

岐阜医療圏

退院支援ルール

本ルールは平成30年度岐阜県から委託された岐阜医療圏退院支援ルール策定事業の中で岐阜市医師会、岐阜地域急性期病院等医療・介護連携協働ネットワークにおいて策定されたものです

平成31年3月



目次

退院支援ルールA 入院前に介護認定を受けている場合	2
退院支援ルールB 入院前に介護認定を受けていない場合	5
入退院支援にかかる 診療報酬及び介護報酬	7
入院時情報提供シート	9
退院支援情報提供シート	10
各施設の情報提供の窓口	11
居宅介護支援事業所一覧	11
地域包括支援センター	16
在宅医療・ 介護連携支援(サポート)センター	18



目的

この退院支援ルールは岐阜医療圏域の主たる病院に入院し、退院時に何らかのケアを必要とする（障害がある、癌末期、医療機器を要する等）患者が在宅療養（施設を含む）へ移行する際に、かかりつけ医、ケアマネジャー（以後地域包括支援センター担当職員を含む）、訪問看護師等に迅速、着実に引き継ぐために策定されたものです。入院時点から退院前カンファレンスを経て、退院後までの情報共有ルールを策定し、地域内で多職種が共有・周知することにより、在宅医療への推進・均てん化を図ることが目的です。

本ルールの対象者

- 入院時に介護保険サービスを利用していた方
- 退院後に介護保険のサービスが必要となる方
- その他退院支援が必要だと判断された方

留意事項

本ルールは病院関係者と在宅医療・介護担当者が連携して、患者が入院治療から在宅療養へスムーズに移行するため、退院後の患者の生活の質を落とさないための基本的な流れを示したものであります。担当者は各患者の事情、施設の事情を鑑み、情報共有の方法、退院支援のための指導、退院前カンファレンスの開催等は調整して決定してください。

また、添付した入院時情報提供シート、退院支援情報提供シートは参考様式であり、各病院、事業所の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や、今後改訂する際の参考にしてください。

※本ルールは施行当初は以下の11施設において運用されますが、
将来的には岐阜医療圏の主な病院にて運用される予定です。

岐阜大学医学部附属病院

岐阜県総合医療センター

岐阜市民病院

長良医療センター

岐阜赤十字病院

羽島市民病院

東海中央病院

岐北厚生病院

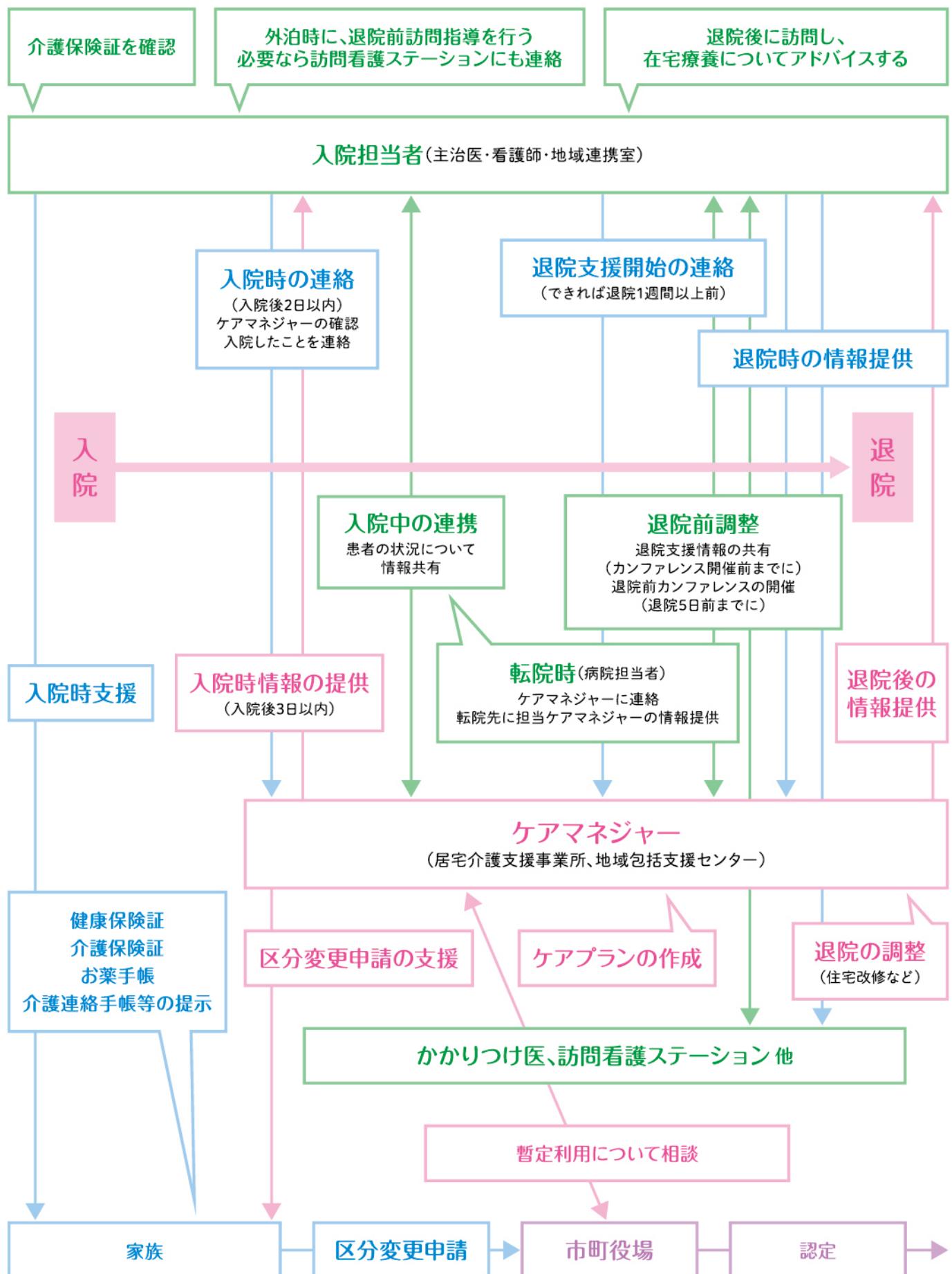
松波総合病院

岩砂病院・
岩砂マタニティ

朝日大学病院

退院支援ルール A

入院前に介護認定を受けている場合



1

入院前の支援

- 入退院支援加算を算定する患者が予定入院する場合は、入院前に外来にて、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立てる。
- 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報を把握する。
- 褥瘡に関する危険因子を評価する。
- 栄養状態の評価
- 持参薬・お薬手帳の確認
- 入院中に行われる治療・検査の説明
- 入院生活の説明
- 介護保険証の有無の確認、介護連絡手帳等の確認
- 退院困難な要因の有無の評価



退院困難な要因(以下のいずれかに該当する場合)

- 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
- 緊急入院であること
- 要介護認定が未申請であること
- 虐待を受けている又はその疑いがあること
- 医療保険未加入又は生活困窮者であること
- 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
- 排泄に介助を要すること
- 同居者の有無に関わらず、退院後に医療処置が必要なこと
- 入退院を繰り返していること

2

入院時の連絡

- 病院担当者は、患者が入院前に介護保険サービスを利用していたことを確認したら、すみやかに(可能な限り入院後2日目までに)患者を担当しているケアマネジャーに入院の連絡を入れる。
- ケアマネジャーは、利用者(要介護・要支援とも)の入院が分かったら、すみやかに(可能な限り入院3日目までに)「入院時情報提供シート」等により病院担当者に利用者の情報を提供する。
- 病院担当者とケアマネジャーは、お互いにすみやかな入院時の連絡に努める。
- 情報提供する際は、個人情報の保護に十分留意し、細心の注意を払う。
- ファックスやメールでやり取りする場合は先方が受け取ったことを確認し、居宅サービス計画等に記録すること。

病院担当者が患者のケアマネジャーを確認する方法

- 入院時の本人・家族への聞き取り、介護保険証・介護連絡手帳等の確認

ケアマネジャーが利用者の入院に早く気付くための工夫

- 利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネジャーの名刺を挟んでおく
- 利用者に介護保険証を健康保険証と一緒に保管するよう勧める
- 本人、家族に入院が決まったらケアマネジャーに伝えるよう説明しておく
- 介護サービス事業所に利用者の入院に気付いたらケアマネジャーに連絡するよう依頼しておく
- 契約時には患者あるいは家族に個人情報の扱いについて説明をし、承諾書を取る

3

入院中の連携

- 病院担当者とケアマネジャーは、入院期間の見込みや患者の状態等について、入院時から退院日まで連携して情報共有に努める。



4

退院支援開始の連絡

- 病院担当者は、患者が在宅等へ退院できると判断できれば、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間(ケアプランの作成、各事業所との調整等の期間)を考慮して、入院時情報提供があったケアマネジャーに退院支援開始を連絡する。

5

退院前調整

- 病院担当者は退院支援に必要な情報を退院前カンファレンスまでにケアマネジャー他退院後に係る多職種と共有する。(「退院支援情報提供シート」は情報共有のツールとして活用する。)
- 退院支援情報提供シートは必要な部分を埋める。必要に応じて、看護サマリー、主治医からの情報提供書を添える。
- ケアマネジャーは退院日までに訪問看護、訪問介護、通所介護、住宅改修や福祉用具の貸与など在宅療養の環境整備の支援をする。

6

退院前訪問指導

- 入院期間が1か月を超えると見込まれる患者に対しては、可能であれば病院担当者は患者の外泊などに合わせて退院前に患者を訪ね、在宅療養に備えるための指導を行う。その際、必要であればケアマネジャーも訪問し、指導する。

7

退院前 カンファレンス

- 病院担当者は、患者が在宅等へ退院できると判断された時点で、速やかに退院前カンファレンスを招集する。本ルールの対象者に対しては原則的にすべてカンファレンスを開く努力をする。なお、やむを得ない理由でカンファレンスが開催できない場合は、病院担当者はケアマネジャーと退院後の支援について綿密に打ち合わせを行い、その他の在宅を担当する職種にもなるべく早い時期に情報提供をする。
- カンファレンスのメンバーは各患者の疾患、病状により、連携するケアマネジャーと協議して決定する。

参加を検討すべきメンバー

患者、家族、病院主治医、在宅かかりつけ医、かかりつけ歯科医、病棟看護師、訪問看護師、病院薬剤師、病院リハビリ、かかりつけ薬局、訪問リハビリ、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、病院栄養士、訪問介護員、施設担当者、福祉用具、福祉関係者

病状により特に招集すべきメンバー

a. 在宅医療に移行する患者

病院主治医、在宅かかりつけ医、在宅かかりつけ歯科医、病棟看護師、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー

b. 麻薬を使用している患者や、中心静脈栄養が必要な患者

上記aに加えて病院薬剤師、かかりつけ薬局

c. 脳血管疾患、神経疾患、外傷等で障害のある患者

上記a、bに加えて病院リハビリ、在宅リハビリ、福祉用具

d. 独居患者、家族の介護力が弱い患者

上記a、b、cに加えて訪問介護員

e. 施設入所予定者や通所介護サービスの利用予定者

上記aに加えて施設担当者



- カンファレンス開催時間は上記メンバーがおおむね参加できる時間帯で調整する。

- カンファレンスはできるだけ1時間以内で行う。

- カンファレンスの内容は当日参加できなかった退院後に関わる職種には情報提供する。

8

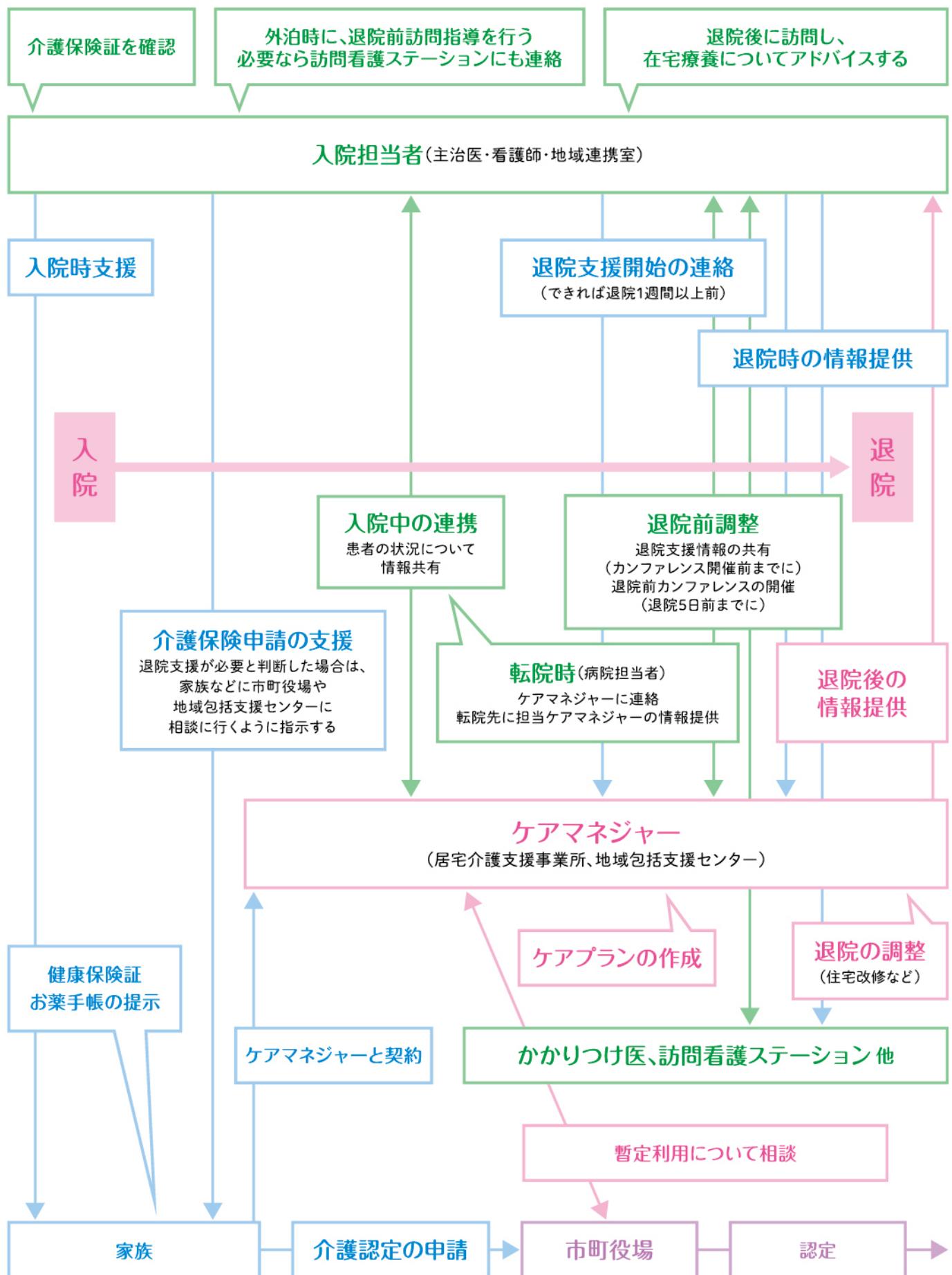
退院時・退院後の情報提供

- 病院担当者は、看護・介護の引継ぎ書(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、服薬内容等)をケアマネジャー、訪問看護師に提供する。
- ケアマネジャーは、原則として患者の退院後にケアプランの写しを病院に提供する。
- 病院担当者(病院主治医の指示を受けた看護師、保健師、助産師等)は必要に応じて訪問看護師とともに退院後の患者を訪ね、退院後の状態を把握し、在宅での療養についてアドバイスをする。

※転院時の連絡

- 病院担当者は、患者が転院することが決まったら、すみやかにケアマネジャーに転院の連絡を入れるとともに、転院先の病院に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供を行う。

入院前に介護認定を受けていない場合



2

介護保険申請の支援

65歳以上の患者

- 病院担当者は、患者が介護保険サービスの利用を希望する場合や、病院担当者が退院支援を必要と判断した場合は、家族などに居住地の市町役場または地域包括支援センターに介護保険サービスの利用について相談に行くよう説明する。あるいは、病院担当者が地域包括支援センターに直接連絡し、支援を要請する。

40歳以上64歳以下の患者

- 病院担当者は、患者が介護保険の対象となる特定の疾病で上記の状態であった場合は、家族などに居住地の市町役場または地域包括支援センターに介護保険サービスの利用について相談に行くよう説明する。あるいは、病院担当者が地域包括支援センターに直接連絡し、支援を要請する。

3

担当ケアマネジャーの連絡、入院中の連携

- ①入院前の支援
- ④退院支援開始の連絡
- ⑤退院前調整
- ⑥退院前訪問指導
- ⑦退院前カンファレンス
- ⑧退院時・退院後の情報提供

ケアマネジャーがいる場合と同じ



入退院支援にかかる診療報酬及び介護報酬

(平成30年4月現在)

① 診療報酬

入院時支援加算 200点

入院の予定が決まった入退院支援の対象となる患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有した場合に所定点数に加算する。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ② 榛瘡に関する危険因子の評価
- ③ 栄養状態の評価
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

入退院支援加算1 600点または1200点

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、次に掲げる入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に対して入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の転院(1回の転院に限る。)を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

入退院支援加算2 190点または635点

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、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に対して、入退院支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

地域連携診療計画加算 50点

イ 当該保険医療機関において入退院支援加算の届出を行っている病棟に入院している患者(あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う他の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限る。)について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

- ロ 他の保険医療機関からの転院(1回の転院に限る。)患者(当該他の保険医療機関において当該加算を算定したものであって、当該患者の同意を得た上で、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限る。)について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。

介護支援等連携指導料 400点

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、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又は相談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又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉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。

退院前訪問指導料 580点

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、患者を訪問し、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。

退院時共同指導料2 400点

- 1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当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、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当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。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士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、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当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在宅療養担当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1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。
- 2 上記1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び在宅療養担当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、下記3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。
- 3 上記1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当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。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

退院後訪問指導料 580点

- 1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月(退院日を除く。)を限度として、5回に限り算定する。
- 2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の保健師、助産師、看護師又は准看護師と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。

② 介護報酬(介護予防支援の場合は対象とならない)

入院時情報連携加算

利用者が医療機関に入院するに当たって、医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから3日ないし7日以内に情報提供した場合は、利用者1人につき一月に1回を限度として所定単位数を加算。

入院時情報連携加算(I) 200単位／月

・入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない)

入院時情報連携加算(II) 100単位／月

・入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)

カンファレンス参加なし 1回 450単位、2回 600単位

カンファレンス参加あり 1回 600単位、2回 750単位、3回 900単位

退院・退所加算

医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定。ただし「連携3回」算定できるのは、1回以上について、入院中の担当医等との会議(退院時カンファレンス等)に参加し、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合。

入院時情報提供シート

介護支援専門員 → 病院

記入日 年 月 日 情報提供日 年 月 日

事業所名		電話番号				
担当者名		FAX番号				

ふりがな 氏名				生年 月日 年 月 日	□明 □大 □昭 年 月 日	年齢	歳	性別 □男 □女
住所	〒					電話番号		
緊急時連絡先	氏名		住所			続柄	電話番号	
			〒					
			〒					
家族構成図		かかりつけ医	医療機関名			電話番号		
主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性			医師名			□通院 □訪問診療		
		かかりつけ歯科医	医療機関名			電話番号		
			歯科医師名					
		かかりつけ薬局	薬局名			電話番号		
既往歴・病歴		要介護度	□申請中	□区分変更中	□要支援()	□要介護()	□未申請	
			有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)					
		サービス利用状況・サービス事業所名()						
障害者手帳 □無 □有(級) 特定疾患医療受給者証 □無 □有		<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回 / 週)() <input type="checkbox"/> 訪問リハ (回 / 週)() <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回 / 週、うち医療保険回 / 週)() <input type="checkbox"/> 通所介護 (回 / 週)() <input type="checkbox"/> 通所リハ (回 / 週)() <input type="checkbox"/> 短期入所 (回 / 週)() <input type="checkbox"/> 施設入所 () <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容：) <input type="checkbox"/> その他 ()						
生活歴(職歴、趣味等)								
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具使用 介護タクシー:□要 <input type="checkbox"/> 不要			
口腔内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯:□有(□適 <input type="checkbox"/> 不適) <input type="checkbox"/> 無 嘔下障害:□有 <input type="checkbox"/> 無 口腔清掃:□良 <input type="checkbox"/> 悪			
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(□糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他(食))			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食:□米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] □食形態連携表参照			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食:□通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(□とろみ付)			
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□自宅(□浴槽 <input type="checkbox"/> シャワーのみ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭のみ			
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ(□常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名() <input type="checkbox"/> 無			
日常生活自立度		□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						
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<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 特記事項()						
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()						
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()							
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()							
患者・家族の意向等 その他連絡事項								

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。(2019年3月第3ネットワーク専門部会2発行)
この情報は、 年 月 日現在のものです。

退院支援情報提供シート

病院 → 在宅担当者

情報提供者	担当者			電話番号			(内線) FAX番号	記入日 年月日 情報提供日 年月日	
		主治医	科		Dr	メールアドレス		年齢	性別
ふりがな				生年 月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日	年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名									
住所	〒				電話番号				
緊急時連絡先	氏名		住所			続柄	電話番号		
			〒						
			〒						
家族構成図		かかりつけ医		医療機関名			電話番号		
主・介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性				医師名			訪問診療 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
		かかりつけ歯科医		医療機関名			電話番号		
				歯科医師名					
		かかりつけ薬局		薬局名			電話番号		
診断名		要介護度		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 未申請					
		地域連携パス適応		<input type="checkbox"/> 有 パス名() <input type="checkbox"/> 無			特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		障害者手帳		<input type="checkbox"/> 有(□身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神)(級) <input type="checkbox"/> 無(□申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定)					
		残存する障害		麻痺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位) 言語: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(□構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症)					
入院経過									
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助					
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 介護タクシー: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
口腔内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有(□適 <input type="checkbox"/> 不適) <input type="checkbox"/> 無 嘔下障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 口腔清掃: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪				
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(□糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他(食))				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] <input type="checkbox"/> 食形態連携表参照				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(□とろみ付)				
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(□浴槽 <input type="checkbox"/> シャワーのみ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭のみ				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ(□常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名() <input type="checkbox"/> 無				
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							
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<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 特記事項()							
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()							
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()								
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()								
患者・家族の意向等 その他連絡事項									
その他									

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。(2019年3月第3ネットワーク専門部会2発行)
この情報は、 年 月 日現在のものです。