

【介護保険用】退院時共同指導 記録書(記載例)

記録日: 2025年5月15日

項目	内容
利用者氏名	鈴木 梅子 様
実施日時	2025年5月14日 10時00分 ~ 10時50分
実施場所	□□苑(老健) 面談室
出席者	【医療機関】医師:高橋 一郎 看護師:渡辺 直子 PT:中村 修 【訪問看護ステーション】看護師:ケア はなえ 【利用者・家族】ご本人:鈴木 梅子 様 【ケアマネジャー】CM 佐々木 良子
共同指導の目的	脳梗塞後遺症のある利用者の安全な自宅復帰と在宅サービスの円滑な導入支援
共有された情報	1. 状態:左片麻痺、歩行器使用で室内移動可。軽度失語あり。食事一部介助。キーパーソンは別居の長女。 2. 入所中の経過:3/10脳梗塞発症、急性期病院経て4/5より□□苑入所。リハビリ継続。 3. 退院後の医療的管理:内服管理(降圧剤、抗凝固薬)、褥瘡予防。 4. 退院後の生活環境:自宅マンション(エレベーター有)。手すり設置済み。
指導・協議内容	1. 在宅療養上の目標:転倒なく自宅での生活を継続する。デイサービス利用開始。 2. 具体的な指導内容:本人へ転倒予防のための生活指導、福祉用具の適切な使用方法を指導。内服管理の重要性を説明。 3. 訪問看護への指示・依頼事項:週2回訪問。バイタル測定、服薬管理・指導、ADL訓練、褥瘡予防(皮膚観察、体位交換指導)。ケアプランに基づいた支援。 4. 多職種間の役割分担:退所後、主治医は近隣の◇◇クリニックへ。PTより自主訓練メニュー情報提供。ケアマネよりデイサービス調整。 5. 利用者・家族の意向:自宅で過ごしたい。デイサービスにも意欲あり。服薬管理に不安。
今後の計画	5/20退所予定。5/21初回訪問看護、デイサービス利用開始。
特記事項	ケアマネより、特別管理加算対象状態(褥瘡リスク)のため、必要に応じ月2回の共同指導も検討との発言あり。
文書提供	提供日:2025年5月14日 提供先:利用者、ケアマネジャー佐々木様 方法:紙媒体手渡し(利用者)、電子メール(ケアマネジャー、同意取得済み)
記録者署名	ケア はなえ (印)

※これは記載例であり、実際の記録は利用者の状態や指導内容に応じて具体的に記載してください。
※介護保険の退院時共同指導加算では、ケアマネジャーの参加と利用者・家族への文書提供が重要です。