

記入の手引き

(その3)の概説

回復期病院 ⇒ 在宅または介護老人保健施設への転入所
 介護老人保健施設または一般病院 ⇒ 在宅

入院中に行われていた治療やケアを退院後、「どのように」「誰が」役割を担うのか、そして予測される問題点、緊急時の連絡・相談先を明確にします。文字で可視化することで、ご本人・ご家族の理解の仕方を確認します。そのため、ご本人・ご家族にわかり易いように、平易な言葉で記入します。また、地域支援者への情報提供でもあります。書ききれないことは既存の書類を添付してください。

MSW
 できるだけご本人・ご家族の言葉のままに書きます。

MSW
 家族構成図を書きます。同居家族・キーパーソン・日中の介護者がそれぞれ違う場合もあるので明記します。

MSW
 転院だけではなく、在宅プランの参考にします。

Dr
 注意すべきこと、ご本人・ご家族へ説明されていることを記入します。

Dr
 現在ある問題、今後注意が必要なもの、その時の対応策なども、直接話を聞いていない家族や在宅支援者にもわかり易い言葉で記載します。

Dr
 絶対飲み忘れては困るものや、飲み忘れた時の対処を記入します。
 (例)抗痙攣剤・血糖降下剤・降圧剤など、抜けたままにするのか、気づいてすぐ飲むのか、その後の時間をどう修正すれば良いのかなど、具体的な指示を記載します。

地域連携診療計画書(その3) <回復期から在宅・維持期へ> 回復期: 病院

氏名 (男女) 様 (年齢) 歳 退院時のご本人のご希望	退院時のご家族のご希望
ご家族・キーパーソン (同居別、お名前、続柄、職業) 国内に①②③をつける	保険種別 □社本 □社家 □国 □生 □老 □高 □福 □後 □低 □その他の減免等()
ご家族・キーパーソン① お名前 関係()	身障手帳 □無 □将来申請 () □有 (肢体 内部 その他) (種 級)
ご家族・キーパーソン② お名前 関係()	その他の手帳 ()
ご家族・キーパーソン③ お名前 関係()	介護保険 □未申請 □申請中(新規 変更) 申請日(/ /) □認定済 □要支援() □要介護()
緊急連絡	居宅介護支援事業所
キーパーソン① お名前 関係()	ケアマネジャー
キーパーソン② お名前 関係()	住居 □持家 □賃貸 □集合住宅:エレベーター(有 無) □バリア:
キーパーソン③ お名前 関係()	経済状況
情報提供書添付あり	記入日 月 日 記入者
診断名 □脳梗塞 □ラクナ □アテローム □心原性塞栓 □他 □脳出血 □橋 □視床 □被殻 □皮質下 □他 □クモ膜下出血 □その他()	見当識 □日付がわからない □家族の名前がわからない □自分の居場所がわからない 運動麻痺 □(右 左)(上肢 下肢)の力が入らない 失調 □歩行時にふらつく □立ってられない 感覚障害 □(右 左)側の感覚が鈍い 半側空間無視 □(右 左)側の刺激に関心・注意が向かない 半盲 □(右 左)半分が見えない 視力 □(右 左)眼が見えにくい 難聴 □(右 左)耳が聞こえにくい □補聴器使用 失語 □言いたいことを言葉にできない □言葉を理解できない 構音障害 □呂律が回らない □他人に聞き取れない 嚥下障害 □食事をむせる 記憶力障害 □直近のことを忘れる コミュニケーション □筆談 □手話 □家族とのみ □不可能 問題行動 □せん妄(昼夜問わず 夜間) □徘徊 □不潔行為 □拒薬 □抑うつ □意欲低下 □不眠
発症日 年 月 日 発症部位	在宅療養・生活習慣のリスクと注意点 □薦められること □控えるべきこと □疑問の注意点 □夜間の注意点 □服薬の注意点
治療経過 (/): (/): (/):	悪化・再発予防策 □受療すべき時機 □内服薬の調整 □食事 □嗜好品 □運動
既往歴 アレルギー()	感染症(検査日 月 日) □MRSA □HBs □梅毒 □HCV □その他()
併存・合併症の今後の注意点 □高血圧 □糖尿病 □不整脈 □痙攣発作 □水頭症 □感染 □その他()	栄養 □栄養指導書添付あり □カロリー □塩分 □食形態 □その他()
処方 処方箋コピー添付あり □服薬指導書添付あり 管理方法 □自己管理 □家族管理 □介護者管理 □一包化	

目標: 安心して在宅・施設療養を送ることができる

移動 歩行 自立 □見守り □介助 車いす 自立 □見守り □介助 歩行器 自立 □見守り □介助 杖 自立 □見守り □介助	屋内 自立 □見守り □介助 自立 □見守り □介助 自立 □見守り □介助 自立 □見守り □介助	屋外 自立 □見守り □介助 自立 □見守り □介助 自立 □見守り □介助 自立 □見守り □介助
食事 □経口:主食(米飯 粥) 副食(常 ぎざみ) □経管(経鼻 経胃)()Fr 交換()週ごと	日常生活 1:できない、一部介助 2:できない、全介助	機能低下時のリハビリ相談先: 補助具と装具(今後の修正、更新)
排泄 □自立 □見守り □常時見守り □介助 排尿回数()回/日 夜間排尿()回 排便回数()回/日 最終排便日(/ /) オムツ 尿器 トイレ ボンパル(24h 夜のみ) ストマ 膀胱ろう 尿道カテーテル:()Fr 交換()週ごと	入浴 □自立 □見守り □介助(軽 中 重) 更衣 □自立 □見守り □介助(軽 中 重) 整容 □自立 □見守り □介助(軽 中 重) □吸痰・口腔ケア □別紙参照 □床ずれ・清拭 □別紙参照 □服薬の注意点 □別紙参照	リハビリ これまでの訓練目標と見込み 在宅で継続すべきこと 回避すべきこと(過介助等)
退院準備の相談 (月 日) 出席者(病院・施設名):	今後予測される課題と対策 3ヶ月目標: 6ヶ月目標:	退院準備の相談 (月 日) 出席者(病院・施設名):
急変時の病院連絡先 (緊急入院ができない場合もあります)	在宅かかりつけ医	急変時の病院連絡先 (緊急入院ができない場合もあります)

《診療報酬算定要件》

- 地域連携診療計画書退院時指導料 (I) 600点
 地域連携診療計画管理料を算定した患者に対し、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、文書にて患者へ提供するとともに、計画管理病院に対し文書にて報告した場合に、退院時に算定する。
- 地域連携診療計画退院計画加算 100点
 患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所等と連携を行い、患者の同意を得て、退院後の診療計画について、文書にて退院後の療養を担う医療機関や介護サービス事業所等に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料(I)に加算する。

看護師
 生活の中で、または介助する上で、特に配慮していること、介助のコツ、支援者にも注意してほしいことなどは、空欄に記入、または別紙をつけます。
 吸引や排泄の介助など、家族の介護負担が日中と夜間で違う場合は、その頻度を分けて記入します。

PT・OT・ST
 症状や障害の特性に配慮して、してはいけないことや周囲が安全のために注意すべきことを記入します。
 通院リハ、通所リハ、訪問リハ等、必要があれば提案として、頻度や時間数なども具体的に記載します。

主としてMSW
 ご本人・ご家族も交えて確認したことを記入します。文字で理解を再確認するとともに、退院後の覚書となります。また、ケアマネジャーがカンファレンスに参加できない場合は医療機関の方針を在宅支援者に伝えることも目的としています。

MSW・Dr・Nrs・PT・OT
 入院中の生活リズムと、家族を含めた在宅での実際の生活リズムとの違いを確認し、必要な介助と家族の生活時間をすり合わせます。本人だけでできること、絶対に介護者が必要な時間帯などを確認し、在宅で困らないように、場合によっては時間や回数など退院までに調整できることを考えます。

MSW・Dr・Nrs・PT・OT
 勧めたいサービス、時期を見て再検討が必要なものなど、意見を記載しておきます。

MSW・Dr
 ご本人・ご家族と確認して記入します。かかりつけ医に、いつ・誰が連携パスを渡すのかも一緒に確認しておきます。