参考資料⑤

# 地域への情報提供シート（看護サマリーシート）

## 退院時に必要な情報

1．氏名　　男・女　　生年月日（年齢　　）

2．住所（現住所と訪問先が異なる場合、明記する）　　連絡先

3．病名　　既往症

4．今回の入院に至った病状と入院における病状経過（治療経過）

5．今後の方針（医師からの説明内容、告知の有無含む）

6．医師の説明に対する受け止めや病気の理解
　本人：　　家族：

7．希望する最期の場所
　本人：　　家族：

8．入院前の状況と変化した点　（入院前　　⇒現在　　）
　・自立度　　・認知度　　・ＰＳ（ﾊﾟﾌｫｰﾏﾝｽｽﾃｰﾀｽ）

9．継続する課題
（1）身体機能障害（麻痺、拘縮、言語、視覚、聴覚、嚥下、他）
（2）認知障害、意思の疎通
（3）感染症、アレルギー、禁忌
（4）栄養状態、嚥下機能、食事・水分制限の有無、体重の増減、歯・口腔の状態
（5）皮膚の状況（スキントラブル、褥瘡など）
（6）排便コントロール（摘便の要否、最終排便日など）

10. 家庭環境
（1）介護状況：・単身、介護者、介護協力者、キーパーソン　・介護力、介護可能な時間
（2）家屋環境：・戸建、集合住宅　・エレベーターの有無　・トイレ　・ベッド　・手すり

11. ADL・IADL 及びセルフケア能力：自立か、要介助かを明記
（1）ADL：食事、排泄（トイレ、Ｐトイレ、オムツ）、保清（入浴、シャワー浴、清拭）、寝返り、座位、立位、歩行、移乗・移動
（2）IADL：家事、意欲、金銭管理など
（3）内服の管理能力（具体的に確認する）
（4）リハビリの状況と目標や考慮すべきこと（杖や補装具の使用など）

12. 継続する医療及び医療処置

（1）経管栄養（胃ろう･腸ろう･食道ろう･経鼻、栄養剤、量、注入時間、注入方法、カテーテルの種類やサイズ）

HPN（輸液内容、量、間歇(けつ)か持続か、ポンプメーカー）

点滴（末梢、ＣＶ、ＣＶポート、内容、量）

インスリン注射（薬剤名、量、時間、ＢＳ値）

尿留置カテーテル（経尿道・膀胱(ぼうこう)ろう・腎ろう、カテーテル種類、サイズ、交換頻度と次回の交換日）

ドレーン管理（挿入部、包交頻度、通常の排液量）

疼痛管理（薬剤名、量、内服時間、貼付剤等交換時間、持続皮下注、レスキューの使用頻度）

気管切開（永久気管孔、カニューレの種類、交換頻度）

人工呼吸器（機種、設定、回路交換者）

在宅酸素（流量、時間、機種、携帯ボンベの有無）

ストマ、ウロスミー（部位、使用装具の詳細、交換頻度）

透析（血液・腹膜、時間、透析液濃度、機器メーカー）

褥瘡（部位、処置内容）

吸引（吸引頻度）

（2）誰が医療管理を行うのか（誰に指導したか）

どこまで指導できているか、その達成度はどうか

（3）今後の医療管理を担う所はどこか

・カテーテル交換等はどこの医療機関で行うか、次の交換予定日いつか

・医療材料、衛生材料の準備、手配状況

・在宅療養指導管理料は、どこの医療機関が算定か、訪問看護指示書との関係はどうかを確認する必要がある

13. 今後の医療的サポートについて

・病院受診時の科と主治医は誰か、退院後のフォロー窓口はどこか

・今後かかりつけ医に依頼するか、介入予定のかかりつけ医はどこか

・訪問看護ステーションはどこか

・病状急変時の受け入れ病院はどこか

14. その他利用する必要性のあるサポート

リハビリテーション、薬局、訪問介護、福祉用具など

15. 保険、公費情報

要介護度、難病、身障、生保など