

# 5. 病院の入退院における多職種連携ルール

## 入退院の現状と課題

患者が入院、退院したという連絡が、家族や病院から関わっていた在宅関係者に入らないことがあったり、医療側と介護側の連携が不十分なケースがある。また、生活困窮、障害、虐待、老老介護などの複合的な課題が絡み、医療機関が退院支援に苦慮するケース等がある。

## 目的

医療と介護が連携を図ることにより、病院から在宅への復帰を円滑にし、市民が、退院後も安心して療養できる環境をつくる。

## 作成経過

多職種連携ルール作成にあたり、より多くの医療関係者の意見を反映するために、市内56病院へルール（素案）を送付しアンケート聴取を行った。その後、病院協会をはじめ、岡山市医師会、岡山市内医師会連合会、岡山市薬剤師会、介護支援専門員協会、訪問看護ステーション連絡協議会等様々な関係者から意見聴取を行い、在宅医療分科会にて検討しルールを決定した。

## ルールの特徴

	特徴	趣旨
1	病院と在宅の流れを具体的に明文化している	・病院側と、在宅側のそれぞれの役割を確認することにより切れ目ないサービスにつながることが期待できる
2	病院内の動きや、確認事項を明文化している	・病院内では、退院支援に関して地域連携室や退院支援看護師が主に対応に当たっている。退院支援担当者のみでなく、院内の他部署の動きを記載することにより院内の連携がスムーズにいくことが期待できる
3	退院後の情報共有・連携を明記している	・退院後の連携が途切れないように、その後の情報共有の方法や連携先、役割分担を確認することにより継続した支援が可能になる
4	困難事例の相談窓口の設置について明記	・生活困窮、障害、虐待、老老介護などの複合的な課題が絡み退院困難なケースに関し、相談窓口として地域ケア総合推進センターが、病院の調整作業を支援することにより在宅への移行がスムーズになることが期待できる

## 病院の入退院における多職種連携ルール

### 【活用に当たって】

このルールは医療・在宅関係者の皆さまからのご意見をお聞きし、課題を解決するために基本的な流れを示したものです。患者・家族の状況、病院の機能に合わせ、関係者間で調整しながらすすめていきましょう。

日頃からの備え	<p>病院と在宅側で常日頃から情報共有を心がけておく</p> <p><b>&lt; 病院スタッフ &gt;</b></p> <p>(1) 病院の情報窓口を決めておき、円滑な連携となるよう心がける</p> <p>(2) 研修などを利用、関係機関との連携により、社会資源、在宅療養現場について理解を深めておく</p> <p>(3) 病院外来通院中の方について、必要時、地域の在宅主治医との連携を深めておく</p> <p>(4) 健康保険証・介護保険証・担当ケアマネジャーの名刺・お薬手帳・在宅主治医の診察券・障害者手帳、患者自身のセルフケアの記録などをセットで保管しておくよう伝えておく</p> <p>(5) 日頃から本人や家族、医療・介護の専門職と今後の治療や療養について話し合い、意向を確認しておく</p>
	<p><b>&lt; 在宅スタッフ &gt;</b></p> <p>(1) 「病院は治療の場」「入院は短期間」と理解し、本人・家族とともに認識を共有しておく</p> <p>(2) 本人、家族へ名刺を健康保険証・介護保険証・お薬手帳・在宅主治医の診察券・障害者手帳などとともに保管してもらい、氏名と連絡先が分かるようにしておく。入院した時は、在宅主治医、ケアマネジャー等へ連絡することを伝えておく</p> <p>(3) 本人・家族から事前に情報提供同意書を取り、いざというときに専門職で情報共有ができるようにしておく</p> <p>(4) 日頃から本人や家族、医療・介護の専門職と今後の治療や療養について話し合い、意向を確認しておく</p>
	<p><b>&lt; 在宅主治医 &gt;</b></p> <p>(1) 病院、在宅スタッフとの連携を深めておく</p> <p>(2) 日頃から本人や家族、医療・介護の専門職と今後の治療や療養について話し合い、意向を確認しておく</p> <p>(3) いざという時、個人情報をご関係機関へ提供することについて、本人・家族に説明し了承を得ておく</p>
	<p><b>&lt; 病院スタッフ &gt;</b></p> <p>入院後 3 日目くらいまでには、在宅主治医、ケアマネジャー等確認し、入院の連絡、情報収集を行う</p>

**○介護保険認定あり**

退院 2 週間前位までには「退院支援が必要な患者」に対して「退院支援の開始の基準」に合致するかを判断し、必要な場合にはケアマネジャー等に連絡する  
 入院が長期になる場合や、入院期間が未定の場合にも入院後 2 週間程度を目安に入院状況や退院見込み等をケアマネジャー等に中間連絡する（その後も必要に応じて適宜連絡を取り合うようにする）

**○介護保険認定なし**

介護サービスが新規に必要なと思われる入院患者に対して、介護保険申請及びケアマネジャーを決定するための支援を行う。尚、介護保険申請及び認定手続きに約 1 ヶ月を要する為、速やかに申請手続き及びケアマネジャーを決定できるように努める

**「退院支援が必要な患者」（スクリーニング項目）**

- ・ 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
- ・ 緊急入院
- ・ 要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べ ADL が低下（排泄、食事、立ち上がり等に介助が必要になる等）し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・ 退院後に医療処置（経管栄養、吸引、インシュリン、在宅酸素等）が必要
- ・ 入退院を繰り返している など

※「退院支援開始の基準」本人・家族が在宅を望んでおり、病状がある程度安定し在宅での介護が可能

※他院への転院や施設入所の場合、転院先、施設、担当ケアマネジャー等への連絡・調整を実施

**参考：退院に際し注意が必要な患者**

（状況に応じて退院支援が必要となる場合がある）

- ・ 独居、高齢者世帯またはそれに近い方で、身の回りの介助が必要
- ・ 食事制限、栄養指導が必要 ・ 服薬管理に注意が必要
- ・ アルコール等の依存症がある ・ 精神疾患、難病
- ・ その他 病院、在宅スタッフのアセスメントにより必要と考える方

⇒退院支援を行わない場合でも、必要であれば地域包括支援センター、保健センター、障害者生活支援センター等へ連絡を入れておく

**< 在宅主治医 >**

緊急で患者さんを病院に紹介する際、または患者さんが入院した際は病院へ情報提供する

**< 在宅スタッフ >**

入院を把握次第、病院に情報提供をする。また病院から入院の連絡があった場合には介護情報、生活情報、本人・家族の思い、生活の見立てなどを病院へ情報提供する

**<病院⇒全職種>**

**【感染症等の検査データについて】**

病院主治医へ確認し、療養や介護において配慮を要する血液・細菌培養・画像検査等の検査データを在宅で支援する多職種と共有する

**【病状・予後余命の説明とそれに対する本人・家族の希望】**

患者・家族に説明した病状、予後、それに対する思いを在宅での支援者と共有する

**【医療処置についての説明】**

在宅酸素など継続が必要な医療処置があるときは、家族に説明し、説明した内容を在宅で支援する多職種と共有する

**【薬剤の処方について】**

薬剤 (IVH 等) の処方内容および、退院後すぐに使用する薬剤 (IVH 等) 衛生材料等の準備状況を在宅で支援する多職種と共有する

**【排便コントロールについて】**

退院前に排便状況を確認し、在宅で支援する多職種と共有する

**【ADL】**

歩行、リハビリ、食事、排泄、睡眠、口腔ケアなどの状況を多職種と共有する

**【家族への介護方法の指導状況および家族の習得状況について】**

家族への介護方法 (オムツの交換等) の指導状況とその習得状況を、在宅で支援する多職種と共有する

**【家族への医療処置の管理指導の状況および家族の習得状況】**

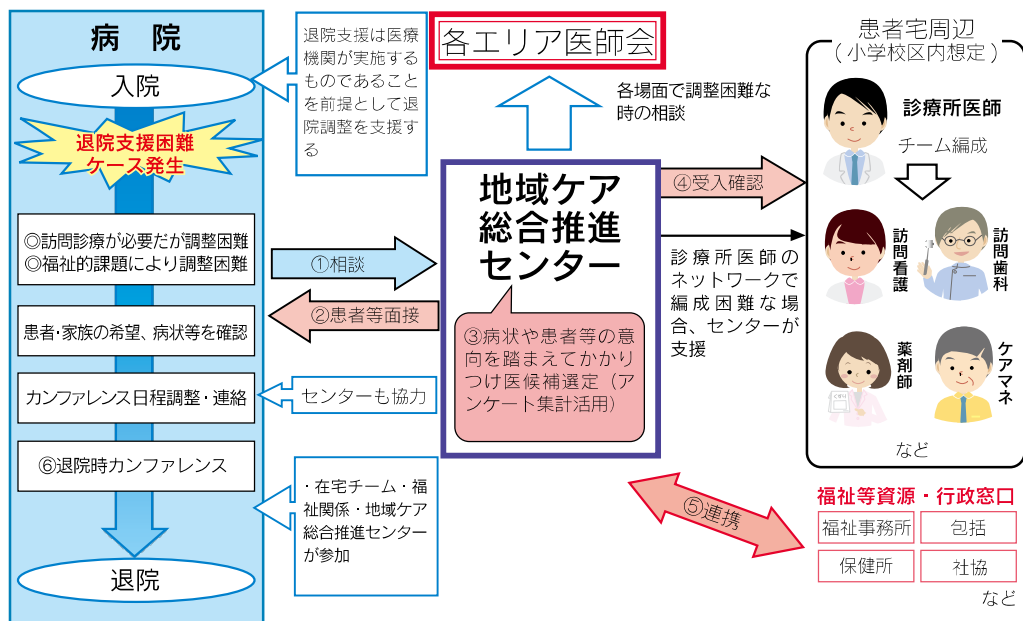
点滴の管理、ストマの交換等の医療処置の指導状況と家族の習得状況を、在宅で支援する多職種と共有する。また、自宅で行える方法や自宅にある物品を使って指導する

**<在宅スタッフ⇒病院>**

**【患者・家族に関する情報】**

患者が入院する前から知っている患者の性格や家族の希望などの患者や家族の情報を多職種と共有する

※複合課題を抱える患者など、調整困難なケースについては必要に応じ、地域ケア総合推進センターへ相談 TEL:(086)242-3170



<b>④ 退院時カンファレンスの準備</b>	<p><b>&lt;病院⇒全職種&gt;</b>  <b>【退院日について】</b>  退院時期の目処がたったら（できるだけ早めに）、在宅で支援する多職種に連絡する。また、患者の病状や家族の希望により退院が早まる場合は、できるだけ在宅主治医、ケアマネジャー等在宅で支援する多職種に連絡する</p> <p><b>【日曜日の退院について】</b>  日曜日に退院する場合は、サービス提供できる事業所数が少なく、また連絡が取りづらいため、前もって在宅チームと情報共有を十分にしておく</p> <p><b>【退院時カンファレンスの開催について】</b>  退院時カンファレンスや担当者会議をできるだけ開催し、医療や介護に関する情報を共有する</p> <p><b>【退院時カンファレンスの日程について】</b>  退院時カンファレンスの日時が決定次第、在宅で支援する多職種に連絡する。退院時カンファレンスに出席できない職種からは事前に情報収集しておく。また、在宅で支援する多職種と退院時カンファレンスの内容を共有する</p> <p>※退院日の連絡、退院時カンファレンス開催日の連絡等、在宅側で中心となる職種と相談し、確実な方法で関係者に伝える</p> <hr/> <p><b>&lt;ケアマネ⇒全職種&gt;</b>  <b>【ケアプランの作成について】</b>  患者や家族の希望を聞き、医療職と相談して患者に適したケアプランを作成するとともに、多職種と共有する</p>
<b>⑤ 退院時カンファレンスの開催</b>	<p><b>&lt;全職種&gt;</b>  <b>【退院時カンファレンスの開催について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時カンファレンス前から、情報共有をスムーズにしておく</li> <li>・退院時カンファレンスは、お互いの情報共有の場とするため、できるだけ参加する。また、退院時カンファレンスに出席できなかった関係者に対し、在宅側で中心となる職種と相談し、退院時カンファレンスの内容等を確実な方法で関係者に伝える</li> </ul> <p><b>【退院時カンファレンス後に患者の状態が変化したとき】</b>  退院時カンファレンス後に、患者の病状が悪化するなど大きく変化した場合、病院は、在宅主治医等在宅での支援者と共有し、退院日などを再度検討する</p> <hr/> <p><b>&lt;病院⇄全職種&gt;</b>  <b>【退院時カンファレンス開催】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 現在までの経過と治療（病院主治医または看護師が説明）</li> <li>2 入院中のADLとケア <ol style="list-style-type: none"> <li>①移動と移乗、入院中のリハビリテーション</li> <li>②食事の内容と食事介助の方法、③排泄について</li> <li>④寝具と体位変換、皮膚のトラブルの有無など、⑤保清の方法と頻度</li> <li>⑥睡眠・更衣・口腔ケア・その他、⑦認知機能・精神面</li> <li>⑧行っている医療処置</li> </ol> </li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅スタッフが退院後の状態変化に向けてあらかじめ準備できるように、医療の予後予測について伝える</li> <li>・退院時の処方と医療器具のメーカー・規格。また、使い方は誰がどの程度習得できているか</li> <li>・帰ってから使用する消耗品の準備について</li> </ul>

<b>⑤退院時カンファレンスの開催</b>	<p>⑨介護指導の内容と計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護方法、介助方法は習得できているか</li> </ul> <p>⑩薬剤について（内服方法・管理など）</p> <p>⑪本人・家族の希望と心配なこと</p> <p>⑫ケアプランの説明（ケアマネジャーが説明）</p> <p>⑬ケア・サービスの調整</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院日：退院後に利用する医療・介護の事業所等も退院日を知っているか</li> <li>・退院後のサービスの日程など</li> </ul> <p>⑭緊急連絡先や方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者や家族が、体調が変わった時の緊急連絡先や方法の確認</li> </ul> <p>⑮その他</p> <p>参考：別紙「退院時役割分担表」を活用し、関係者の役割を確認する</p>
<b>⑥退院後の情報共有・連携</b>	<p><b>1. 患者に関する情報</b></p> <p><b>【退院直後の状況】</b> 退院直後は病院から在宅への環境の変化が生じるため、初回訪問時に患者の様子を確認し、共有する（例：痛みの程度、食事摂取、気持ちなど）</p> <p><b>【患者・利用者の病態（認知症による変化も含む）の理解】</b> 認知症などによるこだわりや攻撃性など、患者の病態に関する情報とその対応方法について共有する</p> <hr/> <p><b>2. 家族に関する情報</b></p> <p><b>【家族の介護方法の習得状況】</b> 家族の介護方法の習得状況を把握し、共有する（例：食事介助、おむつ交換等）</p> <p><b>【家族の状況の変化とその対応】</b> 家族の介護力低下状況を共有する（例：体調不良等）</p> <p><b>【家族の医療処置・管理の習得状況】</b> 家族の医療処置・管理の習得状況を把握し、共有する（例：痰の吸引、在宅酸素の管理等）</p> <hr/> <p><b>3. サービスに関する情報</b></p> <p><b>【介護保険以外のサービス状況】</b> 治療の費用面の不安や経済的負担を軽減するための手続（障害、難病、福祉サービス等の申請等）について共有をする</p> <p><b>【サービス提供日時について】</b> サービス提供日時を共有する。また、変更した時は訪問日が重ならないように共有する</p> <p><b>【施設等へ入所したことを共有】</b> 患者や施設等に入所を予定していることや、入所したことを共有する</p> <hr/> <p><b>4. 診療・治療に関する情報</b></p> <p><b>【医療アドバイスの状況】</b> 日常的に関わる家族やヘルパー等の多職種に療養時の注意事項について情報共有する（例：脱水予防、拘縮予防等）</p>

**【在宅主治医不在時の対応について共有】**

在宅主治医が対応できない場合、緊急時の対応について共有する

**【病状・予後余命の説明】**

家族に説明した病状や今後予測される病状について共有する

**【病状の受け止め状況】**

患者や家族に対して、現状や予後の説明をした際の受け止め状況について共有する

**【家族が選択した治療方針の共有】**

家族が選択した治療方針等について共有する（積極的な治療を望まない場合等）

**【新たに使用する医療機器の説明・準備状況】**

新たに使用する医療機器の準備状況と家族への説明内容を共有する

**【病状変化、疼痛の状態を共有】**

発熱や咳込み、疼痛の増幅等の病状変化があった場合、在宅主治医に報告する

**【再入院したこと、入院中の病状経過の共有】**

患者が急性増悪により再入院したことや入院中の病状経過（再退院の見込み）を共有する

**【薬剤や輸液の指示とその準備、使用状況】**

特殊な薬剤（麻薬、輸液、栄養剤）の準備状況を共有する

**5. 口腔に関する情報**

**【口腔ケアの状況】**

口腔内の状況やケア方法を共有する

**6. 薬剤に関する情報**

**【薬剤の処方】**

患者の生活リズムを把握し患者が飲みやすい方法で薬を処方する。また、処方内容を多職種と共有する

**【処方薬の内容・効果・副作用】**

処方薬剤の内容・効果・副作用を共有する

**【薬の整理・残薬確認】**

服薬管理が困難なときは、共有する。また、薬が変更になった時も共有し、残薬を処分する

**7. リハビリに関する情報**

**【リハビリの目標や患者のADL状況】**

患者のリハビリの目標やADLの情報を共有する

**8. 栄養状態に関する情報**

**【栄養状態の確認】**

患者の食事の摂取状況や体重の変化、目標を共有する

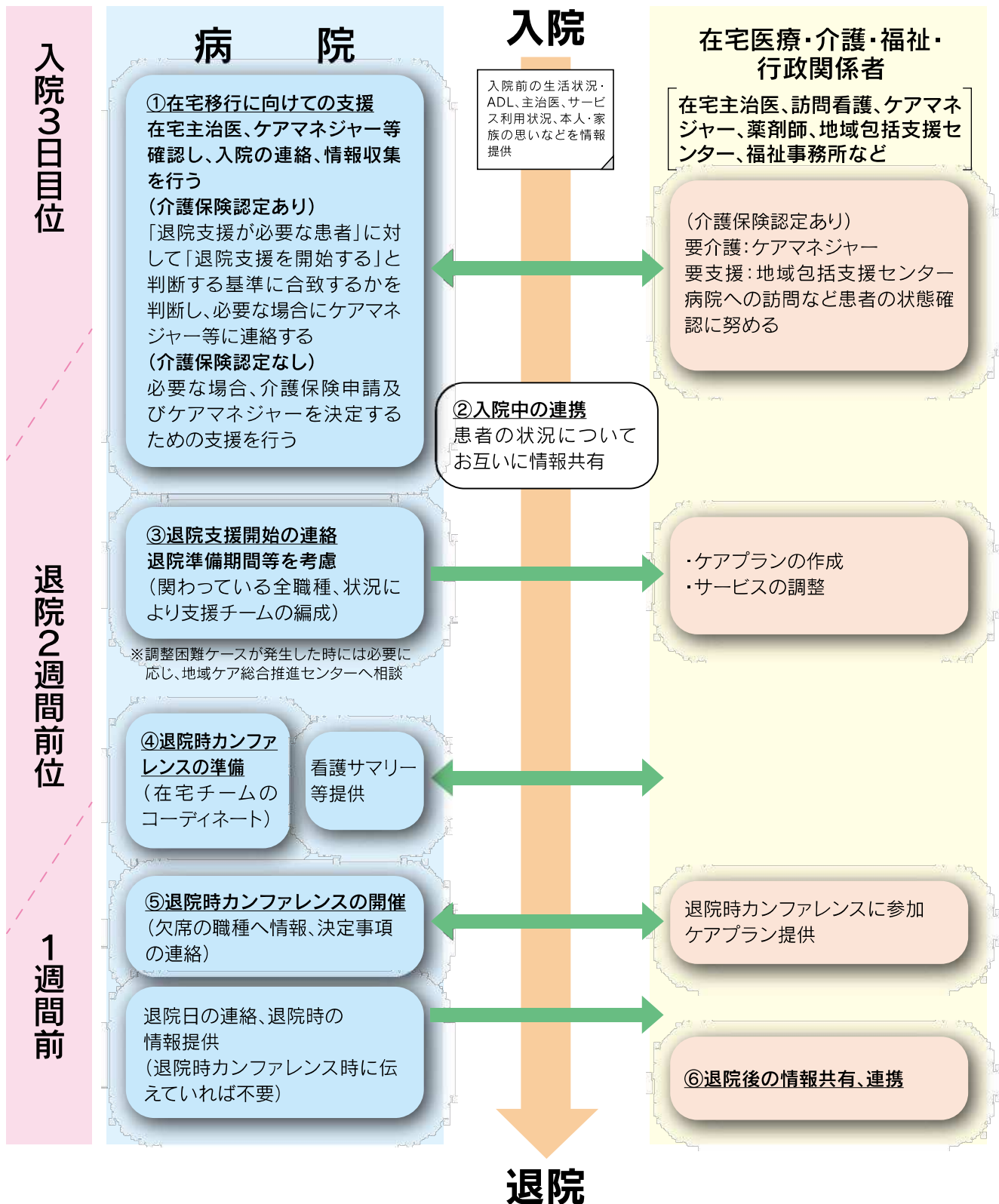
**9. 連携に関する情報**

病院側は緊急時の受け入れや、窓口等を明確にしておき、緊急入院が必要になった時に迅速に対応できるようにしておく。ケアマネジャーは、必要に応じて退院後の本人の経過を病院に連絡する

# 病院の入退院における多職種連携ルールの流れ

【日頃からの備え】

(本人・家族)健康保険証・介護保険証・ケアマネジャーの名刺・お薬手帳・障害者手帳などをセットで保管。入院したことを、在宅主治医、ケアマネジャー等へ連絡。





記入者： 職種：

フリガナ			性別	住 所		生年月日	年齢
氏 名	様		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R . . . 生	歳
入院日	入院日	年 月 日	退院(予定)日		年 月 日		
保険種別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保						
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 級) 障害種類 ( )		特定医療費 (指定難病)申請		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名: )		
入院・入所にかかわる病名(又は症状)							
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他( )						
感染症の有無	HBs抗原 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 HCV抗体 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 TPHA <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 MRSA <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他( )						
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 薬剤: 食物: その他: )						
身体状況	麻痺	<input type="checkbox"/> 右:上肢[ <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[ <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] <input type="checkbox"/> 左:上肢[ <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[ <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重]					
	筋力低下	<input type="checkbox"/> 右:上肢[ <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[ <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] <input type="checkbox"/> 左:上肢[ <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[ <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重]					
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 咽頭への送り込み <input type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> その他( ) ] <input type="checkbox"/> 不明					
	その他	[失語: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明] [難聴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] [視力障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり]					
日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度 <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 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <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						
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 中核症状( ) 行動・心理症状(BPSD)( )						
これまでの経過(詳細は看護要約等、別紙添付でも可)							
ADL等の状況						特記事項	
薬	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				内服薬・用法・用量など:	
	自己管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
食事(栄養)	方法	<input type="checkbox"/> 経口 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ) <input type="checkbox"/> 中心静脈					
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	内容	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> その他( )					
		副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他( )					
	熱量 kcal たんぱく質 g 塩分 g						
形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト						
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	義歯 上:[ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] 下:[ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし]						
	残存歯数: <input type="checkbox"/> 20本以上 <input type="checkbox"/> 19~10本 <input type="checkbox"/> 9~0本						
排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [排尿回数: 回/日]				
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ				
	便	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [排便回数: 日 回]				
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> おむつ					
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他( )					
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
移動・移乗	補助具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( ) 杖 <input type="checkbox"/> ( ) 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす					
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
夜間睡眠	状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良					
	せん妄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 既往あり <input type="checkbox"/> あり(部位: )						
	体位変換: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要( )時間毎						

裏面に続く

氏名: M T S H R . . 生

実施中の医療的処置と留意事項	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 [部位: ] [ ]		
	<input type="checkbox"/> 自己注射 [種類: ] [ ]		
	<input type="checkbox"/> 疼痛管理 [種類: ] [ ]		
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 [種類: ] [ ]		
	<input type="checkbox"/> 尿カテーテル等 [ ]		
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 [安静時: L、労作時: L] [ ]		
	<input type="checkbox"/> 吸引 [回数: 回/日 ] [ ]		
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ [サイズ( Fr) ] [ ]		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 [種類: ] [栄養剤: ] [最終交換日: ]		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 [種類: ] [使用状況: <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他( )]		
<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 [方法: ] 部位: [ ]			
<input type="checkbox"/> その他 [ ]			
生育歴・生活歴 (今回の入院まで)	疾病体験の与えた影響・役割の変化		
本人の願い・望む生活	家族の願い・家族の介護力・役割への期待		
主治医/在宅チームの導いた実現可能な目標設定	転記先( <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 転院 )	家族構成図	キーパーソン名
			TEL
			主な介護者の身体状況及び留意事項

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理・ケア・継続依頼したいこと等)
令和 年 月 日 職種[ ] 職種[ ] 宛	
令和 年 月 日 職種[ ] 職種[ ] 宛	
令和 年 月 日 職種[ ] 職種[ ] 宛	
令和 年 月 日 職種[ ] 職種[ ] 宛	

記入者の医療機関/事業所名	医師氏名	PT氏名	薬剤師氏名
	看護師氏名	OT氏名	管理栄養士氏名
	MSW ケアマネ氏名	ST氏名	その他担当者(職種)
TEL:	FAX:		

## 退院時役割分担表

患者氏名：	カンファレンス開催日：	年	月	日	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">名刺添付欄</p> <p style="text-align: center;">担当者の名刺をはつてすぐに連絡がとれるようにしましょう。</p>																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">所属・職種</th> <th style="width: 40%;">名前</th> <th style="width: 45%;">役割</th> <th style="width: 20%;">時期(いつまでに)</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	所属・職種	名前	役割	時期(いつまでに)																																																																																					<p><b>■リーダー担当者</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">所属・職種</th> <th style="width: 85%;">名前</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>※リーダー担当者は、次回モニタリングまでの全体調整を行う役割を担います。関係者で協議し、モニタリングごとに変わる可能性があります。</p>	所属・職種	名前		
所属・職種	名前	役割	時期(いつまでに)																																																																																										
所属・職種	名前																																																																																												
<p><b>■次回モニタリング時期</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">日時</th> <th style="width: 70%;">場所</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>月 日</td> <td> </td> </tr> </table>	日時	場所			月 日		<p>この表は、患者さんが安心して在宅で過ごせるように退院時、関係者間で役割を確認しあうために使用するものです。切れない目印のないサービスが提供できるようにご活用ください。</p>																																																																																						
日時	場所																																																																																												
月 日																																																																																													