

**日向・東臼杵地域 入退院支援のための
コミュニケーションハンドブック
(ver.3.0)**



平成31年3月

令和8年4月 改版

目 次

○ 用語一覧	
○ 背 景	1
○ 目 的	2
○ 入退院支援のための「解決策」とは	3
○ 「心がけること」とは	3
 解決策① 入院時	 4
「医療機関・介護支援専門員等は入院が分かった時には、お互いに速やかに連絡をしましょう。」	
 解決策② 入院時・入院中	 6
「介護支援専門員等と医療機関は連絡を取り合い、お互いに情報提供を行いましょう。」	
 解決策③ 入院中	 8
「介護支援専門員等は入院中の利用者に面会する時は、医療機関のスタッフに連絡を行いましょう。その上で、患者さんの情報を提供したり、状態を把握しましょう。」	
 解決策④ 退院時・転院時	 9
「退院時及び転院時を医療機関と介護支援専門員等で共有しましょう。」	
 解決策⑤ 退院時	 10
「退院前カンファレンスを開催する時は、介護支援専門員等も参加しましょう。」	
 解決策⑥ 退院時	 11
「医療機関は退院前カンファレンスを開催しない時は、退院サマリー等を活用し情報提供をしましょう。」	
 解決策⑦	 12
「介護保険制度について、わからないことは担当介護支援専門員等や地域包括支援センターに聞きましょう。」	
 解決策⑧	 12
「入退院支援の窓口を確認しましょう。」	
 解決策⑨	 13
「医療機関、事業所内でハンドブックの「周知」を図り、従業者が各々に「理解」を深め地域住民の入退院支援を実践しましょう。」	
 参考資料 ○様 式1 医療・介護連携情報共有連絡票【利用者の照会・相談等】	 14
○様 式2 医療・介護連携情報共有連絡票【担当介護支援専門員の連絡】	15
○様 式3 医療・介護連絡情報共有連絡票【利用者情報提供】	16

背景

日向・東臼杵地域の人口は、2010 年は 93,299 人ですが、2040 年には 71,680 人と徐々に減少していきます。これに対し、65 歳以上の人口は、増加することが見込まれています。

また、65 歳以上の入院患者は、2030 年にピークを迎えると推計され、今後、確実に高齢者の入院や退院の件数が増加することが予測されます。

この時代背景を踏まえ、要介護状態の有無に関わらず、高齢者が入院・治療を行い、退院後、再び自宅等へ戻り、地域での生活にスムーズに移行できるように、また、可能な限り住み慣れた地域で最期まで生活が送れるように、医療と介護が連携して支援をしていくことが求められています。

平成 28 年度に日向・東臼杵の医療機関と介護支援専門員等が連携して、入退院時の支援や連携について、「日向・東臼杵地域 入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック」(Ver1.0)を作成しました。

平成 29 年度から運用を開始し、その効果を検証した上で改善を図りました (Ver2.0)。

平成 30 年度は、日向市・東臼杵郡内の医療・介護の従事者が使用する共通ツールである「情報共有連絡票」について協議し、作業部会（病院・有床診療所の看護師、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、介護支援専門員等の代表 計 6 名）を経て、「様式 3 のバージョンアップ」と、会議で出された意見を「地域の OJT」として作成しました。

「日向・東臼杵地域 入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック」は、日向・東臼杵地域の 13 病院と 11 診療所のスタッフ、1 市 2 町 2 村の地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業所・施設の介護支援専門員約 150 名で協議を重ねて作成し、運用しています。

高齢者が日向・東臼杵の住み慣れた地域で、その人らしく、あるいは、自立した生活を実現できるように、支援や連携の一助として、「日向・東臼杵地域入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック」をご活用ください。

目的

誰にとっても、入院は人生の中の通過点です。しかし、その通過点は、本人・家族にとっては大きな出来事です。入院して治療し、病状が改善することは、本人や家族にとって大きな目標です。同様に、支援者の目標でもあります。しかし、完全に元の状態に戻ることが困難な事が多々あります。

高齢者が、自分の病気や障がいを受容し、退院後に医療サービスや介護サービスを適切に受けながら、住み慣れた自宅や介護施設で生活できれば、本人にとっては幸せな人生になるでしょう。

平成 28 年 7 月に実施した介護支援専門員アンケート（要介護・要支援者の退院調整等に関する調査）では、平成 28 年 6 月の退院の連絡状況について、医療機関からの退院調整連絡は 83.2%でした。また、入院した件数のうち介護支援専門員から医療機関へ入院時情報提供書を送った割合は 29%でした。

平成 29 年 9 月の退院の連絡状況をみると、医療機関からの退院調整連絡は 86.9%でした。

また、入院した件数のうち介護支援専門員から医療機関へ入院時情報提供書を送った割合は 45.4%でした。会議を重ねグループワークを繰り返し、医療と介護の連携が向上しています。

「日向・東臼杵地域入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック」は、入退院というライフイベントに関わる医療機関のスタッフと介護支援専門員等の情報共有やコミュニケーションが円滑に行われることを目的としています。

更に、医療機関のスタッフと介護支援専門員等の情報共有やコミュニケーションが円滑に行われ、地域で暮らす高齢者やその家族が困らないようにすることを最大の目的としています。

皆さんの連携が、日向・東臼杵地域の「“幸” 齢者」の生き生きとした明日へ繋がっていくことを願っています。

入退院支援のための「解決策」とは

高齢者の入退院支援を円滑に行うための「解決策」について、医療機関と介護支援専門員等のグループワークで出された意見を基に、「入院時」「入院中」「退院時」に整理し、9つの解決策を抽出しています。

高齢者が入院する際に、介護支援専門員等が在宅生活の状況や介護保険サービスの利用状況を医療機関に伝え、医療機関は、入院中の情報を介護支援専門員等に伝えます。

また、退院に向けて、お互いが情報の共有を行い、最終的に介護支援専門員等が情報を引き継いでいきます。

「日向・東臼杵 地域入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック」では、この情報提供の連続性を確保するための「解決策」を記しています。

「心がけること」とは

9つの「解決策」を実現していくために、医療機関のグループワークと介護支援専門員等のグループワークで出された意見のうち、両者が合意した項目を「心がけること」として記載しています。

この「心がけること」とは、法律や強制ではありません。

何より、入院する高齢者、退院する高齢者が困らないように医療機関や介護支援専門員等が支援をする際の「心がけること」です。

医療の現場、介護の現場は、お互いに働いている場面や行う業務が異なります。異なる職種が連携するわけですから、自分の尺度では理解できないことも生じます。

お互いが異なることを前提に「心がけること」を、お互いに敬意をもって実践してみましょう。

相手の立場の理解や尊重、配慮につながっていくでしょう。

解決策①…入院時

医療機関・介護支援専門員等は入院が分かった時には、
お互いに速やかに連絡をしましょう。



地域での暮らしぶりについて、医療機関が早期に把握することで、入院中のケアや円滑な治療につながります。また、利用者が入院したこと、患者さんに介護支援専門員等がいることを把握することで、入院した時から、治療と並行して退院に向けた支援も始まります。

✿心がけること✿

医療機関

- ・介護保険被保険者証やお薬手帳と一緒に介護支援専門員等の名刺を確認しましょう。
- ・介護認定の有無や居宅介護支援事業所、担当の介護支援専門員等を確認しましょう。
〈時期〉外来受診時、面談時、アナムネ聴取時
〈対象〉患者、家族、付添いの方、行政
- ・各医療機関の書式に介護認定の有無や介護度、介護支援専門員等の氏名を記載するようにしましょう。
- ・入院が決まったら、介護支援専門員等を把握し、連絡を行い連携を図りましょう。
- ・入院の連絡を家族から介護支援専門員等にしてもらうように声かけしましょう。
- ・普段から、症状悪化や薬の変更時などに、介護支援専門員等と連絡をとるようにしましょう。
- ・通院中から介護支援専門員等や事業者との関わりを持つように、普段から心がけましょう。

✿心がけること✿

介護支援専門員等

- ・利用者が入院した情報を得たら、速やかに日向・東臼杵地域 医療・介護地域資源リストの担当者へ担当介護支援専門員等であることを連絡しましょう。
- ・医療機関への連絡は、FAXやメールも活用しましょう。
- ・利用者やご家族に対し、介護支援専門員等の名刺を保険証やお薬手帳と一緒に保管してもらいましょう。

- ・利用者やご家族に対し、入院した場合には担当介護支援専門員等の名刺を医療機関に渡してもらえよう伝えておきましょう。
- ・入院した場合には、利用者やご家族が担当介護支援専門員等へ連絡するように伝えておきましょう。

❖心がけること❖

行政

- ・医療機関、介護支援専門員等が連絡調整しやすくなるように、(様式2)医療・介護連携情報共有連絡票【担当介護支援専門員の連絡】、(様式3)医療・介護連携情報共有連絡票【利用者情報提供】を作成しました。

解決策②…入院時・入院中

介護支援専門員等と医療機関は連絡を取り合い、
お互いに情報提供を行いましょう。



入院した時から、治療と並行して退院に向けた支援が始まります。
医療機関と介護支援専門員等は、地域での暮らしをイメージし、何のサービスを提供すれば良いかを一緒に考えます。
お互いの情報提供が退院後の自立支援に効果的です。

❖心がけること❖

医療機関

- 患者が入院したら、介護支援専門員等に早めに連絡をしましょう。
- (様式3) 医療・介護連携情報共有連絡票【利用者情報提供】で不足している情報がある時には、介護支援専門員等に問い合わせるようにしましょう。
- 介護支援専門員等から、医療機関を訪問する旨の連絡があった時には、お互いに都合の良い時間を相談し、調整するようにしましょう。

❖心がけること❖

介護支援専門員等

- 入院したことが分かった時には、早めに医療機関に担当介護支援専門員等であることを連絡しましょう。
- 利用者が入院したことが分かった時には、(様式2) 医療・介護連携情報共有連絡票【担当介護支援専門員の連絡】を活用し、医療機関に連絡をしましょう。
- 利用者が介護事業所に入所・入居中の場合には、入院をするまたは、入院したことが分かった際には、(様式3) 医療・介護連携情報共有連絡票【利用者情報提供】を活用し、利用者の情報を医療機関に伝えましょう。
- 医療機関から情報提供を求められた際には、情報提供ができるようにしましょう。
- 医療機関スタッフと面会するために医療機関を訪問する際には、事前にお互いに連絡を取り合い、調整するようにしましょう。

✿心がけること✿

行政

- ・医療機関、介護支援専門員等が連絡調整しやすくなるように、医療・介護連携情報共有連絡票（様式1）【利用者の照会・相談等】、（様式2）【担当介護支援専門員の連絡】、（様式3）【利用者情報提供】を作成しました。

共通事項

- ・FAXで情報をやりとりする場合は、事前に連絡をし、受け取ったら受領の連絡をするようにしましょう。

解決策③…入院中

介護支援専門員等は入院中の利用者に面会する時は、

医療機関のスタッフに連絡を行いましょう。

その上で、患者さんの情報を提供したり、状態を把握しましょう。



医療機関では、患者さんの担当を決めていることもあります。

介護支援専門員等は、誰から情報を得るのが良いかを考えましょう。

医療機関は、誰が情報提供するのが良いかを考えましょう。

また、医療機関は、感染症予防や事故防止に努めています。

介護支援専門員等は、面会する時、その点についても十分に配慮しましょう。

✿心がけること✿

医療機関

- ・利用者の状態を介護支援専門員等に連絡してよいかを家族に確認をとり、介護支援専門員等へ連絡するようにしましょう。

✿心がけること✿

介護支援専門員等

- ・利用者に面会及び病棟スタッフとの情報共有する時は、各医療機関の連携室または、病棟看護師長などに事前に電話などで連絡をし、時間帯の調整をするように心がけましょう。
- ・利用者に面会する際には、受付又は、ナースステーションに声をかけるように心がけましょう。

✿心がけること✿

行政

- ・医療機関、介護支援専門員等が連絡を取りやすいように、年度ごとに【日向・東臼杵地域 医療・介護地域資源リスト】を作成しましょう。

解決策④…退院時

退院時及び転院時を医療機関と介護支援専門員等で共有しましょう。



- ① 急性期か回復期かなどでも、退院の見通しは大きく異なります。
一概に〇日前までに決められないのも病院の実情です。



- ② 退院後のサービス提供を行うには、準備や調整が必要です。突然、「今日退院します。」と言われると、介護支援専門員等は大変困惑し、患者さんや家族はもっと困ることになります。

❖心がけること❖

医療機関

- 主治医に退院の目安を確認し、介護支援専門員等に連絡するようにしましょう。
- 退院の目安が変わった時には、速やか(早め)に介護支援専門員等に連絡を入れるように心がけましょう。
- 退院時チェックリストで介護支援専門員等への連絡を確認しましょう。

住宅改修、福祉用具貸与・購入等が必要な場合は早めに、介護支援専門員等に連絡するようにしましょう。

❖心がけること❖

介護支援専門員等

- 入院した時から介護支援専門員等は病状の経過について医療機関スタッフより情報収集を行い、医療機関スタッフと退院見込みを早めに共有しましょう。

連携室がある医療機関についても、連携室が全ての入院患者の入退院支援に関わっているわけではありません。
各病棟や連携室など、多くの部署が関わっています。
【日向・東臼杵地域 医療・介護地域資源リスト】で確認しましょう。

解決策⑤…退院時

退院前カンファレンスを開催する時は、介護支援専門員等も参加しましょう。



医療機関、介護支援専門員等が連携し、住み慣れた地域で患者さんが暮らせるように、知恵を絞りましょう。

患者本人、家族の意向を確認した上で、双方は分かりやすい言葉を使い、必要な情報を事前に確認しましょう。

介護支援専門員等はそれらを踏まえ、居宅サービス計画や施設サービス計画を作成しましょう。

- ・カンファレンスの必要性については、医療機関と介護支援専門員等がお互いに連絡を取り合い、話し合いのうえ決めるように心がけましょう。
- ・カンファレンスをする場合は、話し合いのうえ日程調整をしましょう。

✿心がけること✿

医療機関

- ・医療機関は、退院前カンファレンスを開催するようにしましょう。

〈カンファレンスを開催する対象の患者〉

- 介護保険サービスを初めて利用する患者
- 状態に変化がある患者が、入院前より悪化している患者
- 退院後のサービス調整が必要な患者

介護支援専門員等

- ・カンファレンスの必要性について、なるべく介護支援専門員等から相談をするように心がけましょう。

解決策⑥…退院時

医療機関は退院前カンファレンスを開催しない時は、
退院サマリー等を活用し情報提供をしましょう。



現状や注意点を介護支援専門員等に伝えることで、地域に戻った患者さんが利用する通所リハや通所介護、訪問看護や訪問介護に従事するスタッフは、それを基にサービス計画を作成し、サービスを提供することができます。それらは、患者さんの自立支援に有効に働きます。

✿心がけること✿

医療機関

- ・サマリー等を活用し、介護支援専門員等に紙面で情報提供するように心がけましょう。
- ・サマリーには、病名や現状、注意点を記入するようにしましょう。
- ・退院前カンファレンスの有無を、担当介護支援専門員等に電話等で連絡するようにしましょう。
- ・退院日を介護支援専門員等に伝え、現在の状況を話すようにしましょう。
- ・できるだけ退院前に理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士は訪問、あるいはアドバイスをするようにしましょう。
- ・退院時の病状説明の日が決まったら、介護支援専門員等に伝えましょう。

✿心がけること✿

介護支援専門員等

- ・退院時の病状説明（インフォームド・コンセントやムンテラ）に、できるだけ参加するようにしましょう。
- ・できるだけ本人に会って確認するようにしましょう。
- ・介護支援専門員等は、情報がないときは、できるだけ入退院支援の担当者に問い合わせるようにしましょう。

解決策⑦

介護保険制度について、わからないことは担当介護支援専門員等や
地域包括支援センターに聞きましょう。



介護保険制度は、制度としては医療制度より歴史が浅く、医療機関が理解しにくい部分もあります。介護支援専門員等や地域包括支援センター、または、市町村の担当課は、問合せがあった時には丁寧に説明するよう心がけましょう。お互いの立場の違いを理解し、医療・介護が足りない所を補い合うことで、日向・東臼杵地域の地域包括ケアシステム体制を整え、より良いサービスを提供できる体制を作り上げていきましょう。

❖心がけること❖

・医療機関と介護支援専門員等は、お互いに関係づくりに努め、制度の理解を深めましょう。

医療機関

・介護保険を申請する前に、地域包括支援センターなどに問合せをするように心がけましょう。

介護支援専門員等

・介護保険制度について、医療機関スタッフへ説明をするようにしましょう。

解決策⑧

入退院支援の窓口を確認しましょう。

❖心がけること❖

日向・東臼杵地域 医療・介護地域資源リストがどこにあるのかを、みんなが把握し、活用しましょう。

医療機関

・医療連携室がない医療機関については、入退院支援の窓口を決めましょう。

・【日向・東臼杵地域 医療・介護地域資源リスト】を連携室・窓口に置きましょう。

介護支援専門員等

・居宅介護支援事業所は事業所に必ず置きましょう。



【日向・東臼杵地域 医療・介護地域資源リスト】については、平成 30 年度に web 上で公開しますので、活用をお願いします。

解決策⑨…「周知」と「理解」

医療機関、事業所内でハンドブックの「周知」を図り、従業者が各々に「理解」を深め
地域住民の入退院支援を実践しましょう。



平成29年度の意識調査では、ハンドブックの周知と理解について、

- ① 医療機関のスタッフは、72.2%、介護支援専門員等は22.6%が「周知できていない」と回答。
- ② 医療機関のスタッフは、72.6%、介護支援専門員等は20.4%が、「理解していない」と回答。

それぞれの医療機関や事業所で知恵を出し合い、コミュニケーションハンドブックの「周知」と「理解」のために工夫しましょう。

✿心がけること✿

医療機関

- ・全職種に対して、院内でハンドブックや介護保険制度について研修を行いましょう。
- ・入退院時のマニュアルとして、新人教育時から使用しましょう。
- ・院内の退院支援のルールに、ハンドブックの運用を載せましょう。
- ・各病棟にハンドブックを配付しましょう。

✿心がけること✿

介護支援専門員等

- ・事業所内での勉強会を行いましょう。
- ・介護支援専門員等一人ひとりがハンドブックを持ち活用しましょう。
- ・ハンドブック(概要版)を掲示し、【日向・東臼杵地域 医療・介護地域資源リスト】を使いやすい所に置いて活用しましょう。

医療・介護連携情報共有連絡票【利用者の照会・相談等】

宛先	【医療機関】		発信元	【地域包括支援センター・居宅介護支援事業者】	
	名 称	:		名 称	:
	職 名	:		職 名	:
	氏 名	:		氏 名	:
	F A X 番 号	:		電 話 番 号	:
				F A X 番 号	:

日頃よりお世話になっています。
担当しています下記利用者様につきまして、主治医の先生よりご意見をいただきたいと考えています。お手数をおかけしますが、下記「利用者の照会・相談内容等」の欄に記載しました内容につきまして、F A X などにてご回答くださいますようお願いいたします。
なお、重ねてのお願いにはなりますが、 月 日（ ）までにご返信いただけると助かります。

＊なお、契約時に関係機関と情報共有することは、

☐ ご本人の同意を得て、ご連絡いたします。

☐ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますので、ご連絡いたします。

1 介護支援専門員から

利用 者	氏 名					
	生年月日	☐ 明 治 ☐ 大 正 ☐ 昭 和				
	住 所					
	電話番号					
	介護サービス 利用状況	訪問系				
		通所系				
		その他				
結 認 果 定	☐ 総合事業 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5					
	有効期間	～				
<利用者の照会・相談内容等>						

2 主治医の先生から

<主治医からの回答・助言等>

令和 年 月 日 記載者名

医療・介護連携情報共有連絡票【担当介護支援専門員の連絡】

令和 年 月 日

病院
先生

現在、貴院受診（入院）中の下記の患者様の介護支援専門員として担当をさせていただきます。

今後、ケアプラン作成などにおいて、先生に何かとご助言いただきたく存じますので、よろしくお願いします。まずは、書面をもって、連絡します。

記

利用者	氏 名	様				
	生年月日	☐ 明 治	☐ 大 正	☐ 昭 和		
	住 所					
	電話番号					
	認定結果	☐ 総合事業				
		☐ 要支援1 ☐ 要支援2				
☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5						
	有効期間	～				

地域 在宅 包括 介護 支援 事業 所 一	事業所名	
	住 所	
	電話番号	
	F A X	
	担当者名	

※お手順をおかけしますが、該当患者のカルテに添付いただきますよう、お願い申し上げます。

※入院した際や退院が決まった際、または状態の著しい変化があった際などに、ご連絡をいただくと助かります。

医療・介護連携情報共有連絡票【利用者情報提供】 N01

この様式は、利用者が入院する際に、医療機関に情報提供する時に使用します。
医療機関は、入院時や、退院支援に向けて、様式の情報を有効に活用してください。

※下記利用者(家族)の同意に基づき、在宅での介護情報等を送付します。

医療機関等名称 様	送付日	年	月	日
	入院日	年	月	日

利用者基本情報

しめい 氏名			生年 月日	☐ M ☐ T ☐ S 年 月 日			障 が い 認 定	☐ なし ☐ 身障(級) () ☐ 精神(級) ☐ 療育 ☐ A ☐ B1 ☐ B2 ☐ 難病 ()			
			性別	☐ 男 ☐ 女	年齢	歳					
介護 度	☐ 介護 () ☐ 支援 () ☐ 総合事業		有効認定期間								
			☐ H 年 月 日 ~ 年 月 日 ☐ R								
介護 サービ ス	支 援 内 容 ・ 回 数	訪問系									
		通所系									
		その他									
同居者	昼間 夜間	☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし	住環境		☐ 一戸建て ☐ 集合住宅(階) ☐ 施設()						
主介護者	①	氏名	続柄		電話	家族構成図					
	②										
キーパーソン (家族以外) 例: ケアマネ	①	氏名	続柄		電話						
	②										
緊急連絡先 (上記と異なる場 合)	①	氏名	続柄		電話						
	②										
家族の かわり	○ 同居者を囲む ☆ 主介護者 ♥ キーパーソン										

かかりつけ医情報 *わかる範囲で記入

	主病名	医療機関名称	受診頻度	特記事項
1				
2				
3				
4				

介護・退院後・延命・看取りに関する本人・家族の意向等

--

記入者 *退院の目途がついたら、下記までご連絡をお願いします。

事業所等 名称			担当			上記利用者の ケアプラン	☐ 作成済 ☐ 未作成
電話		FAX		住所			

医療・介護連携情報共有連絡票【利用者情報提供】 N02

利用者氏名:

身体機能及び生活機能等

最終確認日(

年

月

日)

(1)アレルギー	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり ()				
(2)特別な医療	☐ なし ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン ☐ シヤント ☐ ペースメーカー ☐ あり ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ ステント ☐ その他() 部位:				
(3)薬剤の管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助 ☐ 内服確認 ☐ セッティングのみ				
(4)意思の伝達	☐ 可 (伝達方法: ☐ 不可 (意思伝達が困難な要因:)				
(5)認知症症状 具体的な症状は 特記事項に記載	☐ なし ☐ 記憶障害 ☐ 幻覚・妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 介護への抵抗 ☐ あり: ☐ 抑うつ・不安 ☐ 暴言・暴力 ☐ 不潔行為 ☐ 徘徊 ☐ その他()				
(6)視力	☐ 新聞等の字が見える ☐ 目の前の物が見える ☐ ほとんど見えない ☐ 判断不能		眼鏡使用 ☐ なし ☐ あり		
(7)聴力	☐ 日常生活に支障なし ☐ 大声なら何とか聞こえる ☐ ほとんど聞こえない ☐ 判断不能		補聴器使用 ☐ なし ☐ あり		
(8)麻痺・拘縮	☐ なし ☐ あり	(9)麻痺・拘縮の部位 ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ その他 ☐ 左下肢 ☐ 右上肢 ()			
(10)起居動作	① 寝返り ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助(備考:) ② 起き上がり ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助(備考:) ③ 立ち上がり ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助(備考:)				
(11)移動 ① 屋内 ② 屋外	☐ 自立 ☐ 介助 → ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他 ☐ 自立 ☐ 介助 → ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他				
(12)移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
(13)排泄の介助	☐ オムツ ☐ 留置カテーテル ① 排便 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ Pトイレ ☐ 間歇導尿 ② 排尿 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()				
(14)褥瘡の有無	☐ なし ☐ あり ()		(15)皮膚疾患 ☐ なし ☐ あり()		
(16)身体保清	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 備考:				
(17)衣服の着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 備考:				
(18)食事	① 摂取方法 ☐ 経口 ☐ 経管 (方法: 内容: 量: 回数: 所要時間: ② 食形態 ☐ 普通 ☐ 刻み ☐ ミキサー ☐ その他() ③ 食動作 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ④ 水分とろみ ☐ なし ☐ あり				
(19)義歯使用	☐ なし ☐ 義歯を使用 ☐ 総入れ歯 ☐ 上 ☐ その他 ☐ あり ☐ 義歯を不使用 ☐ 部分入れ歯 ☐ 下 ()				
(20)口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 方法: ☐ 歯ブラシ ☐ うがい				
(21)睡眠の状態	☐ 良眠 ☐ 睡眠障害()		(22)眠剤使用 ☐ なし ☐ 時々 ☐ 毎晩		
(22)寝具	☐ 敷布団 ☐ ベット ☐ 電動ベット ☐ その他()				

特記事項:補足が必要な項目の番号とその情報も記載しましょう

在宅での介護上の問題点・注意すべき点等

* FAXで医療機関に送信する場合は、該当する項目の□は☑ではなく、■で回答してください。