

## 退院時連携シート

居宅介護支援事業所： △△居宅介護支援事業所

介護支援専門員： 大雪 春子

**留意事項**

- ①このシートは、ケアマネジャーが医療機関から情報を得て記入し、ケアプランの作成に反映するものです。
- ②医療機関は、ケアマネジャーの聞き取りを想定し、準備しておきます(事前の記入が可能であれば記入)。

入院先： □□病院

入院日： R4年1月15日

退院(予定)日： R4年2月17日

属性	フリガナ	アサヒカワ ハナコ		生年月日	昭和 15 年 9 月 8 日		
	氏名	旭川 花子 様		年齢	( 81 歳)		
退院時の要介護度		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更					
入院概要	入院原因疾患	糖尿病による血糖コントロール不良のため					
	退院後の医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 入院していた病院 (次回受診日: 令和4年3月2日 )			受診方法	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
		<input type="checkbox"/> 入院前のかかりつけ医 (医療機関名: )				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
<input type="checkbox"/> その他の医療機関 (医療機関名: )			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療				
受け止め/意向	病気、障害、後遺症等の受け止め方			退院後の生活に関する意向			
	本人	本人への病名告知 : <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 病気については理解されている。			本人	体調を整えて、自宅で穏やかに過ごしたい。	
	家族				家族	日中、一人になる時間が長いため、不安なく生活できるように環境を整えていただけるとありがたい。	
退院後に必要な事柄	医療処置等			在宅復帰のために整えなければならない要件			
	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"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ストーマ (尿路・消化管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" 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) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )			訪問看護を導入し、血糖コントロール、認知機能の確認、服薬状況の確認を行う。		
	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 <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 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input checked="" 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 <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 ( )			筋力の低下があるため、自宅で生活するためには、筋力をつける必要がある。 デイケア又はデイサービスでの運動が必要。		
	禁忌事項	禁忌の有無	禁忌の内容・留意点				
		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
症状・病状の予後・予測		認知機能の低下により、服薬や食事の管理に支援が必要となる					
退院に際しての日常生活の阻害要因 (心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見 (今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか (合併症)、良くなっている又はゆっくり落ちていく方向なのか等) について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。  約1か月間の入院により筋力が低下し、ふらつきがあるため、転倒のリスクが高い。また、自宅では一人になる時間が多く、間食が増えることが予測されるため、血糖コントロールに対する支援が必要。					

		状況				特記事項・支援内容等			
麻痺の状況		なし	あり ( )						
褥瘡の有無		なし	あり ( )						
現在治療中の疾患		1 アルツハイマー型認知症 2 糖尿病 3 骨粗鬆症							
疾患の状況※番号記入		安定 ( 1, 3 )		不安定 ( 2 )					
A D L	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助				
	移動 (室内)	自立	見守り	一部介助	全介助				
		杖	歩行器	車いす	その他				
	移動 (屋外)	自立	見守り	一部介助	全介助				
		杖	歩行器	車いす	その他				
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助				
	更衣	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	シャワー浴	一般浴	機械浴	行わず			
	排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助			
		排便	自立	見守り	一部介助	全介助			
		ポータブルトイレ	なし	夜間のみ		常時使用			
		オムツ/パッド	なし	夜間のみ		常時使用			
	食事	摂取方法	経口	経管栄養	水分とろみ	なし	あり	入院時と同じく、1日1,600kcalの指示あり。	
食事の摂取		自立	見守り	一部介助	全介助				
食事制限		不明	なし	あり ( )					
食事形態		普通	きざみ	嚥下障害食	ミキサー				
UDF等の食形態区分									
水分制限		不明	なし	あり ( )					
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる		常にむせる				
	義歯	なし	あり (部分・総)	入院中の使用	なし	あり			
	口腔清潔	良		不良	著しく不良				
睡眠		良	不良 ( )		眠剤の使用	なし	あり		
コミュニケーション能力	視力	問題なし		やや難あり	困難				
	眼鏡	なし	あり	補聴器	なし	あり			
	聴力	問題なし	やや難あり		困難				
	言語	問題なし	やや難あり		困難				
	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 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 ( )					【精神面】 入院中は、看護への抵抗や幻視等もなく、穏やかに過ごされていた。		
服薬管理	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者 ( 病棟管理 )							
	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 <input type="checkbox"/> 服薬拒否							
情報交換	回目	聞き取り日 (面談日)		情報提供者の職種・氏名			メモ (面会, 連絡先等)		
	1	R4年2月14日		<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハ職 <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> その他 ( ) 氏名 ( 旭 太郎 )			面会		

身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について