		

【在宅生活状況】

1) 住居の所有	市営	2階
2) 屋内移動	つたい歩き	屋内は段差が多い
3) 屋外移動	電動四輪	
4) 車両の乗入れ	ワンボックス	車から玄関まで約10mの砂利道あり
5) 住宅改修の有無	無	
6) 福祉用具購入	無	
7) 福祉用具貸与	無	
8) 居宅サービス利用歴	有	

＊週間利用表

	日	月	火	水	木	金	土		日	月	火	水	木	金	土
訪問看護		○													
訪問リハビリ				○											

9) 居宅支援事業所	在宅エンジョイ支援事業所	担当ケアマネ	援助 志太郎
10) サービス事業所名	国東元気訪問ステーション		

情報提供事業所名 世界総合病院 TEL 0210 111 333

所在地 国東市 海山町 1番 FAX 0210 222 444

入院時情報連絡表　※入院時にホットネット連絡表に添付して下さい　＜様式B＞

入院日:　　年　　月　　日

様　　記入日:　　年　　月　　日

情報提供日:　　年　　月　　日

記載者:所属(　　)　氏名(　　)

1. 本人・家族の意向について

本人の性格・趣味 関心等	□ 喫煙　□ 飲酒
本人の生活歴 （結婚・職歴など）	エンディングノートの活用　□ あり　□ なし
生活に対する意向 □ 居宅ｻｰﾋﾞｽ計画書(1)添付	（本人） （家族）
延命処置の意向	□ なし　□ あり（　　）

2. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に 必要な要件	
退院後の世帯状況	□ 独居　□ 高齢世帯　□ 子と同居（家族構成員数　　名）□ 日中独居　□ 他※
世帯に対する配慮	□ 不要　□ 必要※
退院後の主介護者	□ ｷｰﾊﾟｰｿﾝと同じ　□ 左記以外（氏名　　続柄　　年齢　　歳）
介護力※	□ 見込める（　□ 十分 ・ □ 一部 ）□ 見込めない　□ 家族や支援者はいない
家族等による虐待	□ なし　□ あり※
特記事項 （※の詳細等記入）	

3. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

中間・退院前カンファレンスの参加希望	□ あり　□ なし
その他要望（病状説明等）	□ あり（　　）

4. その他

入院時情報連絡表

※入院時にホットネット連絡表に添付して下さい

入院日：　30 年　5 月　28 日
記入日：　30 年　5 月　30 日
情報提供日：　30 年　5 月　31 日

国東　さかし　様

記載者：所属（居宅介護支援●●●）　氏名（　●●　●●　）

1. 本人・家族の意向について

本人の性格・趣味関心等	お世話好きで他人に物事を教える事を好む。元教員という仕事柄、上からものを言う事があり他者からうるさがれる事があり、頑固な一面がある。 国東半島の史跡やお寺巡りが好きだった。　□ 喫煙　□ 飲酒
本人の生活歴（結婚・職歴など）	27歳の頃に3つ年下の妻と結婚し三人の娘をもうけた。 師範学校を卒業後、小学校の教員として定年まで勤めた。 エンディングノートの活用　□ あり　☑ なし
生活に対する意向 □ 居宅ｻｰﾋﾞｽ計画書（1）添付	（本人） （認知症あり明確な判断は出来ないが）ワシが築いてきた家だ！家で生活を送りたい。
	（家族） 私（妻）も足が悪く、ウロウロする本人に付いて回る事が出来ない。しかし、本人が望むなら今後も自宅で私が対応したい。
延命処置の意向	☑ なし　□ あり（　　）　□ 不明

2. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）　・在宅からの入院の場合に記載する

在宅生活に必要な要件	認知症による失見当識対応、移動中の付き添いを妻が実施。しかし、妻も虚弱となり妻のみの対応では今後の在宅生活は困難。短期入所、密な通所サービスの利用、長女や三女の定期的な帰省等、支援が必要。
退院後の世帯状況	□ 独居　☑ 高齢世帯　□ 子と同居（家族構成員数　　名）　□ 日中独居　□ 他※
世帯に対する配慮	□ 不要　☑ 必要※
退院後の主介護者	☑ ｷｰﾊﾟｰｿﾝと同じ　□ 左記以外（氏名　　続柄　　年齢　　歳）
介護力※	☑ 見込める（　□ 十分　・　☑ 一部　）　□ 見込めない　□ 家族や支援者はいない
家族等による虐待	☑ なし　□ あり※
特記事項（※の詳細等記入）	89歳の妻と二人暮らし。トイレ誘導、排泄失敗時の交換介助、移動時の見守り等の介護負担が大きい。妻は、頑固な本人に対し献身的に対応し過ぎてしまう面がある。 サービス調整、子供たちの支援により妻の介護負担軽減を図る必要がある。

3. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

中間・退院前カンファレンスの参加希望	☑ あり　□ なし
その他要望（病状説明等）	☑ あり（　病状聞き取りを希望

4. その他

妻が本人の対応を頑張りすぎてしまい、短期入所など必要と思われるサービス利用に葛藤を感じている。
病院側から妻へ本人の身体機能面や認知機能面の状況説明、サービス利用の必要性の説明を行って頂きたい。
入院中に住環境整備、サービス調整を医療機関側と連携して行う事が出来ればと思う。

中間カンファレンスシート

＜様式c＞

目　的	入院中の状態の確認、　退院後の在宅等での生活がスムーズに送れるように支援目標を設定する		
調整担当者	医療機関（病棟看護師、連携室）		
開催場所	医療機関		
参集範囲	本人、家族、担当（医師、看護師、リハ職、管理栄養士、ＭＳＷ、ケアマネジャー、相談員、介護福祉士等）など		
実施時期	急性期を過ぎたら（病院の判断）		
参加スタッフの役割	医師、看護師	現在の病状や治療についての情報提供、予後予測、再発時の対応	
	リハ職	リハビリの内容、状態についての情報提供、予後予測	
	管理栄養士	入院中の食事の形態、摂取状況、今後の予測	
	連携室	入院中に得た情報の提供（家族の協力体制や経済面、認定情報等）	
	ケアマネジャー、施設看護師、相談員等	本人の状態の情報収集。本人・家族の思い、家族や家屋状態の情報提供	
実施内容	【カンファレンスの流れ】 ①自己紹介（本人・家族の思い、気になる事の確認） ②対象者の状況説明 （医師、看護師、専門職、ケアマネから） ③在宅復帰が可能か検討 ・ＡＤＬ、ＩＡＤＬ面、精神面、 ・家族の受け入れ、家屋、経済状況等 ④退院後の生活の場 □在宅 □施設（特養、老健、グループホーム） 理由： □その他（　　） 理由： ⑤④で生活する場合、何が課題となるか ⑥⑤の課題解決方法または助言 ※各々のすべき事を明確にする		【確認事項】 □本人、家族の意向（入院時からの思いに変化がないか等） □本人、家族、担当者等との合意形成（治療方針、今後の方向性） □本人が退院するまでに頑張ること（すべきこと）の確認 ⇒　（　　） □介護認定の必要性（区分変更含む）の検討 ※軽度者で訪問介護、通所介護のみの利用であれば認定不要、事業対象者 手続きが必要 □住環境整備 □試験外泊、家屋調査の必要性の有無 □他科受診の必要性はないか（歯科、精神科等） □想定される異常や緊急時の対応についての指導および理解内容の確認
留意事項	本人・家族を含め、今後の生活上のゴールを共有すること		

中間カンファレンス

目的：入院中の状態の確認、退院後の在宅等での生活がスムーズに送れるように支援目標を設定する

実施日：　　年　月　日　患者氏名（　　）病棟（　　）　記録者（　　）	
①参加者	
②対象者の状況説明 （医師、看護師、専門職 ケアマネ等から）	
③在宅復帰が可能か検討 （ADL, IADL面、精神面 家族の受け入れ、家屋、 経済状況等）	
④退院後の生活の場 （在宅、施設、その他）	
⑤在宅等で生活を送る際の 課題　及び 課題解決方法または助言 （本人、家族、病院スタッフ、 施設及びケアマネ等がすべき こと）	課題①： 解決策等⇒ 課題② 解決策等⇒ 課題③ 解決策等⇒
【確認事項】 □本人、家族の意向 （思いの変化はないか）	【本人】 【家族（　　）】
□治療方針、今後の方向性等 （本人・家族・担当者との 意志統一）	
□本人が退院までに頑張ること	
□介護認定の必要性 （区分変更含む）	□あり　⇒　申請時期（　　）　誰が（　　） □なし
□住環境整備の必要性	試験外出・外泊　⇒　□あり　□なし 家屋調査　⇒　□あり　□なし 住宅改修　⇒　□あり　□なし
□他科受診の必要性はないか	□あり⇒科名： □なし
□想定される異常や緊急時の 対応についての指導および 理解内容の確認	

退院前カンファレンス

目的：在宅生活（施設生活）の目標設定に向けて各職種が専門的な意見交換を行い安心して
退院後生活が送れるよう支援の方向性を検討する　（退院予定日：　　年　　月　　日）

＜様式Ｄ＞

実施日：　　年　月　日　患者氏名（　　）病棟（　　）　記録者（　　）	
①参加者	
②対象者の状況説明 （生活面：移乗・移動リハ状況 食事内容・介助、体位、保清 口腔ケア等） （医療面：医療機器、福祉機器 等の必要性、内服管理等）	
③在宅復帰が可能か再確認	
④退院後の生活の場	
⑤在宅等で生活を送る際の 課題（中間カンファからの 進捗も含めて）及び 課題解決方法または助言 （本人、家族、病院スタッフ、 施設及びケアマネ等がすべき こと）	課題① 解決策等⇒ 課題② 解決策等⇒ 課題③ 解決策等⇒
【確認事項】 □本人、家族の意向再確認 （思いの変化はないか）	【本人】 【家族（　　）】
□本人、家族の役割やサービス 内容の提案等 （本人・家族・担当者との 意志統一）	
□本人が退院までに頑張ること	
□介護認定の必要性 （区分変更含む）	□あり　⇒　申請時期（　　）　誰が（　　） □なし　□申請済⇒結果（　　）
□住環境整備の必要性	試験外出・外泊　⇒　□あり　□なし　□済（　　） 家屋調査　⇒　□あり　□なし　□済（　　） 住宅改修　⇒　□あり　□なし　□済（　　） 福祉用具　⇒　□あり（　　）　□なし
□他科受診の必要性はないか	□あり⇒科名： □なし　□済　⇒　結果（　　）
□想定される異常や緊急時の 対応についての指導および 理解内容の確認	
□退院後カンファレンスの 必要性	□あり　⇒開催時期（　　）　確認事項（　　） □なし　参集範囲（　　）

中間カンファレンス

目的：入院中の状態の確認、退院後の在宅等での生活がスムーズに送れるように支援目標を設定する

実施日：平成　年　月　日　患者氏名（　　）病棟（　　）　記録者（　　）

①参加者	※参加者氏名、所属、職種を記載（山田花子Ns・市民病院） ※家族は氏名と関係を記載（介護太郎・長男）
②対象者の状況説明 （医師、看護師、専門職 ケアマネ等から）	※「入院の経緯」、「治療経過・結果」、「現在の症状」、「予後」、「リハビリ進捗」等、 説明の内容を簡潔に箇条書きで記載。 ※誰からの説明であったか内容の最後にカッコ書きで職種記載。 例）・〇月△日頃より意識状態が不明瞭となり〇月□日、救急搬送にて入院。（MSW） ・抗生剤点滴と利尿剤にて症状改善。（Ns） ・再発の可能性はあるが、現状の予後は安定。（Dr） ・平行棒内〇〇m程度の歩行可、意欲あり。（PT） ・誤嚥のリスク非常に高く、経口摂取では肺炎を繰り返す可能性が高い。（ST）
③在宅復帰が可能か検討 （ADL，IADL面、精神面 家族の受け入れ、家屋、 経済状況等）	※本人を取り巻く環境（家族、住居、経済等）や本人の能力（ADL、IADL）を確認、記載。 ※在宅復帰を可能にするために必要な調整や対応を箇条書きで記載。 例）・主介護者は高齢の妻のため訪問系サービス利用の検討が必要では。 ・誤嚥のリスクが高いため食事形態の工夫、嚥下訓練が必要では。 ・経済状況よりサービスを利用する為には生活保護申請の検討が必要では。 ・どの程度リハビリで歩行が改善すれば、自宅トイレが使用できるか検討が必要では。
④退院後の生活の場 （在宅、施設、その他）	※今後の方向性、目指すべき退院場所を参加メンバーで共有。 例）・嚥下能力の改善状況にて在宅復帰を目指す。 ・寝返りが出来ない状況であれば、施設入所が必要。
⑤在宅等で生活を送る際の 課題　及び 課題解決方法または助言 （本人、家族、病院スタッフ、 施設及びケアマネ等がすべき こと）	課題①： 解決策等⇒ 課題② 解決策等⇒ 課題③ 解決策等⇒ ※生活を送る上での課題（疾患、ADL、環境等）を確認し記載。 ※課題に対する解決策の提案や助言内容を記載。 例）課題①：本人の糖尿病に関する意識が低く、コントロール不良。 解決策等⇒糖尿病の予後、合併症について説明。家族に対する食事内容の指導。 課題②：介護者が高齢の妻のみ。介護量的に自宅での対応が困難。 解決策等⇒リハビリにて本人自身が行なえるADLの拡大を目指す。 訪問介護等、在宅サービスの紹介。 課題③：自宅トイレまで歩いて行けず排泄失敗を起こしてしまう。 解決策等⇒ポータブルトイレを使用してのトイレ動作の自立を目指す（移乗、更衣）。
【確認事項】 □本人、家族の意向 （思いの変化はないか）	【本人】 【家族（　　）】 ※本人と家族の今後の方向性についての意向を分けて記載する。 ※どの家族の意向なのか、関係性をカッコの中に記載する。 例）【本人】家族に迷惑をかけすまないが、気持ちは自宅に帰りたい。 【家族】（長男夫婦）介護保険サービスを利用しながら自宅で対応したい。 例）【本人】特に希望はない。皆が良いようにしたらいい。 【家族】（妻）寝たきり状態にさせないように自宅で対応したいが、 どのように対応したら良いか分からない。
□治療方針、今後の方向性等 （本人・家族・担当者との 意志統一）	※各職種からの状況説明や退院後の課題や解決策を確認したうえで、 今後の対応方針や現時点での方向性を確認、参加者で意志を統一する。 例）・誤嚥の可能性が高いため食事形態の検討、トロミ剤の使用、嚥下訓練を継続する。 ・トイレ動作の自立を目的にトイレ移乗訓練、ズボン上げ下げ訓練を行う。
□本人が退院までに頑張ること	※在宅復帰を果たすため、本人に頑張ってもらう内容を記載。 例）・自宅の居間からトイレ（約6m）の歩行を行えるよう、歩行訓練を行う。 ・日中はベッドから離れ、椅子に腰かけて過ごす習慣をつける。
□介護認定の必要性 （区分変更含む）	□あり　⇒　申請時期（　　）　誰が（　　） □なし　※介護認定の必要性「ありorなし」にレ点を入れる。時期、申請者を記載。
□住環境整備の必要性	試験外出・外泊　⇒　□あり　□なし 家屋調査　⇒　□あり　□なし 住宅改修　⇒　□あり　□なし ※各項目について「ありorなし」のみ、レ点を入れる。
□他科受診の必要性はないか	□あり⇒科名： □なし　※入院、治療中の疾患と他科の受診の必要性を確認。 ※受診科名を記載。
□想定される異常や緊急時の 対応についての指導および 理解内容の確認	※入院、治療、リハビリ等を行う中で想定されるリスクがあれば説明、内容の理解を求める。 例）・尿路感染による発熱を繰り返す可能性がある。抗生剤の連続投与にて 薬剤の効果が薄れる可能性がある。⇒説明の内容について家族は理解。 ・嚥下訓練、嚥下検査を行う中で誤嚥を起こす可能性がある。 ⇒内容について家族は理解するが、危険を伴う対応は避けて欲しいと希望。

退院前カンファレンス

目的：在宅生活（施設生活）の目標設定に向けて各職種が専門的な意見交換を行い安心して退院後生活が送れるよう支援の方向性を検討する（退院予定日：　　年　　月　　日）

実施日：平成　年　月　日　患者氏名（　　）病棟（　　）　記録者（　　）

①参加者	
②対象者の状況説明 （生活面：移乗・移動リハ状況 食事内容・介助、体位、保清 口腔ケア等） （医療面：医療機器、福祉機器 等の必要性、内服管理等）	※急性期治療終了後の本人の状況「生活面」「医療面」について簡潔に記載。 ※誰からの説明であったか内容の最後にカッコ書きで職種記載。 例）・病棟内の移動は歩行器を使用し付き添いにて可能。（Ns） ・褥瘡発生リスク高くエアマットを使用中。（Ns） ・リハビリに対し意欲的に取り組めている。（OT） ・内服薬の自己管理が困難。必要に応じた見守りを行う。（Ns） ・浴槽縁の跨ぎは困難。機械浴槽を使用している。（Ns） ・日中の排泄は誘導にてトイレを使用。夜間のみポータブルトイレを使用する。（Ns） ・便秘気味で3日排便なければ下剤使用にて排便を促す。（Ns）
③在宅復帰が可能か再確認	※在宅復帰について、中間カンファで確認した内容を再確認（〇〇する事で在宅復帰が可能）。 例）・妻の介護負担軽減を目的に週3回ヘルパー（身体介護）を提案、調整。介護負担減を図る。 ・嚥下訓練を継続。退院後の食事形態について家族へ再度、レクチャーを行う。 ・家族の総意にて生活保護の申請予定。費用面の負担減を図る。 ・訓練にて屋内の歩行が実用レベルとなった。
④退院後の生活の場	※退院後の生活の場を再度確認。参加者で意識を共有する。 例）・家族介護、サービス利用にて生活を計画。自宅へ退院を予定。 ・短期入所を利用しながら施設入所待機を行う。
⑤在宅等で生活を送る際の 課題（中間カンファからの 進捗も含めて）及び 課題解決方法または助言 （本人、家族、病院スタッフ、 施設及びケアマネ等がすべき こと）	課題① 解決策等⇒ 課題② 解決策等⇒ 課題③ 解決策等⇒ ※生活を送る上での課題（疾患、ADL、環境等）を確認し記載。 ※中間カンファからの進捗を確認し記載。 例）課題①：本人の糖尿病に関する意識が低く、コントロール不良。 解決策等⇒食事内容の指導を継続。定期検査を行い重篤化を未然防止。 課題②：介護者が高齢の妻のみ。介護量的に自宅での対応が困難。 解決策等⇒週2回、ヘルパー支援により自宅での入浴を行う。 週3回、程度のデイケア利用により機能訓練を継続する。 課題③：自宅トイレまで歩いて行けず排泄失敗を起こしてしまう。 解決策等⇒トイレ時の転倒防止を目的に動線上に手すりを設置する。 夜間のみポータブルトイレを使用する。
【確認事項】 □本人、家族の意向再確認 （思いの変化はないか）	【本人】 【家族（　　）】 ※中間カンファで確認した意向を再確認して内容を記載。 例）【本人】リハビリを頑張ってきた。自宅に帰りたい。 【家族】（長男夫婦）気持ちは変わらない。自宅で対応したい。 例）【本人】特に希望はない。皆が良いようにしたらいい。 【家族】（妻）在宅介護を手伝ってくれる方がいないと、私ひとりでは とても対応できない。
□本人、家族の役割やサービス 内容の提案等 （本人・家族・担当者との 意志統一）	※現状の課題や自宅において必要な対応を確認したうえで、 本人や家族、サービス担当者の役割を簡潔に記載、意識統一を行う。 例）・誤嚥の可能性が高いため退院後もSTによる嚥下訓練を続ける。 ・夜間はポータブルトイレを使用。準備、始末は家族に行ってもらう。 ・適宜の清拭は家族にて実施。週2回はデイケアで入浴を実施する。
□本人が退院までに頑張ること	※中間カンファ後取り組んできた内容の確認。退院に向け本人が実施する内容を記載。 例）・病棟内は引き続き歩行器で歩く。・食事をゆっくり食べるよう意識する。
□介護認定の必要性 （区分変更含む）	□あり　⇒　申請時期（　　）　誰が（　　） □なし　□申請済⇒結果（　※認定結果を記載　）
□住環境整備の必要性	試験外出・外泊　⇒　□あり　□なし　□済（　※特記を記載　） 家屋調査　⇒　□あり　□なし　□済（　※特記を記載　） 住宅改修　⇒　□あり　□なし　□済（　※箇所を記載　） 福祉用具　⇒　□あり（　※項目を記載　）　□なし
□他科受診の必要性はないか	□あり⇒科名： □なし　□済　⇒　結果（　※受診した結果を記載　）
□想定される異常や緊急時の 対応についての指導および 理解内容の確認	※退院後に想定されるリスク（疾患、ADL等）があれば説明、内容の理解を求める。 例）・誤嚥リスクが高いため適切な食事形態、トロミ使用を指導。⇒家族は理解。食事形態の指導を受けた。 ・ターミナル期、急変の可能性が高い。⇒家族は理解。訪看へ連絡するも積極的対応は望まず、自然経過を家族は希望。 ・発熱時は尿路感染が疑われるため、直ぐに受診するよう指導。⇒家族は理解。発熱時は早急な受診を行う。
□退院後カンファレンスの 必要性	□あり　⇒開催時期（　　）　確認事項（　※退院前の課題について　） □なし　参集範囲（　※職種を記載　） ※課題を残しての退院予定など、退院後カンファの必要性を判断。

退院前カンファレンスシート

＜様式E＞

目　的	在宅生活（施設生活）の目標達成に向けて各職種が専門的な意見交換を行い、安心して退院後生活が送れるよう支援の方向性を検討する ※退院に関わる問題点の明確化と目標の共有、お互いの役割を確認	
調整担当者	連携室、病棟看護師（医療側スタッフ招集と会議の運営）　ケアマネジャー（在宅・施設側スタッフ招集）	
開催場所	医療機関	
参集範囲	本人、家族、担当（医師、看護師、リハ職、管理栄養士、ケアマネジャー、相談員、サービス事業所スタッフ等）など	
実施時期	退院前1週間程度	
参加スタッフの役割	医師、看護師	現在の病状や治療についての情報提供、退院後の生活について留意点説明
	リハ職	入院中のリハビリ内容、状態についての情報提供、今後のリハビリ内容の提案、予後予測
	管理栄養士	入院中の食事の形態、摂取状況、退院後食事面での配慮が必要な点
	連携室	カンファレンスの進行、入院中に得た情報の提供、本人・家族の意向等　（家族の協力体制や経済面、認定情報等）
	ケアマネジャー、施設看護師、相談員等	本人の状態の情報収集。本人・家族の思いの伝達、在宅・施設での受け入れ態勢（予定）説明
	サービス事業所	個別援助計画書作成のための情報収集、本人の状態確認　　※特に医療系サービスは同席が望ましい
検討内容	【確認事項】 □本人、家族の意向の再確認　（思いに変化がないか等　本人・家族が同席出来ない場合は医療機関、在宅・施設側から情報提供） □入院中情報提供　（入院中の状況および退院後必要と思われる対応）　**※ホットネット連絡表** ＜生活面＞ 移動・移乗・リハ状況、食事内容・食事介助、排泄、寝具・体位交換・皮膚トラブル、入浴・保清の方法頻度、睡眠、更衣、口腔ケア 認知機能、精神面等 ＜医療面＞ ・必要な医療器具、福祉機器はあるか、使い方は習得できているか ・自宅（施設）で使用する消耗品はあるか ・定時薬、頓服薬はあるか、内服管理はできるか ・退院後の通院予定 □多職種と協働して日常生活動作等目標設定の再評価をし、本人、家族と共有 □退院後カンファレンスを実施するか　（医療機関側、在宅・施設側が必要と判断した時）	
留意事項	●本人・家族の理解度 ●外来、病棟間の情報共有	

＜様式F＞

退院(所)時情報連絡表

※退院(所)時にホットネット連絡表に添付して下さい

記入日: 年 月 日
情報提供日: 年 月 日
退院日: 年 月 日

様

記載者:所属( )氏名( )

1. 本人・家族の意向について

病気、障害、後遺症等の受け止め方	(本人) 病名告知 □ あり □ なし ( )
	(家族)
退院後の生活に関する意向 □ 退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽｼｰﾄ添付	(本人)
	(家族)

2. 課題認識のための情報

症状・病状の予後・予測	
退院にあたって在宅生活を送る上での阻害要因 □ 退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽｼｰﾄ添付	課題① 解決策等→ 課題② 解決策等→ 課題③ 解決策等→

3. その他

退院(所)時情報連絡表

※退院(所)時にホットネット連絡表に添付して下さい

記入日: 30 年 9 月 2 日
情報提供日: 30 年 9 月 5 日
退院日: 30 年 9 月 16 日

国東　さかし　様

記載者:所属(●●病院)氏名(▲▲ ▲▲)

1. 本人・家族の意向について

病気、障害、後遺症等の受け止め方	(本人) 認知症による病識低下あり、しっかり受け止める事が出来ない。 病名告知 ☑ あり ☐ なし ( )
	(家族) 病状説明を受けた。先生の指示通りの服薬、日に1200ccの補水を続けたい。
退院後の生活に関する意向 ☐ 退院前カンファレンスシート添付	(本人) 身体はどうもない。早く家に帰りたい。
	(家族) 自宅は本人と二人なので急な発熱時等の対応に不安がある。また、本人の介護から一旦遠ざかってみて、今まで私の身体に無理がかかっていた事を理解した。今後はサービス利用を前向きに考えたい。

2. 課題認識のための情報

症状・病状の予後・予測	腎盂炎による発熱を繰り返す可能性、尿閉の可能性もある。今後は、バルンカテーテルの留置が必要になる可能性がある。
退院にあたって在宅生活を送る上での阻害要因 ☐ 退院前カンファレンスシート添付	課題① 急な発熱、尿閉を引き起こす可能性がある。 解決策等→ ・訪問看護の導入による医療管理、緊急時の対応、医師との連携を行う。 ・妻による内服薬の管理、指示に基づいた水分補給を行う。 課題② 認知症の進行に伴う身体介護量の増加。 解決策等→ ・電動ベッド、据え置き手すり、歩行器を用いた環境整備を行う。 ・通所リハビリを利用しリハビリ機会を持つ。 課題③ 妻以外に自宅に介助者がいない。 解決策等→ ・短期入所の利用により妻の介護負担軽減を図る。 ・沖縄、東京在住の娘たちと連絡をとり今後の方向性を検討する。

3. その他

入院後の抗生物質点滴、内服管理、水分管理により症状は改善。しかし、今後も同様の症状を繰り返す可能性があるため注意が必要です。必要に応じて訪問診療、訪問看護の導入を検討してはいかがか。

認知症の進行に対するADLへの支障が顕著。繰り返しの説明、助言に対しての理解が困難。自宅では妻のみの対応が困難と思われる。病棟からも「奥さん一人で抱えるのではなく、短期入所等を利用してみては？」と助言を行った。対して、少しずつサービス利用を行って見ようかとうかがえる。

退院後カンファレンスシート

＜様式G＞

目　的	在宅生活（施設生活）が円滑に送れ、予定していた支援が行われているか情報共有し、再検討が必要な点はないかを検証する	
調整担当者	ケアマネジャー（在宅・施設側スタッフ招集、会議の運営）　　連携室、看護師（医療側スタッフ招集）	
開催場所	医療機関または在宅、施設	
参集範囲	本人、家族、担当（医師、看護師、リハ職、管理栄養士、ケアマネジャー、相談員、サービス事業所スタッフ等）など	
実施時期	退院後2週間～1ヶ月程度	
参加スタッフの役割	医師、病棟看護師	外来受診状況や治療についての情報提供、退院後の生活について留意点説明
	リハ職	退院後のリハビリ実施状況
	管理栄養士	食事面での配慮が必要な点の助言
	連携室	補足する情報があれば提供
	ケアマネジャー、施設看護師、相談員等	カンファレンスの進行、本人・家族の状況、サービス提供状況の情報提供、課題等
	サービス事業所	本人の利用状況報告、課題等　　※特に医療系サービスは同席が望ましい
検討内容	【確認事項】 □本人、家族の意向（思いに変化がないか等　本人・家族が同席出来ない場合は医療機関、在宅・施設側から情報提供） □退院後の情報提供　　**※ホットネット連絡表** ＜生活面＞ 移動・移乗・リハ状況、食事内容・食事介助、排泄、寝具・体位交換・皮膚トラブル、入浴・保清の方法頻度、睡眠、更衣、口腔ケア 認知機能、精神面等 ＜医療面＞ ・医療器具、福祉機器等は上手く使えているか ・定時薬、頓服薬の内服管理はできているか ・退院後の通院はできているか 【検討事項】 □身体状況に変化はないか　　□再入院になっていないか □予定のサービスが円滑に導入、利用できているか　　□介護者の負担が増大していないか □退院前に課題となっていたことが解決に向かっているか　　□本人・家族が不安なく過ごせているか □新たに生じた課題や問題点はないか	
留意事項	●本人、家族の自己決定を尊重した退院支援プロセスになっていたか ●情報、アセスメント不足による問題が生じていないか	