

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態等

記入日：平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

属性	フリガナ	ヤマダ ハナ	性別	年齢	退院時の要介護度 (<input checked="" type="checkbox"/> 要 区分変更)
	氏名	山田 ハナ 様	男・(女)	85 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援()・要介護(1) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし
入院(所)概要	入院(所)日	H ○ 年 ○ 月 ○ 日			
	退院(所)予定日	H ○ 年 ○ 月 ○ 日			
	入院原因疾患(入所目的等)	脳梗塞			
	入院・入所先	施設名 ○○病院 ○ 棟 ○○室			
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	医療機関名： ○○クリニック		方法	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
	現在治療中の疾患	① 脳梗塞 ② 高血圧 ③		疾患の状況	*番号記入 安定(①②③) 不安定(①②③)
	移動手段	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行者 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> その他(テスト入力中 改行なし)			
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ カテーテル・パウチ(テスト入力中 改行なし)			
	入浴方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> 行わず			
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他(全粥、やわらか食)		UDF等の食形態区分	2
	嚥下機能(むせ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部分・総)
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		<input checked="" type="checkbox"/> 入院(所)中の使用： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 不良(テスト入力中 改行なし) 眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> せん妄 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input checked="" type="checkbox"/> 攻撃性 <input checked="" type="checkbox"/> その他(テスト入力)				
② 受け止め/意向	〈本人〉病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ・脳梗塞(右麻痺/再発2回目) ・再発入院に落ち込んでいる右麻痺、嚥下障害、構音障害 ・言葉と身体の不自由さ、特に発語の機能低下にショックと不安焦燥感が大きい(話すことが苦痛)			
	〈本人〉退院後の生活に関する意向	・言いたいことが思うように発語できず、ストレスを感じているが、機能訓練には前向きに取り組んでいる ・ショックと不安を感じながらも、息子を気遣い、不安感などの気持ちはあまり多くは口に出来ない様子 ・一方で、「早く家に帰りたい」「甘いものが食べたい」という要望はでている			
	〈家族〉病気、障害、後遺症の受け止め方	・とにかく命が助かって良かった ・以前のように回復して欲しいが、主治医から2度目の発症で、入院前より介助を要するとの説明を受け、理解はしている。息子は仕事もあるので、介護への不安は強いものの、医師予想よりも回復が早く、入院当初よりも不安は軽減している			
	〈家族〉退院後の生活に関する意向	・本人の「早く家に帰りたい」という要望をかなえて、早く連れて帰ってあげたいという意向を持っている ・自宅での介護継続についても、不安はあるものの前向きな態度で、家族としての覚悟が感じられる ・まずは今回の状態像での介護のイメージを早くつかみ、その上で日常生活が安定することを望んでいる			

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストマ <input type="checkbox"/> 消化管ストマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射(テスト) <input type="checkbox"/> その他(テスト入力)			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他(テスト入力)			
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input checked="" type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input checked="" type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他(テスト入力)			
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)		
		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	○○○○		
病状・病後の予後・予測	・リハビリを続ければ歩行やトイレ動作、コミュニケーション能力の改善を目指すことができる(転倒リスクあり) ・再発リスクが高いため、定期受診と薬の管理を正確に行う必要がある				
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 脳梗塞による右片麻痺、嚥下障害、構音障害、発病(再発)と体の不自由さや、特に発語障害によるコミュニケーション能力の低下による、気分の落ち込み、ストレス、早期退院希望による入院リハビリの終了、玄関の段差、週3日日中独居				
在宅復帰のために整えなければならない要件	○○○○				
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席
1	H ○ 年 ○ 月 ○ 日	看護師(田○様)、MSW(小○様)			(無)・有
2	H ○ 年 ○ 月 ○ 日	看護師(木○様)、MSW(小○様)、PT(齊○様)			(無)・有
3	H ○ 年 ○ 月 ○ 日	主治医(武○医師)、看護師(木○様)、MSW(小○様)、PT(齊○様)			無(有)

※課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

※記入例の内容について引用、参考：平成28年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業入院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業 入退院時におけるケアマネジメントの医療機関等との連携・情報収集の手引き 平成29年3月 株式会社 日本能率協会総合研究所より