

退院前カンファレンス チェックシート（案）

資料 1

様 退院前カンファレンス

病院 病棟

年 月 日

1. 入院中のADLとケア

移動と移乗、入院中のリハビリについて
転倒の危険性（屋内・外、日中・夜間）など。
現状の目標と問題点等

食事内容と食事介助の方法

食形態・**制限** 主食・副食 水分摂取量等

排泄

Pトイレ・オムツの種類・交換頻度・排便コントロール等

寝具と体位交換、皮膚トラブルの有無

入院中の入浴・保清の方法と頻度

デイやショートでの入浴可能な血圧・体温等

睡眠・更衣・口腔ケア・その他

夜間の様子・センサーマット使用理由等

認知機能・精神面（コミュニケーション・理解力等）

行っている医療処置

必要な医療器具・福祉機器はありますか。使い方の習得はできていますか。例：胃瘻やインシュリン注射等。在宅復帰後に使用する消耗品はありますか。購入方法は？在宅にあるものの活用等（福祉用具の代用）

2. 入院中の情報から、退院前訪問指導や家屋評価を受けて、在宅復帰後の介護方法・介助方法の習得やサービスでのケア方法の確認、統一は図れていますか

（各項目をチェック 確認済み 検討中）

3. クスリについて

在宅での内服管理（**外用薬・点眼薬含む**）の調整はできていますか

4. 本人・家族の希望と心配について

5. 在宅復帰後のケアプラン原案について
どのようなサービス・**目標**で支援していくのか等

6. 医療系サービスの導入の場合、指示書や開始時期等の確認
リハビリ継続の必要性や目標の確認・期間・内容・意欲等（**禁忌肢位等**）

7. 退院日について・退院後の受診について
退院日までの間で、在宅生活を想定してリハビリやクスリの調整の必要はないですか。リハビリについての相談窓口（担当者）等

8. 急変時の対応に関して

9. 緊急連絡先や方法の確認

このシートは必ず使わなければならないシートではありません。また、居宅介護支援費の退院・退所加算の算定を担保するものではありません。お互いの情報漏れが無いようにするためのチェックシートであり、活用は自由ですので、ご了解頂きご使用下さい。 三郷市在宅医療・介護連携推進協議会作成 H29.11.16 V e