

在宅生活情報シート（維持期→回復期情報提供書）について

◇目的

本シートは、回復期リハビリテーション病院から自宅へ退院された方の自宅生活の様子を回復期病院へ情報提供するものです。在宅での状況をフィードバックすることにより、回復期リハビリテーションの内容や在宅支援のあり方を検討していくことを目的としています。

◇対象

回復期リハビリテーション病院から自宅へ退院され、3ヶ月を経過した方について提供して下さい。

◇提供情報の提出について

1. 提出時期：退院後在宅で3ヶ月を経過されてから1ヶ月以内に提出して下さい。
なお、提出時期の3ヶ月以内で入院などにより、在宅生活が継続できなくなった方に関してはその段階で提出してください。
2. 提出先：退院元の医療連携室へ送付して下さい。
3. 提出方法：郵送または手渡しを原則として下さい。個人情報ですので取り扱いには十分注意され、FAXでの送付はしないようにお願いします。

◇情報提供の記載内容について

情報提供の記載内容は、事業所情報、対象者の基本情報、支援状況、コミュニケーション及び認知症、意欲、身体・生活上の変化などです。記載内容の留意点を下記に示します。

1. 基本情報
 - ・転居の有無：退院時と異なる場合にチェックして下さい。
転居有りの場合、家族構成・主たる介護者をチェックして下さい。
 - ・病状の変化：退院後3ヶ月間の病状の変化（転倒して医療機関に受診したなど）を記入して下さい。
2. 支援状況
 - ・現在の介護サービスの利用状況を記入して下さい。また、ボランティアの利用などインフォーマルなサービス利用もありましたら記入して下さい。
 - ・住宅改修の状況については、住宅改修後に問題のある場合について、チェックして下さい。
3. コミュニケーション及び認知症
 - ・コミュニケーション能力及び認知症の変化についてチェックして下さい。
4. 意欲について
 - ・起床、意思疎通、食事、排泄、リハビリ、活動の各項目について、現在の利用者の意欲についてチェックして下さい。
5. 対象者の身体・生活上の変化
 - ・退院後3ヶ月間のご本人と家族について生活上の変化（向上した点・低下した点）を記入下さい。
6. セルフケア（バーセルインデックス）について
ADL状況については、バーセルインデックスにて記載して下さい。記載のポイントについては、情報提供書の基準内容及びBシートのマニュアルを参照して下さい。

◇シートの保管について

本シートの保管については、回復期病院の医療連携室および各回復期リハ病棟で行って下さい。

◇その他

本シート（維持期→回復期情報提供書）は、長崎市介護支援専門員連絡協議会 (<http://www.cmchanpon.net/>) および長崎地域リハビリテーション広域支援センター (<http://www.ngs-rehabili.jp/index.html>) のホームページからダウンロードできますので、ご利用下さい。

在宅生活情報シート（維持期→回復期情報提供書）

退院後 3ヶ月以内

◇事業所情報

記載日：平成 年 月 日

事業所名		担当者氏名 (ケアマネ)	
事業所住所		Tel	
		Fax	

◇対象者基本情報

氏名		転居の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※退院時と異なる場合	
転居有り の家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他 ()	主たる	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 息子	
		介護者	<input type="checkbox"/> その他 ()	
病状の変化	※退院後3ヶ月間の病状の変化（転倒して医療機関に受診したなど）をお書き下さい。			

◇対象者の支援状況

介護サービス (利用頻度)	<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週)	<input type="checkbox"/> 通所リハ (回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週)
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ (回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週)	
	<input type="checkbox"/> その他 () (回/週)		
	<input type="checkbox"/> その他 () (回/週)		
介護サービス 以外のサービス	(ボランティアの利用など)		
住宅改修 の状況	使用に問題有り <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()		

◇対象者のコミュニケーション及び認知症

コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 障害無 <input type="checkbox"/> 障害有 (<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化)
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化)

◇意欲について

起床	<input type="checkbox"/> 自分で定時に起床する <input type="checkbox"/> 起こさないと起床しない <input type="checkbox"/> 自分から起床しない
意志疎通	<input type="checkbox"/> 自分から話しかける <input type="checkbox"/> 呼びかけに返答や笑顔がみられる <input type="checkbox"/> 反応がない
食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 促されると食べる <input type="checkbox"/> 全く食べようとしない
排泄	<input type="checkbox"/> 自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排便、排尿を行う <input type="checkbox"/> 時々尿意、便意を伝える <input type="checkbox"/> 排泄に全く関心がない
リハビリ、活動	<input type="checkbox"/> 自らリハビリに向かう、活動を求める <input type="checkbox"/> 促されて向かう <input type="checkbox"/> 拒否、無関心

◇対象者の身体・生活上の変化

※退院後3ヶ月間のご本人と家族について生活上の変化を記入下さい。(良いこと・低下したこと) また、支援において相談したい事項をお書き下さい。	
---	--

◇セルフケア（バーセルインデックス）

項目	点数	記述	基準
①食事	□ 10	自立	皿やテーブルから自力で食物をとって、食べることができる。自助具を用いてもよい。食事を妥当な時間内に終える。
	□ 5	部分介助	なんらかの介助・監視が必要（食物を切り刻む等）。
②椅子とベッド間の移乗	□ 15	自立	すべての動作が可能（車いすを安全にベッドに近づける。ブレーキをかける。フットレストを持ち上げる。ベッドへ安全に移る。臥位になる。ベッドの縁に腰かける。車いすの位置を変える。以上の動作の逆）。
	□ 10	最小限の介助	上記動作（1つ以上）最小限の介助または安全のための指示や監視が必要。
	□ 5	移乗の介助	自力で臥位から起き上がって腰かけられるが、移乗に介助が必要。
③整容	□ 5	自立	手と顔を洗う。整髪する。歯を磨く。髭を剃る（道具はなんでもよいが、引出しからの出納も含めて道具の操作・管理が介助なしにできる）。女性は化粧も含む（ただし髪を編んだり、髪型を整えることは除く）。
④トイレ動作	□ 10	自立	トイレの出入り（腰かけ、離れを含む）、ボタンやファスナーの着脱と汚れないための準備、トイレット・ペーパーの使用、手すりの使用は可。トイレの代わりに差し込み便器を使う場合には便器の清浄管理ができる。
	□ 5	部分介助	バランス不安定。衣服操作、トイレット・ペーパーの使用に介助が必要。
⑤入浴	□ 5	自立	浴槽に入る。シャワーを使う。スポンジで洗う。このすべてがどんな方法でもよいが、他人の援助なしで可能。
⑥移動	□ 15	自立	介助や監視なしに45m以上歩ける。義肢・装具や杖・歩行器（車つきを除く）を使用してよい。装具使用の場合には立位や坐位でロック操作が可能なこと。装着と取りはずしが可能なこと。
	□ 10	部分介助	上記事項について、わずかの介助や監視があれば45m以上歩ける。
	□ 5	車いす使用	歩くことはできないが、自力で車いすの操作ができる。角を曲がる。方向転換、テーブル、ベッド、トイレ等への操作等。45m以上移動できる。患者が歩行可能なときは採点しない。
⑦階段昇降	□ 10	自立	介助や監視なしに安全に階段の昇降ができる。手すり、杖、クラッチの使用可。杖をもったままの昇降も可能。
	□ 5	部分介助	上記事項について、介助や監視が必要。
⑧更衣	□ 10	自立	通常着けている衣類、靴、装具の着脱（こまかい着かたまでは必要とし条件としない：実用性があればよい）が行える。
	□ 5	部分介助	上記事項について、介助を要するが、作業の半分以上は自分で行え、妥当な時間内に終了する。
⑨排便自制	□ 10	自立	排便の自制が可能で失敗がない。脊髄損傷患者等の排便訓練後の座薬や浣腸の使用を含む。
	□ 5	部分介助	座薬や浣腸の使用に介助を要したり、ときどき失敗する。
⑩排尿自制	□ 10	自立	昼夜とも排尿自制が可能。脊髄損傷患者の場合、集尿バッグ等の装着・清掃管理が自立している。
	□ 5	部分介助	ときどき失敗がある。トイレに行くことや尿器の準備が間にあわなかったり。集尿バッグの操作に介助が必要。