

砺波医療圏

医療と介護の連携手引き

富山県砺波厚生センター

令和元年 5月（改訂）

目 次

1	目 的	P 1
2	退院調整を行う患者とは（患者基準）	P 1
3	入院から退院までの医療・介護連携の流れ	P 2
4	退院に向けての地域への連絡	
	①担当ケアマネジャーがいる場合	P 3
	②介護認定を受けていない場合、担当ケアマネジャーがいない場合	P 4
5	退院調整にかかるネットワーク体制について(医療機関連携窓口一覧)	P 5

【参考資料等】

・在宅療養連携推進のためのエチケット	P 6～8
・入退院支援の手順・フローチャート	P 9
・退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧	P 10
・入退院に係わる診療報酬	P 11～12
・医療連携における介護報酬	P 12～13
・入院・入所時情報提供書	P 14～

1 目 的

医療と介護を必要とする方が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の医療機関・介護の関係機関、ケアマネジャー等が連携した、在宅医療・介護の提供体制の推進が重要となっています。

砺波医療圏では、これまでも医療と介護の連携を図ってきたところですが、平成 26 年度国の医療介護連携実証事業において退院調整ルールを作成し、その後も連携について研修会の開催や検討を重ねています。

本冊子は、要介護状態の方が安心して地域で療養生活が送れるよう、入退院の際に医療機関とケアマネジャーとの着実な引き継ぎを行うためのルールなど医療と介護の連携の手引きとして作成したものです。

2 退院調整を行う患者とは（患者基準）

下記の 1 及び 2 の条件が当てはまる退院患者について、連絡や調整を行う

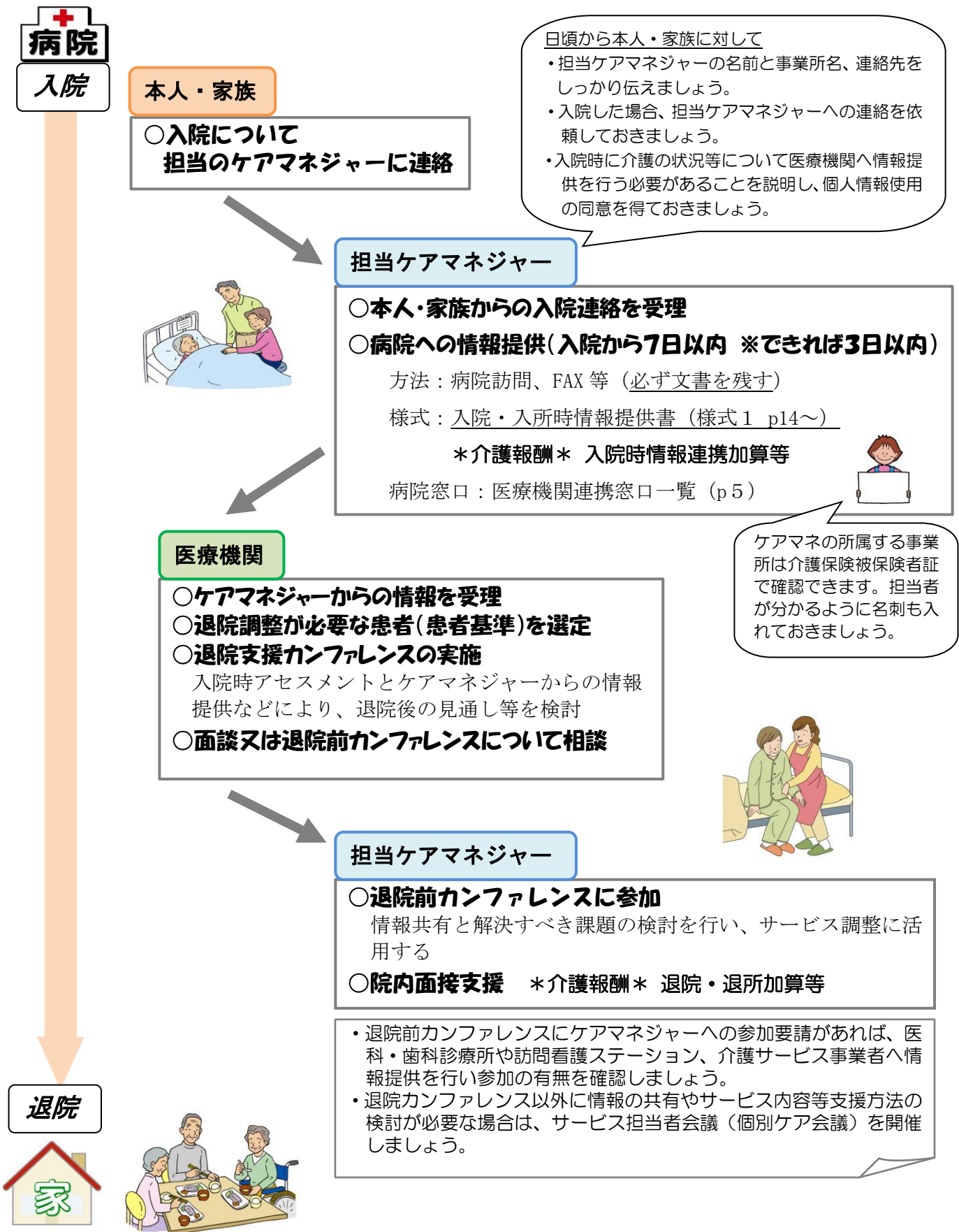
1) 「在宅へ退院ができる患者」と判断する基準（退院が確定している場合）

- ① 病状が安定した状態で、本人が在宅生活を希望する
- ② ①以外で、状態に関わらず在宅を希望した場合

2) 「退院調整を要する患者」の基準

- ① 退院支援が必要と予測される患者（要支援・要介護）
 - ・立ち上がりや歩行に介助が必要
 - ・食事に介助が必要
 - ・排泄に介助が必要あるいはポータブルトイレを使用中
 - ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症1項目でも当てはまれば ⇒ケアマネジャーへ連絡
- ② それ以外（要支援の一部）
 - ・独居かそれに近い状態で、調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要
 - ・ADLは自立しているが、医療処置の継続や症状の不安定さがある
 - ・ケアマネジャーから退院時カンファレンスの要望があった場合

3 入院から退院までの医療・介護連携の流れ



4 退院に向けての地域への連絡

① 担当ケアマネジャーがいる場合

医療機関

- *診療報酬* 総合評価加算
- *介護報酬* 入院時支援加算

- 入院時アセスメント
- 院内初期カンファレンス：患者基準（p1）
- 入院診療計画書および退院支援計画の作成（入院後7日以内）

地域医療
連携室

退院調整連携

病棟

連絡窓口より ○退院等について連絡

退院の許可

本人・家族

担当ケアマネジャー

参加

医療機関

- 退院前カンファレンスまたは面接

情報共有と支援内容の検討

なるべく退院調整期間7日以上

- *診療報酬* 介護支援等連携指導料（入院中2回）
- *診療報酬* 退院時共同指導料2

- 退院日(予定)の連絡・情報提供

【情報提供内容：退院後の生活に生かせるもの】

退院日、入院経過（症状・治療）、必要な医療処置、退院直近のADL、リハビリ、食事、服薬、排せつ、本人・家族の思い、認知症の有無等

- ・担当ケアマネジャーへの連絡は迅速に行いましょう。治療疾患パスの活用場合は、パスに組み込む工夫も考えましょう。
- ・ケアマネジャーのサービス調整期間は最短で5～7日間かかるので、本人・患者の生活遂行を考慮し、ケアマネジャーとは緊密な情報のやり取りが求められます。退院後の生活を意識し、支援者間で課題の解決方法を検討しましょう。



患者・家族の情報から担当ケアマネジャー等の把握ができない時は、各市の地域包括支援センターに連絡し確認しましょう。

- ・ケアマネジャーからの入院時介護支援情報提供書には入院前のかかりつけ医科・歯科診療所や、介護サービス事業所が記載してあります。その情報をもとに退院カンファレンスへ参加してもらう事業所への連絡を行いましょう。参加により共同指導料2を算定できます。できるだけ多くの事業所の参加を得て、援助支援内容を説明しましょう。
- ・ケアプランの原案はカルテ（診療録）保存記録が必要です。



診療報酬 入退院支援加算（退院時1回）

介護報酬 退院・退所加算（退院カンファレンス2回、話し合い1回）

4 退院に向けての地域への連絡

※精神・身体障害はこれに準じる

②介護認定を受けていない場合、担当ケアマネジャーがいない場合

医療機関

- *診療報酬* 総合評価加算
- *介護報酬* 入院時支援加算
- 入院時アセスメント
- 院内初期カンファレンス：患者基準 (p1)
- 入院診療計画書および退院支援計画の作成 (入院後7日以内)

患者・家族に介護保険の申請手続きの説明

本人・家族

- 要介護保険申請
- 認定調査を受ける

申請

調査

結果通知

連絡

市町村(保険者)

- 介護保険審査会・介護認定
- 結果通知・事業所等の紹介

担当ケアマネジャーの決定

- ・介護保険申請の時期について検討します。
- ・急性期疾患の治療中に介護保険の申請をすると退院時の身体機能等に比べ要介護度が重度となるので注意が必要です。
- ・最初の住宅改修に着工した日と比べて要介護状態区分の段階が3段階以上重くなった場合には、例外的に改めて支給限度基準額20万円分の住宅改修費を受けることができます。入院直後の申請は十分留意しましょう。



医療機関

- 退院等について連絡
担当ケアマネジャーへ

- 退院前カンファレンスまたは面接
情報共有と支援内容の検討

なるべく退院調整期間7日以上

- *診療報酬* 介護支援等連携指導料 (入院中2回)
- *診療報酬* 退院時共同指導料2

- 退院(予定)日の連絡・情報提供

【情報提供内容：退院後の生活に生かせるもの】
退院日、入院経過(症状・治療)、必要な医療処置、退院直近のADL、リハビリ、食事、服薬、排せつ、本人・家族の思い、認知症の有無等

- *診療報酬* 入退院支援加算(退院時1回)

担当ケアマネジャー

- ケアプラン作成
- 訪問看護、リハビリ等サービス事業者への情報提供等

介護報酬 退院退所加算

参加

- ・要介護3～5の状態では住宅改修補助を受けると1回のみ助成ですが、要支援1(第1段階)、要支援2・要介護1(第2段階)、要介護2(第3段階)までの状態では住宅改修の助成を受けると3段階の重度化によって、再度住宅改修の助成を受けることができます。退院時の要介護度のミスマッチが本人の権利を奪うことにもつながります。

【参考資料等】

在宅療養連携推進のためのエチケット

—在宅療養連携推進 よこすかエチケット集 Ver.2 より一部抜粋—

I. 基本的な多職種連携のエチケット

1. お互いに思いやりをもち、ていねいな対応を心がけましょう

解説：お互いの専門性や各職種の立場に思いやりをもって理解していねいな対応を心がけましょう。お互いに非難をしないで気持ちよく仕事をしていきましょう。

2. お互いに日常的な情報交換を忘れずにしましょう

解説：顔の見える関係から、顔が見えなくても通じる関係につながります。電話では一般的なマナーを守り、内容をあらかじめまとめ、連絡をとりましょう。

3. 他職種に連携をとるときにはどの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう

解説：それぞれ時間が限られた中で仕事をしています。急ぐ用件でなければ、ゆっくり対応できるとゆとりができます。どの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう。

4. 名前はフルネームで伝えましょう

解説：利用者のお名前は間違えないようにフルネームで呼びましょう。事業所の担当者についても同姓の方もいますのでフルネームで連絡をとりましょう。

5. 担当者不在時の体制を整備しておきましょう

解説：緊急時も含め担当者不在時の連絡体制は事業所ごとに整理しておきましょう。代理の職員が決定したり、連絡がつく体制を整えたりしておきましょう。

6. 専門用語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう

解説：医療職も介護職も自分の業種以外の専門用語には慣れていません。専門用語を使わず、わかりやすく、ゆっくり、はっきり説明しましょう。

7. 医療機関への訪問の前にアポイントメントをとりましょう

解説：病院などの医療機関ではアポイントメントのない訪問には、対応しにくい場合があります。

II. 入退院時の多職種連携エチケット

1. ケアマネジャーは、入院時には自宅での生活状況を病院に伝えましょう

解説：ケアマネジャーは入院情報提供書を病院へ提供しましょう。退院調整がスムーズになります。

2. ケアマネジャーは病院へ情報提供を求める前に先ず利用者・家族と相談しましょう

解説：病院では利用者や家族の了解なしに、介護サービス事業者などへ情報提供することは困難です。家族と相談しながら退院調整に向けて動いていることを病院に伝えましょう。病院の付き添いやインフォームド・コンセント時の立ち合いは、利用者や家族を通して病院が医師に確認するようにしましょう。

3. ケアマネジャーは、退院前カンファレンスには、介護サービス事業者と在宅医へ声をかけましょう

解説：ケアマネジャーだけでなく、できるだけ全ての関係者に声をかけましょう。特に、医療介入が多い利用者の場合には訪問看護ステーションが出席できるように調整しましょう。

4. 病院のスタッフは、退院患者に訪問診療が必要と判断される場合、まずかかりつけ医に訪問診療について確認しましょう

解説：普段訪問診療をしていなくても、かかりつけの患者の場合には訪問する医師もいます。

5. 病院のスタッフは、退院前に本人や家族へ介護指導をしましょう

解説：退院前にできるだけ介護指導をしましょう。退院までに時間がなく、介護指導が十分ではない場合には、病院でどの程度まで介護指導ができているのか介護支援事業所へ情報提供しましょう。

6. 病院のスタッフは、退院日の目処を早めにケアマネジャーに知らせましょう

解説：退院前カンファレンスなどはある程度時間がかかるため、早めに目処が分かれば調整しやすくなります。

7. 病院のスタッフは、退院時、胸部レントゲンと感染症の情報提供が必要かケアマネジャーに確認しましょう

解説：ショートステイなどの介護サービスを利用される場合、かかりつけ医から胸部レントゲンと感染症の情報を求められることがよくあります。在宅患者の場合には簡単に受診できず、かなりの費用負担と手間がかかるので、情報提供があると助かります。

8. 医療ニーズの高い方は、訪問看護の導入を視野に紹介、導入に結びつけましょう

Ⅲ. 在宅での多職種連携エチケット

1. 情報共有する方法を決めましょう

解説：ひとりの利用者に複数の事業所が関わっている場合、他の事業所がどのようにサービス提供しているかノートなどで情報共有しましょう。

2. 訪問時間はお互いにできる限り守りましょう

解説：訪問時間がずれて他のサービスと重なると報酬算定が難しくなる場合や、次の訪問先に影響がでることがあります。お互いにできる限り訪問時間を守りましょう。

3. 看取りの時は家族の揺れる気持ちを多職種で支えましょう

解説：在宅看取りが近づくと家族の気持ちは大きく揺れます。揺れる気持ちを多職種で理解し、情報共有しながら、利用者や家族を支えましょう。

4. ケアマネジャーは、サービス担当者会議には介護サービス事業所やかかりつけ医師に声をかけましょう

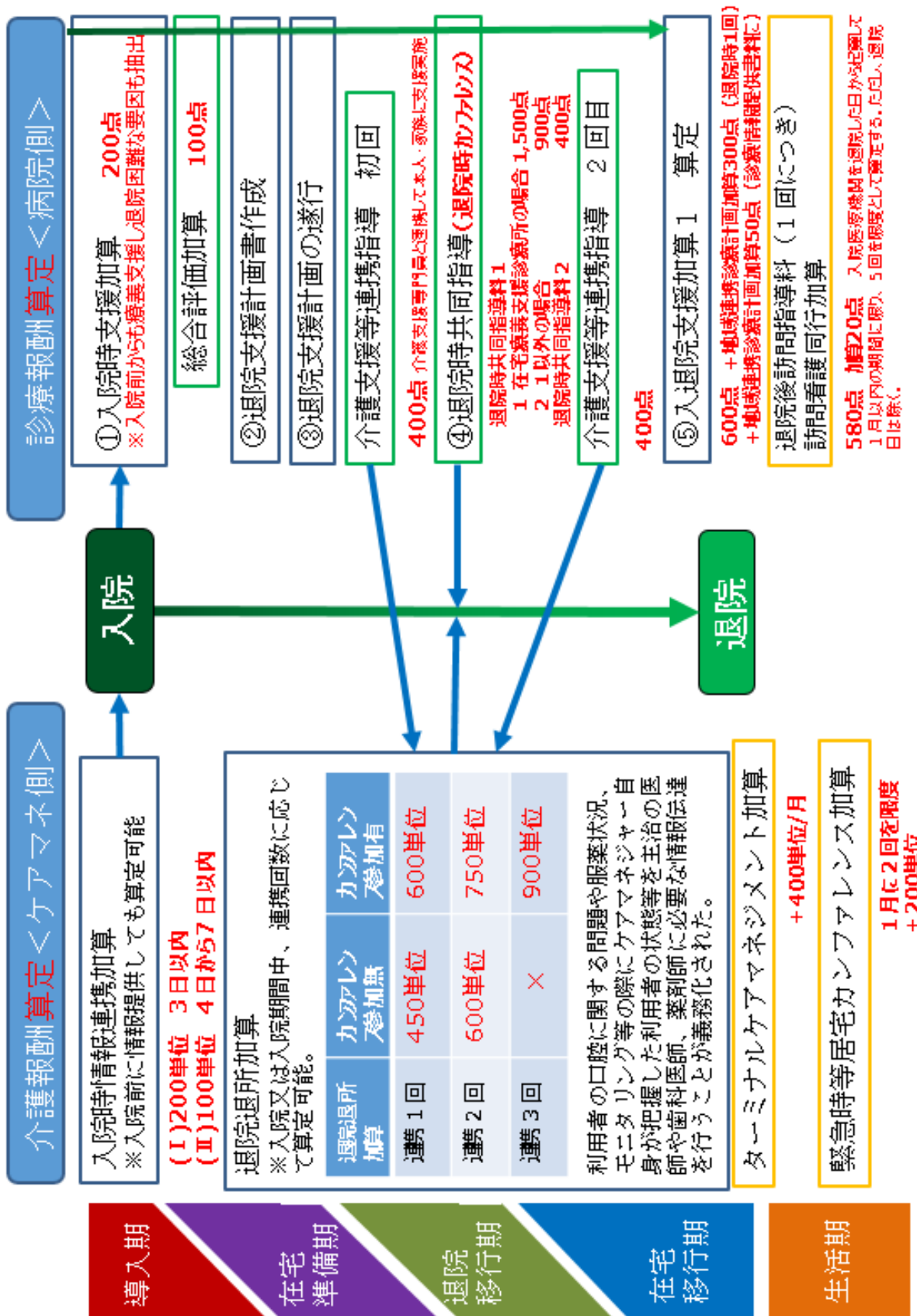
解説：都合がつかず出られないこともありますが、なるべく連絡するようにしましょう。

入退院支援の手順

フローチャート



退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧



入退院に係わる診療報酬



★医療専門職とケアマネジャー等との連携等により、在宅生活の支援に必要な情報共有

A240	総合評価加算	100点
別に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、入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有す40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上の者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中に1回限り、所定点数に加算		

B005-1-2	介護支援連携指導料	400点
当該保健医療機関に入院中の患者に対し、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等と共同して、患者の心身の状態を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な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		
①地域の介護サービス事業所に関する情報や要介護認定の申請の手続き等の情報を共有 ②実際の退院を前に疾病の状態等ケアプラン原案の作成に資するような情報収集を実施		

(注) 介護支援連携指導料と退院時共同指導料2の注3は同時に算定できない

B005	退院時共同指導料2	400点
注1：入院中の患者に対して、退院後の在宅療養上必要な説明及び指導を、地域において退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医・看護師、当該患者の退院後の在宅療養を担う訪問看護ステーション看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合、入院中1回に限り算定		
注3：注1の場合に、入院中の保険医療機関の保険医が、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医・看護師等、保険医である歯科医師・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看護師等(准看護師を除く)又は居宅介護支援事業者の介護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の所定点数に加算。		
		2,000点

B006-3	退院時リハビリテーション指導料	300点
患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に退院時に1回算定する。死亡退院や、転医の場合は算定できない。		
入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う 体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等に関する指導とする。		

B007	退院前訪問指導料	580点
継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者(入院期間は暦月で計算)の円滑な退院のため、入院中(外泊時を含む)又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。		
1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後14日以内とする)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定できる。特別養護老人ホーム等、医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。		



退院



A246 入退院支援加算1・2		
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 に対して、退院調整を行った場合に退院時1回に限り所定点数に加算		
	600点	190点
算定要件	退院支援加算1 (注)	退院支援加算2
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に抽出	7日以内に抽出
医療機関間の顔の見える連携 の構築	連携する医療機関等（20か所 以上）の職員と定期的面接を 実施（3回/年以上）	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	-
(注) 介護支援連携指導料の算定回数が、当該加算の対象病床100床当たり、年間15回以上の場合のみ加算		

B007-2	
退院後訪問指導料 (退院後1か月以内、5回限度)	580点
医療ニーズが高い患者に対する、入院医療機関から行う訪問指導について加算	
訪問看護同行加算 (退院後1回)	20点
訪問看護ステーションや他の保険医療機関の看護師等との同行訪問指導を行った場合に 加算	

※詳細については、診療報酬点数表等にてご確認ください。

医療連携における介護報酬

入院時情報連携加算	
利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、その病院又は診療所の職員に対し、心身 の状況や生活環境等の利用者にかかる「必要な情報」を提供した場合に算定できます。	
(I) 入院時情報連携加算(I)	200単位
医療機関に出向き、医療機関の職員に対し情報提供した場合	
(II) 入院時情報連携加算(II)	100単位
上記以外の方法（電話、FAX等）で医療機関の職員に対し情報提供した場合	
* 入院してから遅くとも7日以内に情報を提供することが求められます。	
* 1月に1回を限度として算定できます。	
* 「必要な情報」とは、心身の情報（疾患・病歴・認知症や問題行動の有無等） 生活環境（家族構成、生活歴、介護状況等）サービスの利用状況を指します。	
* 「医療・介護ネットワーク推進事業の手引き」の入院時情報提供書の様式を 活用ください。	

緊急時カンファレンス加算	
200単位	
病院又は診療所の求めにより利用者の居宅を訪問しカンファレンスを行い必要に応じサー ビスの調整を行った場合に算定できます。	
* 医師または看護師等と共に利用者の居宅を訪問する必要があります。	
* 1月に2回を限度として算定できます。	
* カンファレンスの内容（日時、参加者の職種と氏名、会議の要点）を 居宅サービス計画等に記載しておくことが必要です。	

退院・退所加算

病院に入院、又は介護保険施設等に入所していた利用者が退院、退所するにあたり病院、診療所、地域密着型介護老人保健施設又は介護保険施設等の職員と面談を行い、居宅サービス計画を作成し、サービスの調整を行った場合に算定できます。

病院等の職員と面談のつえ、利用者に係る必要な情報の提供を受ける	退院カンファレンス	
	参加なし	参加あり
連携1回	(Ⅰ) イ： 450 単位	(Ⅰ) ロ： 600 単位
連携2回	(Ⅱ) イ： 600 単位	(Ⅱ) ロ： 750 単位 ※2回のうち1回以上はカンファレンスによる
連携3回		(Ⅲ) ロ： 900 単位 ※3回のうち1回以上はカンファレンスによる

- * 病院又は施設職員と面談していることが必要です。
- * 入院又は入所の期間中に3回を限度として算定できます。
- * 3回算定する場合は、少なくともそのうち1回は主治医を含めた会議に参加していることが必要です。この会議において交付された、利用者又は家族に提供した文書（診療報酬の退院時共同指導料にかかる文書）の写しを添付する必要があります。
- * 初回加算を算定する場合は同時算定できません。

その他

(1)ターミナルケアマネジメント加算 **400単位**

- ① 在宅で死亡した利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限定）に対して、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、居宅を訪問して利用者の心身の状況などを記録し、主治医および居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者へ提供。
- ② ターミナルケアマネジメント加算に受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保、かつ必要に応じて居宅介護支援を行うことが出来る体制を整備していること。

(2)主治医の意見等について

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合）複合型サービス（訪問看護サービスを利用する場合）については、主治の医師又は歯科医師等がその必要性を認めたものに限られるものであり、これらを居宅サービス計画に位置付ける場合は、主治の医師等の指示があることを確認する必要があります。

* 確認は文書又は口頭で行い、記録保存しておくことが必要です。

- ① 訪問看護等の指示書の写しの提供を受ける必要はありませんが、介護支援専門員が、主治の医師や指示を受けた訪問看護事業所から、指示が存在していることを確認した経過が記録上からも判断できる（読み取れる）ことが必要です。
- ② そのため、主治の医師や指示を受けた訪問看護事業所から確認した指示の内容については、以下の点に留意の上、居宅サービス計画書（第4表「サービス担当者会議の要点」または第5表「居宅介護支援経過」等）に記載することにより記録をしてください。

- ・ 訪問看護を指示した医師名及び医療機関名を明確にしておく。
- ・ 指示の概要を明確にし、その概要について確認した日時と方法を明確にしておく。
(指示の概要とは、“褥瘡の処置”、“経管栄養”等の医療処置上の名称で記載することが望ましいと考えます。)

* 「診療情報提供書」を用いる場合は利用者に診療情報提供料（250単位）がかかります。
(主治医が居宅療養管理指導を行っている場合は情報提供義務があるため生じません。)

情報提供先医療機関等名
担当医 科

病院

入院・入所時情報提供書
御中
先生 様

紹介元居宅介護支援事業者
名称
所在地
電話番号
介護支援専門員名

以下のとおり利用者にかかる情報を提供いたします。

印

利用者氏名	性別	被保険者番号
利用者住所		
電話番号		
生年月日	大正 年 月 日 (歳)	職業

総合的支援の方針(今回の入院により生じた介護支援専門員の在宅生活へ向けた要望・意向)	
<input type="checkbox"/> 変化あり	
<input type="checkbox"/> 変化なし	
既往歴と発症年月日(把握しているもの)	家族背景及び家族状況(キーパーソン)について
1.	
2.	
3.	
在宅での療養及び生活の経過について	
医療系サービスの利用状況について	
<input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 回/週
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 回/週	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) 回/週
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(老健・療養)	日/月
介護(福祉)系サービスの利用状況について	
<input type="checkbox"/> 訪問介護 回/週	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) 回/週
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	日/月
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他())
通院医療機関と現在の服薬内容について	
要介護状態等区分について	
<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2
<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2
<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4
<input type="checkbox"/> 要介護5	
認定の有効期間: 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)について	
<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について	
<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

入院前(疾患発症前)の日常生活動作(ADL)の状況について	
移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
方法 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()	方法 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> フォーク
排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	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
方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)	方法 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> ガーゼ <input type="checkbox"/> スポンジ
<input type="checkbox"/> おむつ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)	<input type="checkbox"/> 入歯(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
認知症の周辺症状	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <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 <input type="checkbox"/> その他 []	

今後の在宅生活に向けた本人及び家族の要望・意向
本人
家族
現状の介護に関する問題点・課題(今後予測される生活上のリスクや介護力の評価等について)

備考(連絡事項等)

※退院前家屋訪問 及び 退院前カンファレンスへの参加を希望いたします。予定が決まり次第、連絡ください。

※退院後、利用を予定する介護サービスの調整を適切に実施するためにも予定する退院日から7日前には

連絡をお願いします。

医療機関受け取り日 平成 年 月 日
受取者 署名