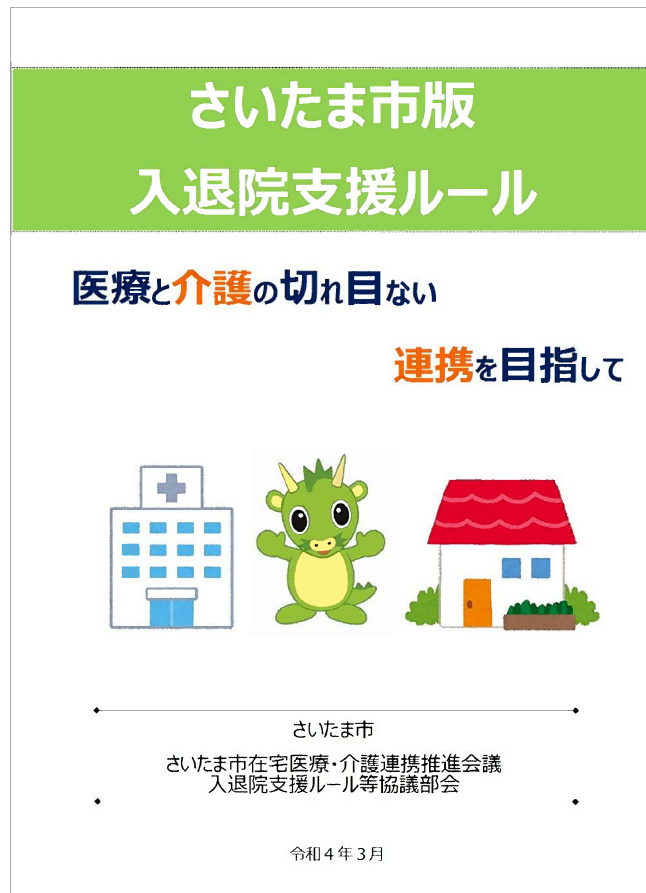


さいたま市版入退院支援ルール（概要）①


入退院支援ルール手引き冊子(関係者用)



普及チラシ(配布用)

もしもの時に備えて・・・
「通院・入院時あんしんセット」
を準備しておきましょう

- 通院や急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒にのケース等に入れて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- 退院予定や転院が決まったときにも、必ずケアマネジャーに連絡してください。



通院・入院時あんしんセット (準備したら○をしましょう)	
①本人と家族の連絡先	②医療保険証
③介護保険証	⑤お薬手帳
④ケアマネジャーの名刺	⑥かかりつけ医の診察券
⑦私の意思表示ノート (書いている場合)	④ケアマネジャーの名刺
	⑦私の意思表示ノート

埼玉県作成(令和4年3月さいたま市改編)

■入退院支援ルールについて

<https://www.city.saitama.jp/002/003/003/002/005/p086323.html>

さいたま市 入退院支援ルール

検索



さいたま市版入退院支援ルール（概要）②

さいたま市版入退院支援ルールの構成

1 はじめに

- 市の高齢者の状況（特に後期高齢者の増加が著しい）、ルール作成の必要性 等

2 「入退院支援ルール」作成の目的

- 早い段階での患者情報の共有が、退院の早期化、円滑な在宅生活につながる。
- 一部の医療機関で情報共有シートが使われているが、医療・関係者間の円滑な連携のためには、市共通のルールを明文化し、システムとして機能させることが必要。

3 「入退院支援ルール」の位置づけ

- 医療・介護関係者が必要な情報を共有するための基本的な流れを示したもの。
- 情報共有方法、退院カンファレンスの要否・時期・回数等は病院担当者とケアマネで調整。
- ルールは強制ではなく、さいたま市4医師会等や市が使用を推奨するもの。

4 「入退院支援ルール」の共通事項

- 適用地域（さいたま市全域）、運用開始時期（令和4年度）、ルールを適用する患者
- 支援の担当者（ケアマネ・包括・訪看・医療機関・かかりつけ医・歯科医・薬剤師・市）
- 入退院支援の担当窓口（市・医療機関・介護サービス事業所・在宅医療連携拠点 等）

さいたま市版入退院支援ルール（概要）③

5 さいたま市「入退院支援ルール」

入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっている場合

時系列	入院する医療機関の役割	ケアマネジャー・ 訪問看護師の役割	かかりつけ医・薬局・ 歯科医師の役割	本人・家族の役割
在宅時		<ul style="list-style-type: none"> ・日頃から本人・家族に対して入院の際は、ケアマネへの連絡を依頼 ・通院・入院時あんしんセット(8頁)の準備を本人、家族へ依頼 ・日頃から居宅サービス事業所に対して入院した事実を本人・家族から把握した場合は連絡を依頼 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族に対してお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・「(注) 通院・入院時あんしんセット」の準備が望ましい ・キーパーソン(原則家族の代表者。家族が不在の場合はそれに準ずる第三者)を決定 <p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族の連絡先 ・ケアマネの名刺 ・健康(介護)保険証 ・診察券(かかりつけ等) ・お薬手帳 ・事前意思表明書
<p>・キーパーソンを検討(未決定時には、入院後に本人や家族、ケアマネ、医療機関、行政等とともに検討)</p>				
入院時 (検査入院、透析等の短期入院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・速やかに(連休を除き概ね3日以内)に「通院・入院時あんしんセット(10頁)」等により介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に対して行政(区役所高齢介護課)に確認するよう依頼 ・かかりつけ医・薬局・歯科医療機関の有無を確認 ・ケアマネがいる場合は入院の連絡について家族へ確認(概ね3日以内) ※連絡が困難な患者の場合は医療機関担当者から電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス事業所はケアマネに入院の電話連絡。ケアマネは訪問看護師へ電話連絡(利用がある場合) ・ケアマネ及び訪問看護師は連絡を受けてから速やかに(概ね3日以内)に利用者情報提供書等を郵送又は電話連絡の上、持参または郵送 ※FAXの場合は個人情報保護に留意 ・キーパーソンがいない等の場合、医療機関のソーシャルワーカー(相談員)へ相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅時の診療、服薬等の情報提供 ・入院先の歯科口腔外科等に引継 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡 ・医療機関へ担当ケアマネについて連絡 ・可能であれば、ケアマネと調整の上、居宅サービス事業所・主治医・かかりつけ歯科医に連絡(ケアマネと調整)

さいたま市版入退院支援ルール（概要）④

入院中	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じてケアマネに入院中の様子を情報提供(外出・外泊時も含む) ・必要に応じて介護支援等連携指導を実施(2回まで算定可) 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて医療機関を訪問し、患者・家族、医療機関担当者等と面接(訪問時は、事前に医療機関と日程調整) 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院先へ口腔内状況評価(病院アセスメント) ・必要時は入院先へ訪問歯科診療 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活意向について家族内で意思統一 ・外泊の場合はケアマネに連絡
退院見込	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>退院見込日が決まり次第</u>(できれば1週間前までに)<u>ケアマネに電話連絡</u> *後日、退院見込日に変更がある場合はすみやかに電話連絡(家族へ依頼も可) 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス事業所等に退院見込日等の情報を連絡して、情報を共有、アセスメントを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、入院先から退院見込日、治療等の情報を受ける 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡
退院調整	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>入院前と状況の変化(新たなサービス利用等)がある場合は以下のとおり退院調整会議開催</u> (退院予定日、福祉用具や住宅改修・義歯等の調整・服薬管理・医療系サービスの必要性の検討等) ケアマネ・訪問診療医・訪問看護師・歯科・薬局・行政等に対して会議への参加を依頼(福祉用具が必要な場合は福祉用具関係の事業所も会議に参加) <u>ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定(介護保険サービス必要時は退院前にさいたま市介護保険サービス情報提供パスの依頼)</u> 			
退院時	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>看護サマリー等をケアマネ、訪問看護師に提供。かかりつけ医には情報提供書を作成。</u> (患者・家族へ依頼した上での提供も可) ・医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・次回受診日等を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供書の收受 ・配薬カレンダーの提案や内服のアドバイス(麻薬処方等の確認) 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>看護サマリー等を受け取った場合は、速やかにケアマネへ渡す(ケアプランへの反映)。</u>
(転院時)	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡(家族へ依頼も可) ・転院先に情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要時介護タクシーの手配 		<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡
退院後	<ul style="list-style-type: none"> ・継続受診者で状態の変化や受診中断等を把握した場合は、必要に応じてケアマネに情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>ケアプランを患者・家族、かかりつけ医、居宅サービス事業所、病院、歯科、薬局等に提供</u> ・必要に応じて退院後の生活状況を医療機関、歯科、薬局等へ情報提供(概ね1か月後) 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬局は内服の状況を確認し、問題があればケアマネに連絡 <かかりつけ歯科あり> ・依頼により診療(必要時退院前から連携) <かかりつけ歯科なし> ・在宅歯科医療推進窓口・支援窓口へ相談し、歯科医を紹介 	

さいたま市版入退院支援ルール（概要）⑤

入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっていない場合

時系列	入院する医療機関の役割	ケアマネジャー・訪問看護師の役割	かかりつけ医・薬局・歯科医師の役割	本人・家族の役割
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> 速やかに(概ね3日以内)に、患者・家族への聞き取りや介護保険証等により、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に行政(区役所高齢介護課)に相談するよう依頼 		<ul style="list-style-type: none"> 在宅時の診療、服薬等の情報提供 入院先の歯科口腔外科等に引継 	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソン(原則家族の代表者。家族が不在の場合はそれに準ずる第三者)を決定
・キーパーソンを検討(必要に応じて、本人や家族、ケアマネ、医療機関、行政等とともに検討)				
入院	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整が必要な患者の目安(別添)に該当するか確認し、患者・家族の了解を得て電話連絡 患者・家族に介護保険制度について説明 保険者と相談し、本人・家族によるケアマネの選定と要介護認定申請を支援 	<ul style="list-style-type: none"> 家族、親族への連絡調整 医療機関を訪問し、患者・家族、医療機関担当者等と面接(訪問時は、事前に医療機関と日程調整) 医療機関担当者と連携し、介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援 	<ul style="list-style-type: none"> 入院先へ口腔内評価(病院アセスメント) 必要時は入院先へ訪問歯科診療 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活意向について家族内で意思統一 担当ケアマネ決定 要介護認定等の各種申請 かかりつけ薬局決定
退院見込	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護等の医療系サービスの利用を調整 必要に応じて理学療法士等が家屋調査実施 	<ul style="list-style-type: none"> 家屋調査に同行(福祉用具関係の事業所も同席する場合あり) 		
*以降は「(1)入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ手順				

さいたま市版入退院支援ルール（概要）⑥

6 ご本人・家族への入退院支援ルールの周知

- 本人・家族へのルールの周知方法として、通院・入院時あんしんセットを用意していただくための周知用チラシ

7 連携にあたってのマナー・エチケット

- 各職種がお互いの立場を理解し思いやりをもって行動することが大切（例：全ての職種の皆様へ）
 - ①お互いに思いやりを持ち、丁寧な対応を心がけましょう。
 - ②お互いの視点を大切に、わかりやすく相手に伝えましょう。
 - ③他の職種と連携を取る時はどの程度急ぐ案件か相手に伝えましょう。

8 入退院に関する情報共有の様式について

- （様式1）入院時連携シート（ケアマネ ⇒ 医療機関） ※**新規**
- （様式2）退院・退所情報記録書（ケアマネ） ※**既存**（厚労省書式）
- （様式3）退院時連携シート（医療機関・ケアマネ） ※**新規**

9 参考資料

- 入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬／入退院支援機関連絡先

入退院支援に関する情報共有の様式①

市内の病院・ケアマネ等の医療・介護関係者が入退院時の連絡に共通の様式を利用することで、関係者間での円滑な支援や負担の軽減を図ることが可能なことから、市で推奨する書式を作成。

(様式1) 入院時連携シート (ケアマネジャー ⇒ 医療機関)

様式1 入院時連携シート		記載日時	年	月	日
医療機関名: ご担当者名: TEL: FAX:		事業所名: 担当者氏名: TEL: FAX:			
入院時添付書類: <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1・2・3表 <input type="checkbox"/> その他 ※サービス内容につきましては、添付の居宅サービス計画1・2・3表にてご確認ください。					
ふりがな	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 昭	押捺
氏名	<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 平	年 月 日 歳
住所	電話番号	自宅	携帯		
介護保険の 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など 認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)	家族構成	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他				
かかりつけ 医療機関名	TEL	医師名			
要介護度	介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	区分変更	
事前意思表 明の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退院時カンファレンスの希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	成り変更に より希望有	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	主介護者:	続柄	TEL	
食事形態:		サポート:	続柄	TEL	
住居の状況:	<input type="checkbox"/> 暮らさない <input type="checkbox"/> 暮らせる <input type="checkbox"/> 時々暮らせる	同居の有無:	(同居の有無: 有・無(居住地:))		
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	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
風呂	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
着衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴・シャワー浴・清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
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	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		
移動の目的:		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		
病名・告知及び療養状況・既往歴	認知症(認知行動)の有無・精神面の問題点				
医療行為(機器)の有無	コミュニケーション状況・補聴器の使用状況・聴覚・コンタクトの有無				
医療行為の指導内容と習得状況	現在の介護状況				
本人・家族の意向	福祉用具の使用及び家庭の状況				
特記事項(家庭内の問題点など)					

※この介護連携情報シートは、利用者(患者)/家族の同意を得ております。是非ご利用下さい。

■様式1について(新規)

○入院時に、在宅での状況を病院関係者に申し送るために、ケアマネが作成。

■主な項目

○かかりつけ医、介護事業者、訪問看護、薬剤等の関係機関情報、サービス利用状況

○氏名、生年月日、性別、家族情報、連絡先

○既往歴、服薬状況、要介護度、障害高齢者及び認知症高齢者の日常生活自立度

○本人の生活情報、身体・生活機能(ADL、IADL等)の状況、療養生活上の課題

○本人及び家族の意向

○事前意思表示の有無

入退院支援に関する情報共有の様式②

(様式2) 退院・退所情報記録書 (ケアマネジャー)

様式2		退院・退所情報記録書				
1. 基本情報・現在の状態 等		記入日: 年 月 日				
氏名	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)		
	氏名	様 男・女	歳	□要支援() □要介護() □申請中 □なし		
入院(所)	. 入院(所)日: H 年 月 日 . 退院(所)予定日: H 年 月 日					
	入院原由疾患 (入所目的等)					
退院(所)	入院・入所先 施設名		課	室		
	今後の医学管理 医療機関名:		方法	□通院 □訪問診療		
現在治療中の疾患 () の状態	現在治療中の疾患 ()		疾患の状態	H 番号	入院 () 不安定 ()	
	移動手段 □自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他 ()					
	排泄方法 □トイレ □ポータブル □おむつ □カテーテル/パウチ ()					
	入浴方法 □自立 □シャワー浴 □一級浴 □福祉浴 □行わず					
	食事形態 □普通 □経管栄養 □その他 () UDF等の食形態区分					
	嚥下機能 (むせ)		□なし □あり (時々・常に)	嚥下	□なし □あり (部分・総)	
	口腔清潔		□良 □不良 □著しく不良		入院(所)中の使用: □なし □あり	
	口腔ケア		□自立 □一部介助 □全介助			
	睡眠		□良好 □不良 ()	誤用使用 □なし □あり		
	認知・精神		□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他 ()			
本人への病名告知 . □あり □なし						
<本人> 病名、障害、後遺症等の受け止め方						
<本人> 退院後の生活に関する意向						
<家族> 病名、障害、後遺症等の受け止め方						
<家族> 退院後の生活に関する意向						
2. 課題認識のための情報						
退院後に必要とする事項	① 医療処置の内容 □なし □点滴 □酸素療法 □呼吸吸引 □気管切開 □胃ろう □経腸栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿管ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射 () □その他 ()					
	② 看護の視点 □なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血電コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □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) □ターミナル □その他 ()					
	③ リハビリの視点 □なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習 (A/H含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋力改善練習 □起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習 (買い物、調理等) □療養管理 (痛みコントロール) □更生器具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他 ()					
	禁忌事項 (禁忌の有無) (禁忌の内容/留意点) □なし □あり					
症状・病状の予後・予測 <small>退院に際しての日常生活の課題等 (病名・障害・後遺症等の受け止め方、退院後の生活に関する意向) について、本人・家族との話し合いを行い、退院後の生活に関する意向、後遺症に必要となる事項について記載する。</small>						
<small>※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理表の活用も考えられる。</small>						
届出	聞き取り日	情報提供を受けた職種 (氏名)			会議出席	
1	年 月 日				無・有	
2	年 月 日				無・有	
3	年 月 日				無・有	

■様式2について (既存)

○退院時の状況について、ケアマネが病院関係者から患者の情報を聞き取る際に使用するもの (現在利用されている厚労省の様式)

■主な項目

- 氏名、生年月日、性別、介護保険利用状況
- 入院の概要
- 疾患と入院(所)中の状況
- 本人及び家族の意向
- 退院後に必要な事柄 (医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点等)
- 本人の生活情報、身体・生活機能 (ADL、IADL等) の状況、療養生活上の課題
- 症状・病状の予後・予測
- 在宅復帰のために整えなければならない要件

入退院支援に関する情報共有の様式③

(様式3) 退院時・退所情報記録書 (医療機関またはケアマネジャー)

様式3 退院時連携シート (<input type="checkbox"/> 退院時共同指導 ・ <input type="checkbox"/> 介護支援連携指導 (回目) ・ <input type="checkbox"/> 退院時情報)			
開催日時 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分			
開催場所			
氏名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 年齢 歳			
参加者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄): <input type="checkbox"/> 参加者(関係):			
医療機関側	在宅側		
医師 病棟看護師 退院調整看護師 MSW	訪問診療医 訪問看護師 ケアマネジャー 訪問薬剤師		
病状の特徴と連絡事項 <input type="checkbox"/> 看護がマリーをご依頼ください <input type="checkbox"/> 事前意思表明の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
本人・家族の意向 本人意向: _____ 家族意向: _____			
<table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 特殊認知の必要性 </td> <td> <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 精神・行動異常 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 転げ予防マットの必要性 </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 特殊認知の必要性	<input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 精神・行動異常 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 転げ予防マットの必要性
<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 特殊認知の必要性	<input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 精神・行動異常 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 転げ予防マットの必要性		
要介護 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中(申請日: /) 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
経過状況			
退院後の <input type="checkbox"/> 過院 <input type="checkbox"/> 訪問診療の日時 年 月 日 時 分			
<input type="checkbox"/> ドレーン・カテーテル・点滴等 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ・吸引・人工呼吸器等 <input type="checkbox"/> 人工関節・人工膝等 <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷等 <input type="checkbox"/> 排便状況と薬 <input type="checkbox"/> 予想される症状と対処法			
<input type="checkbox"/> 訪問看護(看護師・PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師等 <input type="checkbox"/> 医療型ショートステイ <input type="checkbox"/> その他			
退院予定日 年 月 日 () 送迎手段 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他			
その外、退院までの備考事項			
以上の内容で入院中の医療従事者、ご自宅でお住む看護師、介護事業所と共同で退院支援を行いました。			
医療機関名: _____ 記録者: _____			
私は、上記内容の退院指導を受けました ご利用者様・ご家族様・代理人サイン _____ (続柄) _____			

■ 様式3 について (新規)

- 退院前の連絡やカンファレンスの実施、退院時に、様式2によらずに情報共有等に幅広く利用することを想定。
(主な利用目的は表題の3つ)
- 病院関係者、ケアマネ等を含め幅広い関係者の利用想定。
- 様式を関係者間で共有する場合、患者又は家族、作成者の了承が必要。

■ 主な項目

- 退院予定日
- 退院後の所在地
- 退院後に必要な医療処置、看護処置、リハビリテーション
- 退院後の留意点
- 事前意思表示の有無