

## 退院連携シート（記入例）

神戸市

記入者 ○○ ○○○

記入日 年 月 日

事業所(施設)名	○○ケアプランセンター
ケアマネジャー名	○○ ○○
電話番号	○○○-○○○-○○○○

病院・診療所名	○○病院
担当部署・担当者名	地域連携室 ○○ ○○○
電話番号	○○○-○○○-○○○○

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

ふりがな氏名	こうべ たろう 神戸 太郎	生年月日	明 大 昭 13 年 9 月 1 日	年齢	80 歳	性別	男 女 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--------	------------------	------	-----------------------	----	------	----	---

住所	神戸市中央区○○町○○	電話番号 (固定)	○○○-○○○-○○○	(携帯)	持っていない
----	-------------	-----------	-------------	------	--------

氏名(キーパーソン)	続柄※	住所	電話番号	備考
1 神戸 花子	妻	神戸市中央区○○町○○	○○○-○○○-○○○○	
2 神戸 次郎	長男	神戸市○○区○○町○○	○○○-○○○○-○○○○	月1回程度の訪問

※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載

家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護 <input type="checkbox"/> その他( )	医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保( CW) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員	住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合 <input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障( ) <input type="checkbox"/> 精神( ) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患( )		

退院後の生活に関する意向(本人・家族)

生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)

【本人】	できるだけ自宅で妻と暮らしたい。	・元○○会社の技術職。
【妻】	在宅看取りを希望しているが自分の身体が心配。 退院後の生活に不安がある。	・穏やかな感じだが頑固。脳出血後、人と話をうまくできず、自分の思うようにならないと、時々いらいらすることもあったと妻の弁。
【長男】	母親の介護疲れを心配しているが、介護協力は難しい。	

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期間 ( H 30 年 10 月 15 日 ~ H 32 年 10 月 14 日 )
	申請日: H31.1.25日) 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	

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 checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	入院先主治医	主治医: ○○
---------------	--	--------	---------

認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" 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	診療科: 総合内科
----------------	--	-----------

入院期間	H 31 年 1 月 24 日 ~ H 31 年 2 月 13 日 予定
------	--------------------------------------

現在治療中の病名	① 高血圧	② 糖尿病	③
----------	-------	-------	---

病名(入院原因疾患)	誤嚥性肺炎
------------	-------

入院中の経過予後・予測	・入院3日前より発熱(39度)、咳、食欲低下があり、当院を受診。肺炎と診断され緊急入院となる。 入院後は、点滴治療と酸素療法を行い肺炎は順調に回復した。一方、多少下肢筋力の低下がみられ、リハビリを行った。
-------------	---

今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬局 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ○○クリニック ② □□歯科クリニック ③ △△訪問看護ステーション ④ ☆☆薬局 ⑤ ⑥
---------	---

既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )	手術歴	なし
-----	--	-----	----

病名、後遺症等の受け止め/医療への意向等(DNARの有無含)	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 本人 ・家族と一緒に暮らしたい。 ・退院後もリハビリを継続し、四肢の筋力を回復させたい。週1回のデイサービスのみではなく外出頻度を高めたい。 ・糖尿病の病識があり、血糖測定器で週1回計測している。 家族 ・身体の回復が十分ではないため、在宅療養生活に不安がある。しかし、本人の希望は叶えたい。 ・妻、長男ともに、「急変時に備え、本人と今後のことをよく話しあっておきたい」とのこと。 ・妻が毎食、刻み食を作っている。 ・妻が服薬管理をしている。
--------------------------------	--

退院後必要な事項	医療処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 ) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( リハビリ )
----------	---

医療・看護・リハビリの視点	・元々後遺症で左の上下肢不全麻痺があり、日常動作に一部介助が必要な状態であった。入院中、立ち上がり動作の訓練は行なっていたが、歩行は一部介助が必要な状況であった。歩行訓練は引き続き必要である。 ・誤嚥性肺炎の予防のため、在宅において口腔清潔を保つ必要があり、また嚥下指導も必要である。(訪問歯科の検討) ・時々薬の飲み忘れがあり、妻の負担軽減のためにも訪問薬局の導入を検討すべき。
---------------	--

禁忌事項	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	運動制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	入院時体重	70 kg
------	--	------	--	------	---	-------	-------

入院中の過ごし方	・入院中はいらいらすることもなく治療に協力的で精神的には安定していた。家に帰りたい思いが強く積極的にリハビリを行っていた。
----------	---

利用者氏名 神戸 太郎

	自立	見守り	一部介助	全介助			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )		
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない		
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない		
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 準備すればできる		
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 準備すればできる		
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義 歯 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部 )		
食事摂取 食事形態					食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下食 ( <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ )		
					制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日 )		
					嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に ) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		
					食物アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他( )		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	排尿能力 <input checked="" type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 1 回/ ( 2 日・ 週 )		
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	日中 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他( ) 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他( )		
服薬管理					処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 別紙参照 <input checked="" type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕		
					薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者管理( 妻 ) <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他( )		
					眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
					禁忌事項 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
簡単な調理	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	買い物	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない 金銭管理 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input checked="" type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他		
拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( 部位: )	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 ( 部位: )				
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( 部位: )					
皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( 部位: )					
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> はっきり見えない	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 判断不能	めがね使用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 普通の声をやっと聞き取れる	<input checked="" type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 判断不能		
					補聴器の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> できる	( 伝達方法: )				
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	( <input checked="" type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)				
精神・心理面での療養上の留意点			<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗
	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的問題行動
社会との関わり			家族等近親者との交流	<input checked="" type="checkbox"/> 有( 長男夫婦・孫 )	<input type="checkbox"/> 無	自由記載欄( 社会参加への意欲等)	
			地域近隣との交流	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無	デイサービスへ行くことを楽しみにしている。	
			友人知人との交流	<input checked="" type="checkbox"/> 有( 山田一男さん )	<input type="checkbox"/> 無		
その他( 退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)							

・入院中下肢筋力の低下がみられ、リハビリを行っており、退院後も引き続き継続が必要。  
 ・入院により、妻の疲労が見られ、在宅療養生活での介護負担が予測される。  
 ・入院中の食事療法により、高血圧、糖尿病のコントロールは良好であったが、引き続き病状管理が必要である。  
 ・長男夫婦の介護への協力と理解  
 ・誤嚥性肺炎の再発予防

自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題

・妻80歳 老老介護による介護負担の増加  
 ・リハビリの継続  
 ・長男夫婦の協力体制  
 ・本人と今後のことについて話し合い、延命処置を含めた医療処置や今後の意向などを繰り返し確認する。また、家族(長男、妻)の意向についても確認していく。

備 考