

【健康寿命延伸のための「介護予防」専門部会】

<これまでの取り組み>

- ・当専門部会は、これまで計4回(29年度2回、30年度2回)開催し、「健康寿命の延伸」の実現を目指すため、エビデンスに基づいた介護予防事業の発展や市民への啓発等について検討を行った。
- ・特に、「フレイル予防」という新しい概念を積極的に取り入れ、市民がフレイル予防・改善に取り組めるよう、広報戦略を検討し、広報紙やパンフレットの作成を行った。
- ・要介護リスクとなるフレイルの早期発見のための「フレイルチェック」のあり方、早期改善策として新しく構築した「フレイル改善通所サービス」等の方向性、住民主体の介護予防サロンの効果等について、各委員の専門的見地による具体的な検討を行い、介護予防に関する取り組みの実践に反映してきた。

<今後の方向性>

- ・要介護リスクを減少させるため、データに基づいた介護予防の取り組みが効果的に実践できているかを多角的に分析し、適宜見直しを行いながら、地域の特徴に応じた取り組みを市民にフィードバックしていく。

<今年度の取組み(スケジュール)>

第1回 令和元年9月6日(予定)

介護予防の取り組みの進捗状況報告(フレイルチェック、フレイル関連事業等)
地域活動で活躍している高齢者からの活動報告(3例程度)

第2回 令和2年2月

介護予防事業の評価を報告し、健康格差の縮小や健康寿命の延伸に向けた取り組みを検討。

フレイル予防の啓発の効果検証(各委員が所属する団体とも連携)

ご自身にあった取り組みをお選びください！

『運動を中心に取り組みながら
元気になりたい』あなたには、



フレイル改善 通所サービス！

週1回90分(月4回)×6か月の
新タイプのデイサービス！
みんなでフレイル改善目指して
取り組みましょう！！



利用者負担 **1回：200円** ※月800円

対象の方 **要支援1・2の方、
生活機能の低下がみられた方(事業対象者に該当した方)**

『外出がおっくうになった』
『生活を振り返りたい』あなたには、



フレイル予防 支援事業！

あなたの地域で出張イベント開催！
(※概ね中学校区ごとに年1回程度)
日常生活の振り返りと
フレイル予防の講話を行います！



参加費
0円

申込方法 (あんしんすこやかセンターにご相談のうえ)
運営事業者へ直接お電話ください

『身近な地域で定期的に
取り組みたい』あなたには、



地域拠点型 一般介護予防事業！

おおむね、小学校区に1か所程度設置！
毎週5時間程度、レクリエーションや、給食、
専門職による講話など内容が盛りだくさん！
※一部、3時間程度のところもあります。



費用 **参加費+給食費等(実費)**
※実施場所により異なります

まずは、ご相談ください



お気軽に
お電話
ください！！

詳しくは、お住まいの地域を担当する
あんしんすこやかセンターへ
(神戸市の高齢者の介護相談窓口)
お問合せください。



あんしんすこやかセンター

※各あんしんすこやかセンターの担当地域についてのお問合せは、
神戸市総合コールセンター (Tel: 078-333-3330) へ

【医療介護連携に関する専門部会】

＜これまでの取り組み＞

- ・当専門部会は、これまで計6回（平成29年度2回、平成30年度4回）開催し、医療介護関係者間で共有すべき情報等について検討を行った。
- ・平成30年度は、入退院時における医療・介護を切れ目なく円滑に提供するため、神戸市版「入退院連携シート」及び「入退院時連携ガイドライン」の作成を行った。
- ・完成した「入退院連携シート」等は、平成31年4月より、神戸市（医療介護サポートセンターホームページを含む）、神戸市ケアマネジャー連絡会、神戸市民間病院協会のホームページに掲載し利用を促進している。

＜今後の方向性＞

- ・関係者間で共有すべき患者情報が、転院を繰り返しても引き継がれていく仕組みを検討する。
- ・患者・利用者の状態の変化等に応じて、多職種間で速やかな情報共有を行うため、紙ベースに加えて、ICTの活用なども検討する。

＜今年度の取組み（スケジュール）＞

第1回 令和元年8月 患者情報を引き継いでいく仕組みについて

第2回 令和元年11月 患者情報引継ぎシート（案）について
（11月～12月各団体からの意見聴取）

第3回 令和2年1月 患者情報引継ぎシート（案）及びガイドライン（案）について（3月下旬発行）
患者情報を引継いでいくためのICTの活用について

入院連携シート

神戸市

提供日 年 月 日 入院日 年 月 日

事業所(施設)名	ケアマネジャー名	電話・FAX
----------	----------	--------

ふりがな 氏名	生年月日	明大昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男 女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
緊急時 連絡先	氏名(キーパーソン)	続柄※	住所	電話番号	備考		
	1						
	2						
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載							
家族の 介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済	住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合		
	<input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護		<input type="checkbox"/> 生保() CW) <input type="checkbox"/> 船員		階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の収入()	障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()				
本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む)			生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)				

要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 (備考)			
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
介護サービス 利用状況	訪問	<input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> 入浴(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週) <input type="checkbox"/> 看護(/ 週)		
	通所	<input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週)		
	その他	<input type="checkbox"/>		
	短期入所	<input type="checkbox"/> 日 / 月		
	訪問看護 事業所	(電話番号)		
かかりつけ 医療機関 (医科・歯科・薬局)	医療機関名等		電話番号	現在 治療中の 病気 ※主治医意 見書等参照
	1			
	2			
	3			
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()			手術歴

	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況						
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食(<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ)					
					制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他())					
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義 歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)					
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手引き	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()					
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他())					
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 排便習慣 回 / 日・週)					
					日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()					
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()					
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> お薬手帳参照			眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
					薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 ()			夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不穏	
					服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い・処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否					
コミュニ ケーション	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 (補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難					
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難					
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()								
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開										
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他()										
在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点											

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。

退院連携シート

神戸市

記入者

記入日 年 月 日

事業所(施設)名	
ケアマネジャー名	
電話番号	

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

ふりがな氏名	生年月日	明大昭 □ □ □	年	月	日	年齢	歳	性別	男 □	女 □
住所	電話番号 (固定)		(携帯)							
緊急時連絡先	氏名(キーパーソン)		続柄※		住所		電話番号		備考	
	1									
	2									
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載										
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護 <input type="checkbox"/> その他()		医療保険		<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保(CW) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員		住環境		<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合 <input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
			障害等認定		<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()					
	退院後の生活に関する意向(本人・家族)					生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)				

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
	申請日() 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	入院先主治医	主治医:
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		診療科:
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定		

現在治療中の病気	①	②	③
----------	---	---	---

病名(入院原因疾患)	
------------	--

入院中の経過 予後・予測	
--------------	--

今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
---------	---

既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()	手術歴
-----	---	-----

病気、後遺症等の受け止め/医療への意向等(DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族
	本人		

退院後必要な事柄	医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()			
	医療・看護・リハビリの視点				
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養状態

入院中の過ごし方		入院時体重	kg
----------	--	-------	----

利用者氏名					
	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義 歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)
食事摂取 食事形態					食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ)
					制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日)
					嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
					食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 回/ (日・ 週)
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他() 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()
服薬管理					処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎
					薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理() <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他()
					眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
					禁忌事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
簡単な調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 買い物 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 金銭管理 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
麻 痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他
拘 縮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 四肢欠損(部位:)
褥 瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)
皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)
視 力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴 力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思伝達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 特記事項()
社会との関わり	家族等近親者との交流		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自由記載欄(社会参加への意欲等)
	地域近隣との交流		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	友人知人との交流		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)					
自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題					
備 考					

記入日 年 月 日

看護サマリー（標準様式）

神戸市

病院・診療所名		記入者	
ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別
住所	電話番号 (固定)	(携帯)	
緊急時連絡先	氏名 (キーパーソン)	続柄※	電話番号 携帯番号 備考
	1		
2			
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 有効期限 (年 月 日 ~ 年 月 日) 申請日 () 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		入院先主治医 診療科:
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定		
病名	既往歴		
入院中の経過/予後・予測/入院中の過ごし方			
今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ② ③		
病気や後遺症等の受け止め/医療への意向等 (DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 最終交換日 __ / __) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (処置内容:) <input type="checkbox"/> カテーテル (Fr 最終交換日 __ / __) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療・看護・リハビリの視点 (栄養状態、禁忌事項等含)			入院時体重 kg
	自立	見守り	一部介助
移動・移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事摂取 食事形態	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ) <input type="checkbox"/> 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ()	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	排尿	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 回 / (日・週) 日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 () 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ()
	排便		
服薬管理	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎	
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 () <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()		
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位:)		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)		
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)		
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)		
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 特記事項 ()		

神戸市 入退院時 連携ガイドライン

2019年4月

神戸市

はじめに

超高齢社会の到来により、神戸市においても、2018年11月末の時点で、65歳以上の高齢者数は約43万人に達しています。さらに、団塊の世代が75歳以上の高齢者となる2025年には、高齢者数が約46万人となり、約3人に1人が高齢者という状況を迎えることとなります。

高齢社会では、多くの方が入院を経験しますが、治療しても完治せず、退院後も在宅で療養を受けながら生活するということが起こり得ます。このような高齢者が、住み慣れた地域で療養しつつ自分らしい生活を続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できる体制を整備することが急務の課題となっています。

そのため本市では、平成29年3月に、地域包括ケア推進部会を設置するとともに、専門的かつ集中的に議論する必要があるテーマ別に4つの専門部会を設置しました。その専門部会の1つが「医療介護連携に関する専門部会」となっています。当専門部会では、医療介護連携を重要なテーマとして議論を行う中で、入退院時における医療・介護を切れ目なく円滑に提供するため、神戸市版「入退院連携シート」を作成し、活用することが必要ではないかとのご意見をいただきました。

そこで、このたび、神戸市版「入退院連携シート」を作成し、その活用方法を入退院時連携ガイドラインとしてまとめました。

このガイドラインが、患者・家族の意向に沿った入院から在宅までの切れ目のない支援の提供や、安定した在宅療養の一助となることを期待します。

1 神戸市入退院時連携ガイドラインの作成目的

このガイドラインは、介護支援専門員（ケアマネジャー）と医療機関との間における患者情報のやりとりをルール化することにより、在宅から病院、病院から在宅への移行を円滑に行うとともに、患者が住み慣れた地域で療養しつつ自分らしい生活を続けることができるよう、患者・家族にとってより良いケアプランの作成につなげることを目的とします。

2 神戸市入退院時連携ガイドラインの対象者

このガイドラインでは、医療と介護の連携の方法を明確にするために、入退院連携シートの対象者を以下のように想定しています。

<入院時>

- ・介護保険の要介護・要支援の認定を受けている人

<退院時>

- ・介護保険の要介護・要支援の認定（認定申請中を含む）を受けており、病院を退院し、在宅移行もしくは施設に入所する人（転院、レスパイト入院を除く）

3 入退院連携シートの利用方法

(1) 入院連携シート

① 作成者（記入者）

ケアマネジャー

② シートの作成目的

入院時に、患者の状況や、在宅生活の要望などについて、入院から概ね3日以内に、医療機関に適切に情報提供を行うことで、医療と介護の連携を円滑に行うことを目的としています。

これにより、

- ・退院後の生活をイメージした、より適切な医療の提供（患者にとってのメリット）
- ・退院支援計画作成に向けた生活情報の取得（医療機関にとってのメリット）

につながることを期待できます。

③ シートの様式

チェック方式を多く取り入れ、簡便に記入ができ、病院やケアマネジャーにとって分かりやすく使いやすいものとなるようにしました。

入院から概ね3日以内に医療機関に提供する必要があることや、ケアマネジャーの負担軽減のため、シート1枚に収まる内容としています。

④ その他

ケアマネジャーは、医療に関する詳しい情報を把握することが難しい場合があるため、ケアマネジャーが記入する項目は必要最低限としました。

なお、医療機関への情報提供については、この入院連携シートのほか、訪問看護ステーションが作成する看護情報提供書（看護サマリー）や、かかりつけ医が作成する診療情報提供書が提供される場合があります。

これにより、入院連携シートにない医療情報についても、看護サマリーや診療情報提供書によって、補完できる場合があります。

(2) 退院連携シート

① 作成者（記入者）

ケアマネジャーが医療機関や患者・家族からの聞き取り情報をもとに作成します。

② シートの作成目的

ケアマネジャーが、退院連携シートに基づき、医療機関の多職種等から情報収集することで、円滑な在宅及び施設での生活移行に向けた適切なケアプランの作成に繋げていくためのものです。

更に、退院連携シートの患者情報を、在宅療養生活を支える多職種（在宅チーム）で共有することで適切な医療・介護サービスを提供することを目的としています。

③ シートの様式

チェックシート方式を多く取り入れることにより、見やすく簡便に記入ができるようにしています。このシートは、ケアマネジャーの退院時におけるアセスメントシートとしても、活用することができます。

④ その他

退院連携シートは、ケアマネジャーが医療機関等からの聞き取り情報をもとに作成しますが、ケアマネジャーが医療情報を正確に把握するのは難しいため、医療機関から提供される情報は非常に重要です。

退院連携シートの記入項目は、医療機関が作成する看護サマリーとの重複項目が多くなっています。従って、医療機関から看護サマリーを通じて、ケアマネジャーに正確かつ確実に伝えていただくことで、患者と家族にとってより良いケアプランの作成につながり、円滑に在宅療養生活へ移行することが可能となります。

つきましては、退院連携シートの項目のうち、P20「看護サマリーに記載をお願いしたい項目」については、可能な限り、看護サマリーへ反映していただくよう、医療機関のご協力をお願いいたします。

各医療機関において、既に使われている看護サマリーに、P20「看護サマリーに記載をお願いしたい項目」の記載欄がない場合は、P19「看護サマリー（標準様式）」に記入していただくか、看護サマリーの備考欄などを活用して、必要な情報提供をお願いします。

なお、退院時に担当ケアマネジャーが決まっていない場合、決まった後にケアマネジャーから医療機関へ看護サマリーの提供を依頼しますので、医療機関のご協力をお願いいたします。

※「入院連携シート」「退院連携シート」「看護サマリー（標準様式）」は下記ホームページからダウンロードできます。

①神戸市ホームページ

<http://www.city.kobe.lg.jp/life/health/iryokaigorenken/index.html>

②神戸市ケアマネジャー連絡会

<http://www.kobe-caremane.net/>

③神戸市民間病院協会

<http://kobe-minkan.or.jp/>

(3) 個人情報の取り扱いについて

○入院時に、ケアマネジャーが医療機関に利用者情報の提供を行う場合や、退院前カンファレンス及びサービス担当者会議などにおいて、ケアマネジャーが利用者情報の提供を行う場合は、事前に利用者本人・家族の同意を文書により得ておく必要があります。

○ケアマネジャーは、居宅介護支援等の契約時に、ケアプランに位置付ける医療・介護事業者に限って個人情報を提供することについて、利用者本人・家族に同意を得ておきましょう。

<退院連携シートの取り扱い>

○退院連携シートを共有できる範囲は、ケアプランに位置付けた医療・介護事業者に限るものとします。

また、退院連携シートに記載された個人情報を共有するのは、ケアプランに位置付けた医療・介護事業者間の連携目的の範囲内で必要最小限に留め、関係者以外には、個人情報が決して漏れることのないよう細心の注意を払いましょう。

※居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議には、訪問介護事業所のサービス提供責任者（サ責）が出席します。サ責は、ホームヘルパーに退院連携シートを手渡さず、個別サービス計画に必要な内容に限定して伝えましょう。

<看護サマリーの取り扱い>

○看護サマリーには退院連携シートに含まれていない医療情報も入っているため、看護サマリーの提供は、ケアマネジャーと訪問看護ステーションに限定してください。

※ケアマネジャーは、看護サマリーの情報も活用の上、ケアプランを作成し、そのケアプランを医療・介護事業者と共有しましょう。

○医療機関側でも同様に、看護サマリーをケアマネジャーや訪問看護ステーションなどに情報提供する場合は、あらかじめ患者本人・家族の同意を得ておきましょう。

(参 考)

○指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）

【秘密保持】

第二十三条 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個

個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

○指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(解釈通知)
(平成 11 年 7 月 29 日老企第 22 号)

介護支援専門員及び居宅サービス計画（ケアプラン）に位置付けた各居宅サービスの担当者が課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を共有するためには、あらかじめ、文書により利用者及びその家族から同意を得る必要があることを規定したものであるが、この同意については、指定居宅介護支援事業者が、指定居宅介護支援開始時に、利用者及びその家族の代表から、連携するサービス担当者間で個人情報を共用することについて包括的に同意を得ることで足りうるものである。

4 入院から退院までの流れ

	在宅（ケアマネジャー）側	医療機関側
入院後3日以内	<p>○利用者が入院したという情報を得たら、病院へ連絡し、病院の連絡相談窓口、訪問のタイミング等について確認する。</p> <p>※面談の約束をせずに直接、病棟へ出向き、医療スタッフから情報収集することは控える。</p> <p>○利用者が入院した際、入院後速やか（概ね3日以内）に、医療機関に「入院連携シート」（P11）をFAX送付、又は持参し、利用者情報を共有する。</p> <p>○入院について、在宅療養生活を支える多職種（在宅チーム）で共有する。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><介護保険未申請者の場合></p> <p>○医療機関から連絡を受けたあんしんすこやかセンターは、患者情報の収集と、退院に向けた支援を開始する。</p> </div>	<p>○入院した方が介護保険を利用者している場合、担当ケアマネジャーに患者が入院した旨を連絡する。</p> <p>※担当ケアマネジャーが不明のときは、患者住所地所轄の地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）に問い合わせる。</p> <p>○患者・家族への聞き取りや「入院連携シート」を活用し、これまでの暮らし、患者・家族の意向や生活歴、介護サービスの利用状況、在宅での生活状況等について情報収集する。</p> <p>○必要に応じて、訪問看護ステーションが作成する看護情報提供書（看護サマリー）や、かかりつけ医が作成する診療情報提供書等も活用する。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><介護保険未申請者の場合></p> <p>○入院した方が介護保険未申請者であった場合、患者の状態を見て、退院後に介護保険サービスの利用が必要かどうかを判断する。</p> <p>「介護保険申請が必要であると判断する患者像（目安）」（P10）</p> <p>○介護保険の利用が必要な場合は、介護認定申請やケアマネジャー決定のため、患者・家族に、患者居住地所轄のあんしんすこやかセンターへ相談するよう勧める。</p> <p>あわせて、介護保険に該当しそうな患者が入院していることを、あんしんすこやかセンターに連絡する。</p> </div>

入院後7日以内		<ul style="list-style-type: none"> ○医師から患者・家族へ症状を説明する。 ○退院に向けた患者・家族の思いや意向、病状認識を確認する。 ○退院に向けた医療・看護上の課題、生活・ケアの課題（P20「看護サマリーに記載をお願いしたい項目」）を把握したうえで「退院支援計画書」を作成し、ケアマネジャーと共有する。 ○必要に応じて介護保険の認定申請や区分変更申請等を行う。
退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ○退院までの大まかな日程を共有する。 ○P10「医療ニーズが高いと思われる患者像に関するチェックシート」にチェックが入ったら、かかりつけ医等の連携を強化し、退院後の在宅医療について相談する。 ○できるだけ、退院前訪問指導に同行する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○院内で退院までの大まかな日程を共有し、在宅チームへ情報提供する。 ○退院後も継続して医学管理が必要と判断すれば、患者・家族に退院後も医学管理が必要であることを説明し、かかりつけ医、ケアマネジャー等と相談のうえ、退院後の医学管理を行う医療機関を早めに選定する。 ○退院前カンファレンス、退院前訪問指導の必要性を判断する。 ○退院前訪問指導を行う場合は、ケアマネジャーに声をかけ、共に自宅の様子を確認し在宅復帰に向けて調整を行う。
退院前カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> ○退院前カンファレンスに参加して欲しい関係職種を病院に伝え、退院カンファレンスと一緒に出席する。 ○「退院連携シート」（退院に向けてケアマネジャーが医療機関等の多職種から情報収集する際に使用）を持参する。 ○「退院連携シート」を活用し、医療機関から提供された「看護サマリー」の内容を参考にしながら、院内多職種より必要な情報を聞き取る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院前カンファレンスに参加する院内多職種やケアマネジャー、在宅チームへ、カンファレンスの目的と検討内容を伝え、出席を依頼する。 ○「看護サマリー」をケアマネジャーに提供する。 看護サマリーには、P20「看護サマリーに記載をお願いしたい項目」を記載していただくようお願いします。

退院時	<ul style="list-style-type: none"> ○「退院連携シート」の情報を在宅チームで共有し、本人に必要なサービスについてサービス担当者会議(※)で合意する。 ○かかりつけ医に、退院連携シートの内容や新しいケアプランについて報告する。 ○訪問看護サービスを導入している場合は、看護サマリーを訪問看護ステーションへ提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、在宅チームに退院直前までの患者情報を記載した必要書類（診療情報提供書、看護サマリーなど）を渡す。
-----	--	---

(参考文献) 神戸市北区圏域入退院時連携ガイドライン
大阪府入退院支援の手引き

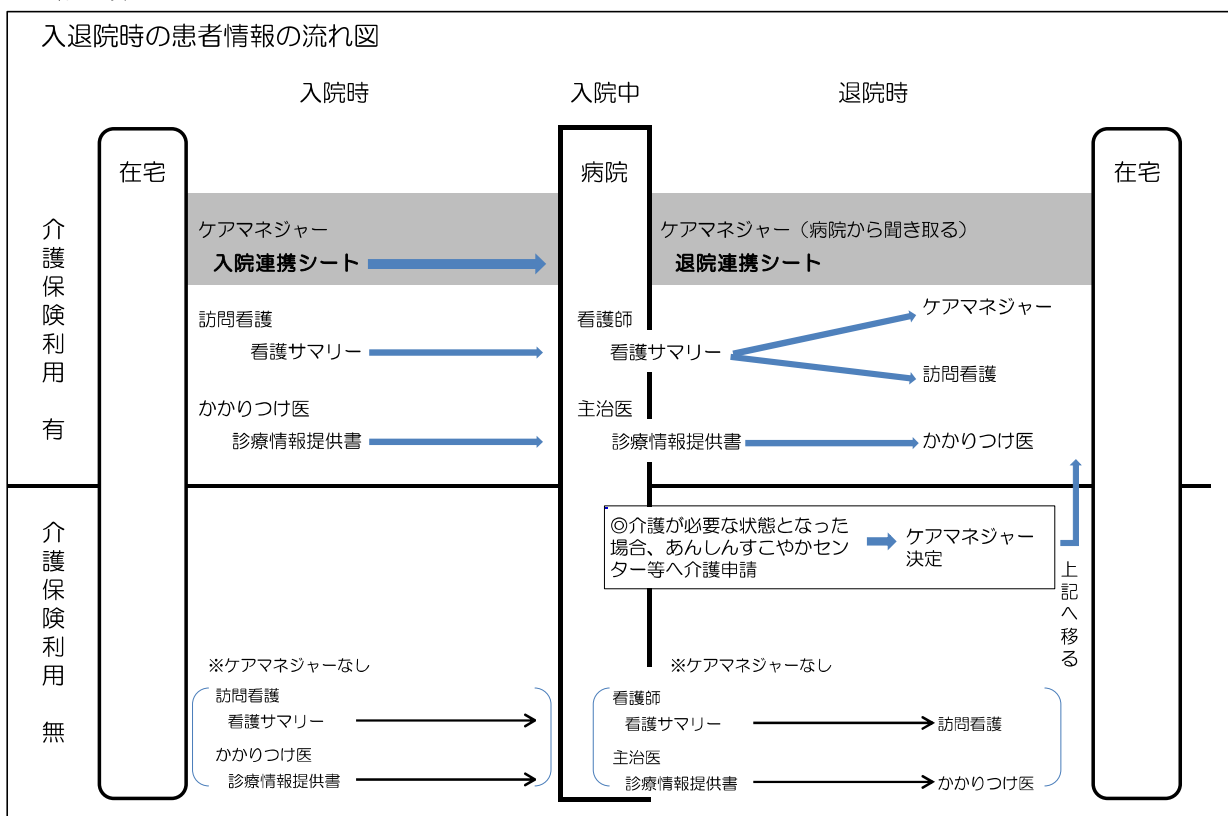
※「サービス担当者会議」

ケアマネジャーが、ケアプランの作成又は変更時などに開催。参加者は利用者及びその家族、居宅サービス担当者、かかりつけ医師や看護師等。

5 転院する場合（医療機関）

医療機関は、転院先の医療機関へ入院連携シートの写しを診療情報提供書や看護サマリー等と一緒に引継ぎましょう。その際は、患者・家族に同意を得たうえで送付しましょう。

(参考)



6 「介護保険申請が必要であると判断する患者像（目安）」

入院時に介護保険未申請である患者に対して、今後、退院を見据えて介護保険申請が必要であるか否かを判断する際の目安としてください。

疾患・心身機能	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期医療の提供が必要な状態（がん等を含む） ・医療処置が追加、もしくはその管理に課題がある ・疾患に伴う著しい機能障害を認める ・認知症の周辺症状や全般的な理解力の低下
活動（ADL・IADL）	<ul style="list-style-type: none"> ・基本動作（寝返り、立ち上がり、歩行等）に介助を要する ・入浴、食事、排泄、更衣、整容に介助を要する ・調理、掃除、買い物など身の回りの介助が必要 ・服薬管理に注意が必要
人的環境	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養で介護力（家族等）に不安 ・家族の関係性に課題がある（虐待の疑いなど）
物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> ・住環境整備（住宅改修、福祉用具）が必要 ・経済面に課題がある

（参考文献）神戸市北区圏域入退院時連携ガイドライン

7 医療ニーズが高いと思われる患者像に関するチェックシート

以下のチェックシートにチェックが入ったら、医学管理上、医療系サービスが必要であると考えられるため、かかりつけ医との連携を強化し、必要に応じて在宅医療の導入などを相談してください。

1 医療機器等を装着している状態である

- カテーテルの留置（膀胱、腎、胆管も含む）
- 経管栄養チューブ（胃ろう含む）の使用
- 人工呼吸器の使用
- たん、唾液の吸引
- がん性疼痛のコントロール（注射、内服等）
- 気管切開カニューレの装着
- ストマの装着（大腸・尿路）
- 在宅酸素療法
- 中心静脈栄養、持続点滴
- 腹膜透析
- インシュリンの自己注射

2 皮膚・爪のケアが必要である

- 爪に課題がある（陥入爪、感染など）
- 褥瘡、潰瘍、白癬などがある

3 慢性疾患がある

- 心不全
- 腎不全
- 慢性閉塞性肺疾患
- 肺炎を繰り返している
- 尿路感染を繰り返している
- 認知症がある
- 精神疾患がある
- 進行性の神経難病である
- その他、病状悪化に伴い、入退院を繰り返している

4 口の中・食べることに課題がある

- 摂食・嚥下・咀嚼に課題がある
- 痩せている
- 過去3か月で体重が減少した
- 口臭、口の中に食べ物が残っている

5 その他、在宅療養生活に不安がある

- 急な病状変化に対する不安がある
- 終末期であるが本人の意思が不明確、不安が強い
- 以前に比べADLが低下
- IADLに課題がある
- 転倒歴がある
- 排泄コントロールが必要
- 不眠、昼夜逆転

※下線の内容は神戸市版退院連携シート上の確認項目となっています。

（参考文献）大阪府入退院支援の手引き

8 入院連携シート

入院連携シート

神戸市

提供日	年	月	日	入院日	年	月	日						
事業所(施設)名				ケアマネジャー名				電話・FAX					
ふりがな氏名				明 大 昭	生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男	女
緊急時連絡先	氏名(キパーソン)			続柄※	住所			電話番号	備考				
	1												
2													
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載													
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居			医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済			住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合				
	<input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護				<input type="checkbox"/> 生保() <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 船員				<input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
<input type="checkbox"/> その他()			障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()									
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の収入()												
本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む)						生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)							

要介護度	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	有効期間	(年 月 日 ~ 年 月 日)	
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					(備考)	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
介護サービス利用状況	訪問	<input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> 入浴(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週) <input type="checkbox"/> 看護(/ 週)					
	通所	<input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週)			短期入所	<input type="checkbox"/> 日 / 月	
	その他	<input type="checkbox"/>				訪問看護事業所	(電話番号)
かかりつけ医療機関(医科・歯科・薬局)	医療機関名等			電話番号			
	1				現在治療中の病気 ※主治医意見書等参照		
	2						
	3						
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()					手術歴	

食事	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食(<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ベースト <input type="checkbox"/> とろみ)						
口腔ケア	<input type="checkbox"/>				制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他())						
移動方法	<input type="checkbox"/>				義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)						
入浴	<input type="checkbox"/>				移動方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()						
排泄	<input type="checkbox"/>				入浴制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()						
	排尿	<input type="checkbox"/>			排泄能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 排便習慣 <input type="checkbox"/> 回 / 日・週)						
排便	<input type="checkbox"/>			日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()							
服薬管理	<input type="checkbox"/>			夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()							
	<input type="checkbox"/>				処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> お薬手帳参照			眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/>				薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 ()			夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不穏		
服薬状況				<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い・処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否								
コミュニケーション	聴力	<input type="checkbox"/>			問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 (補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
	視力	<input type="checkbox"/>			問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()								
特別な医療	<input type="checkbox"/>			経管栄養()	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開							
	<input type="checkbox"/>			褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他()							
在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点												

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。

入院連携シート（記入例）

神戸市

提供日 H 31 年 1 月 25 日 入院日 H 31 年 1 月 24 日

事業所(施設)名 ○○ケアプランセンター ケアマネジャー名 ○○ ○○ 電話・FAX ○○○-○○○-○○○○

ふりがな氏名 こうべ たろう 神戸 太郎 生年月日 13 年 9 月 1 日 年齢 80 歳 性別 男 女

緊急時連絡先

氏名(キーパーソン)	続柄	住所	電話番号	備考
1 神戸 花子	妻	神戸市中央区○○町○○	○○○-○○○-○○○○	
2 神戸 次郎	長男	神戸市○○区○○町○○	○○○-○○○-○○○○	月1回程度の訪問

※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載

家族の介護力

独居 日中独居 子と同居 高齢世帯 家族が要介護 その他()

医療保険 後期高齢者 国保 健康保険 共済 船員 障害等認定 身障() 精神() 療育 特定疾患()

住環境 戸建 集合 階 EV 無 有

経済状況 国民年金 厚生年金 生活保護 その他の収入(不動産収入10万円/月)

本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む) 生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)

【本人】妻と一緒に住み慣れたこの家で暮らしたい。以前積極的な延命治療は希望しないと話されたこともあったが、現在は確認していない。孫が時々遊びに来ることを楽しみにしている。
 【妻】希望は叶えてあげたいが、介護負担は大きい。

・元○○会社の技術職。
 ・穏やかな感じだが頑固。脳出血後、人と話をうまくできず、自分の思うようにならないと、時々いらいらすることもあったと妻の弁。

要介護度 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間 H 30 年 10 月 15 日 ~ 32 年 10 月 14 日

障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 (備考)

認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

介護サービス利用状況

訪問 介護(/ 週) 入浴(/ 週) リハビリ(/ 週) 看護(1 / 週)

通所 介護(1 / 週) リハビリ(/ 週) 短期入所 日 / 月

その他 福祉用具(ベッド、車椅子、杖) 訪問看護事業所 ○○訪問看護ステーション (電話番号) ○○○-○○○-○○○○

居宅療養管理指導 無 有 (職種:)

かかりつけ医療機関(医科・歯科・薬局)

医療機関名等	電話番号	現在治療中の病気
1 ○○クリニック(訪問診療2回/月)	○○○-○○○-○○○	・高血圧 ・糖尿病 ※主治医意見書等参照
2		
3		

既往歴 悪性腫瘍 心血管疾患 脳血管疾患 骨折 その他() 手術歴 なし

在宅での生活状況

食 事 自立 見守り 部分介助 全介助

食形態 普通 嚥下食(刻み ソフト食 パースト とろみ)

制限 無 有 (塩分 水分 その他())

口腔ケア 義歯 無 有 (全部 一部)

移動方法 手引き 杖 歩行器 シルバーカー 車椅子 その他()

入 浴 入浴制限 無 有 (シャワー浴 清拭 その他())

排泄

排尿 排尿能力 自排尿 間欠導尿 排便習慣 1 回 / 2 日・週)

日中 トイレ ポータブル オムツ リハビリパンツ その他()

排便 夜間 トイレ ポータブル オムツ リハビリパンツ その他()

服薬管理

処方薬 無 有 お薬手帳参照 眠剤の使用 無 有

薬剤管理 自己管理 他者管理 (妻) 夜間の状態 良 不穏

服薬状況 処方通り服用 時々飲み忘れ 飲み忘れが多い・処方が守られていない 服薬拒否

コミュニケーション

聴力 問題なし やや難あり 困難 (補聴器の使用 無 有) 言語 問題なし やや難あり 困難

視力 問題なし やや難あり 困難 意思疎通 問題なし やや難あり 困難

精神・心理面での療養上の留意点 無 有

幻視・幻覚 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊 不潔行為

火の不始末 異食行動 性的問題行動 その他()

特別な医療 経管栄養(胃ろう 腸ろう 鼻腔) 透析 人工肛門 酸素療法 人工呼吸器 気管切開

褥瘡処置 膀胱留置カテーテル 中心静脈栄養 その他()

在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点

・自宅で妻の介護を受ける日々を過ごしている。食事、トイレ、デイサービス以外は部屋に閉じこもりがちである。
 ・長男夫婦と孫一人が近所に住んでいるが、長男夫婦は共働きで介護には協力的ではない。
 ・家事と介護のすべてを負担している妻にとって、今以上に介護度が上がると在宅療養の限界が生じるのではと悩んでいる。
 ・右上下肢が不自由なため転倒リスクが大きい。
 ・やや難聴あり。話している内容が聞き取れなくて聞き直しが多いため、反応が遅れる。

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。

9 入院連携シートの留意事項

番号	項目	留意点
1	緊急時連絡先	①「成年後見人」の場合は、続柄欄に「後見人」と記載してください。 ②緊急時連絡先氏名(キーパーソン)のうち、どちらか一方が医療同意者となる場合は、備考欄にその旨を記載してください。 ③キーパーソンと患者の関係性(例:疎遠であり、緊急時のみ連絡可など)を記載してください。
2	医療保険	生活保護の場合は「生保」欄にチェックを入れ、担当ケースワーカー名をご記入ください。
3	住環境	「戸建」または、「集合住宅」のいずれかにチェックし、下段には主に過ごす居室階を記入の上、EV(エレベーター)の有無をご記入ください。
4	本人・家族の意向、生活目標等 (DNARの有無を含む)	本人・家族の医療・ケアへの意向について、予め把握していることを記入してください。 例えば、「できるだけ長く生きることを優先して延命治療(心臓マッサージ、AED、気管挿管、人工呼吸器、人工栄養など)を受けたい」 「長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を受けたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」など。 また、生活を送るうえで、本人や家族が目標としていることがあれば記載してください。(例:自力でトイレに行く) ※DNAR: Do Not Attempt Resuscitation(心肺蘇生法の実施を試みないこと)の略。 ・患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて、心肺蘇生法(CPR)の実施を試みないこと。それ以外の延命治療(抗菌薬の投与、輸血、透析、人工呼吸器の使用など)は行われ、痛みや不快感を和らげる治療(緩和ケア)は必ず行われる。 ・医師は心肺蘇生処置と起こりうる結果について詳しく説明し、本人及び家族がDNARを希望すれば、蘇生の処置を試みないよう記載した指示書を作成する。また同意の証として、日付、本人及び家族の署名を記載しておくのが一般的である。本人が心肺蘇生に関する意思決定を下せない場合は、権限をもつ代理人が決定を行うことがある。
5	生活歴	生活歴は病院では把握するのが難しい情報です。患者が転院する場合でも、生活歴などの情報が転院先にまできちんと引き継がれるよう、これまでの職業、在宅での生活の様子、また趣味や習慣に加えて、今まで大切にしてきた価値観や考え方(敬虔なクリスチャンである、物を大事にする)などを記載してください。
6	介護サービス利用状況	①その他欄には、福祉用具、住宅改修等があれば記載してください。 ②居宅療養管理指導について、「有」の場合は職種名(医師、薬剤師等)を記載してください。
7	かかりつけ医療機関	かかりつけ診療所、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等と電話番号を記載してください。
8	現在治療中の病気	主治医意見書に書かれている病気、治療中の慢性疾患等を記載してください。(入院の原因となった疾患が不明の場合でも、持病があれば、記載してください)
9	既往歴	現在治療中ではないが、過去に患った病気について記載してください。過去に手術を行ったことがある場合は、「手術歴」の欄に分かる範囲で記載してください。
10	服薬管理	お薬手帳がある場合には、「お薬手帳参照」の欄にチェックを入れ、入院連携シートとあわせて提出してください。入院中に処方薬剤の整理をする場合があります。
11	在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点	①退院を見越して、病院に予め知っておいてほしい在宅復帰の際の療養上の問題点を記載してください。(例:居室が2階であり、自宅内で階段の昇降が生じるなど。) ②現在の介護保険利用において、病院にも知らせた方がよいと思われる介護上の注意点があれば記載してください。(例:息子と同居しているが、ネグレクトであるなど。)
12	特別な医療	①介護保険 主治医意見書の「特別な医療」の中で主に使用されている医療項目を列挙しています。主治医意見書に記載されている項目で、チェックボックスにない項目は、「その他」に記載してください。 ②膀胱留置カテーテル以外のカテーテルは「その他」に記載してください。

10 退院連携シート

退院連携シート

神戸市

記入者	記入日	年	月	日
事業所(施設)名	病院・診療所名			
ケアマネジャー名	担当部署・担当者名			
電話番号	電話番号			

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

ふりがな 氏名	生年月日	明大昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男	女
住所	電話番号 (固定)		(携帯)							
緊急時 連絡先	氏名(キーパーソン)		続柄※	住所	電話番号	備考				
	1									
	2									
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載										
家族の 介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険	住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合					
	<input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護		<input type="checkbox"/> 生保() <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員		<input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	<input type="checkbox"/> その他()		障害等認定		<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()					
退院後の生活に関する意向(本人・家族)					生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)					

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期間 ()	年	月	日	~	年	月	日	
	申請日() 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5								
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	入院先 主治医	主治医:							
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		診療科:							
入院期間	年		月	日	~	年		月	日	予定
現在治療中の病 気	①		②			③				
病名 (入院原因疾患)										
入院中の経過 予後・予測										
今後の 医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導									
	①	②			③					
	④	⑤			⑥					
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()	手術歴								
病気、後遺症等 の受け止め/医療 への意向等 (DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		家 族						
	人									
退院 後必 要な 事柄	医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他 ()								
	医療・看護・ リハビリの視 点									
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	入院時体重	kg		
入院中の 過ごし方										

利用者氏名					
	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)
食事摂取 食事形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 <input type="checkbox"/> 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 排便習慣 回/ (日・週)
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他() 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理() <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 頓服の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	禁忌事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
簡単な調理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	金銭管理 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他
拘縮	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 四肢欠損(部位:
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (部位:)
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (部位:)
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> はっきり見えない	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 判断不能	めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 普通の声はやっと聞き取れる	<input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 判断不能
	補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	(伝達方法:)		
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	(<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)		
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 火の不始末
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的問題行動
	<input type="checkbox"/> 特記事項()				
社会との関わり	家族等近親者との交流		<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無	自由記載欄(社会参加への意欲等)
	地域近隣との交流		<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無	
	友人知人との交流		<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無	
その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)					
自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題					
備考					

利用者氏名		神戸 太郎			
	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 準備すればできる
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 準備すればできる
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部)
食事摂取 食事形態		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下食 (<input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	排尿能力 <input checked="" type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 1 回/ (2 日・週)
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	日中 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他() 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()
服薬管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 別紙参照 <input checked="" type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者管理(妻) <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	眼剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	禁忌事項 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
簡単な調理	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	買物 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない 金銭管理 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
麻痺	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無 <input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他
拘縮	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位:)
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)
皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)
視力	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 めがね使用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴力		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞き取れる <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能
	補聴器の使用	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/> 有
意思伝達	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	できない <input checked="" type="checkbox"/> できる (伝達方法:)
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問題あり <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし (<input checked="" type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)
精神・心理面での療養上の留意点	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 特記事項()
社会との関わり	家族等近親者との交流	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 (長男夫婦・孫) <input type="checkbox"/> 無
	地域近隣との交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 () <input type="checkbox"/> 無
	友人知人との交流	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 (山田一男さん) <input type="checkbox"/> 無
その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)					
<ul style="list-style-type: none"> 入院中下肢筋力の低下がみられ、リハビリを行っており、退院後も引き続き継続が必要。 入院により、妻の疲労が見られ、在宅療養生活での介護負担が予測される。 入院中の食事療法により、高血圧、糖尿病のコントロールは良好であったが、引き続き病状管理が必要である。 長男夫婦の介護への協力と理解 誤嚥性肺炎の再発予防 					
自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題					
<ul style="list-style-type: none"> 妻80歳 老老介護による介護負担の増加 リハビリの継続 長男夫婦の協力体制 本人と今後のことについて話し合い、延命処置を含めた医療処置や今後の意向などを繰り返し確認する。また、家族(長男、妻)の意向についても確認していく。 					
備考					

11 退院連携シートの留意事項

- ①看護サマリー及び医療機関や患者・家族からの聞き取り情報をもとにケアマネジャーが作成します。
- ②このシートは、よりよいケアプラン作成のために必要な項目を満たすものとなっています。退院後のケアプラン策定にあたってのアセスメントシートとして活用してください。
- ③退院連携シートの患者情報を、在宅療養生活を支える多職種(在宅チーム)で共有してください。

番号	項目	留意点
1	症状・病状の予後・予測	医療機関からの情報・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、改善傾向にあるのか又は徐々に病態が悪化していくのか等)について、看護サマリーを参考にして記載してください。
2	病気、後遺症等の受け止め、医療への意向	<ol style="list-style-type: none"> ①病気、治療についてどのように受け止めているのか。 ②本人はどの程度自己管理できるのか。(例:インシュリン注射を自分で決まった時間に打つことができる等) ③家族はどの程度協力できるのか。(例:毎食、刻み食を作ることができる等) ④在宅での急変時の対応について。 ⑤DNAR: Do Not Attempt Resuscitation(心肺蘇生法の実施を試みないこと)の有無などについて、把握している場合は、記載してください。
3	退院後必要な事柄(医療処置)	膀胱留置カテーテル以外のカテーテルは「その他」に記載してください。
4	退院後必要な事柄(医療・看護・リハビリの視点)	<p>【医療・看護の視点】 医療処置欄にチェックが入る場合、認知症状や精神面／服薬／血糖コントロール／ターミナル期の見通し／血圧／水分制限／食事制限／食形態／嚥下／口腔ケア／清潔ケア／排泄／皮膚状態／睡眠／など医療処置と合わせて療養上の留意点等を情報収集して、必要なサービスを検討してください。</p> <p>【リハビリの視点】: ①入院中のリハビリの状況 ②本人のリハビリに対する意欲 ③退院後のリハビリの必要性(ADL/IADL／言語／麻痺、筋緊張改善／摂食、嚥下など)</p>
5	入院中の過ごし方	入院中の治療やリハビリ等に対する本人の意欲、医療スタッフとの接し方、病室内での過ごし方等を聞き取りして記載してください。 (例:リハビリ内容を毎回看護師に伝え、改善を喜んでいた。癌告知後、数日はカーテンを閉め、服薬の拒否があった。病室内では、静かに小説を読んで過ごす、毎日デイルームに行き他の患者と楽しく話をしていた。)
6	社会との関わり	入院中に頻回な面会者が(家族、友人、近隣等)あることを病院側から聞き取ることができた場合は、新たな交流関係も記載してください。
7	その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)	退院カンファレンス等で病院側(看護師、セラピスト等)から、退院後の留意点や住宅改修の必要性及び在宅で整えなければならない要件等を聞き取り、ケアマネジャーが既に把握している基本情報等も考慮の上、総合的に分析・判断したことを記載してください。
8	自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題	本人・家族等の意向を確認し、退院連携シート及び把握している基本情報等を基にアセスメントを行い、生活全般の課題を明確化しニーズを導き出します。

12 看護サマリー

記入日 年 月 日

看護サマリー（標準様式）

神戸市

病院・診療所名		記入者	
ふりがな氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別
住所	電話番号 (固定)	(携帯)	
緊急時連絡先	氏名 (キーパーソン)	続柄※	電話番号 携帯番号 備考
	1		
2			
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 有効期限 (年 月 日 ~ 年 月 日) 申請日 () 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		入院先主治医 診療科:
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定		
病名	既往歴		
入院中の経過/予後・予測/入院中の過ごし方			
今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ② ③		
病気や後遺症等の受け止め/医療への意向等 (DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 最終交換日 __ / __) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (処置内容:) <input type="checkbox"/> カテーテル (Fr 最終交換日 __ / __) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療・看護・リハビリの視点 (栄養状態、禁忌事項等含)			
			入院時体重 kg
	自立	見守り	一部介助
移動・移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事摂取 食事形態	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない		
	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない		
食事形態	<input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ)		
	<input type="checkbox"/> 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日)		
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 <input type="checkbox"/> 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)		
入浴	<input type="checkbox"/> 入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ()		
更衣			
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 排便習慣 回 / (日・週)	
	排便	<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ()	
服薬管理	<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎		
	<input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 () <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()		
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()		
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位:)		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)		
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 <input type="checkbox"/> めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 <input type="checkbox"/> 補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)		
認知 (短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)		
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 特記事項 ()		

13 看護サマリーに記載をお願いしたい項目（退院前カンファレンス時に必要な情報）

1. 氏名・生年月日・年齢・性別・住所・電話番号
2. 緊急時連絡先・キーパーソン（成年後見人もしくは医療同意者の場合はその旨を続柄欄に記載）
3. 要介護度（申請状況、有効期限、要介護度）
4. 日常生活自立度（障害・認知症）
5. 入院先の主治医、診療科
6. 入院期間
7. 病名（入院原因疾患と持病が異なる場合は両方を記載）
8. 既往歴
9. 入院中の経過（治療経過）、予後予測、入院中の過ごし方
10. 今後の医学管理 <ul style="list-style-type: none"> ・外来通院、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬局、訪問看護、訪問リハビリ、訪問栄養食事指導 ・サービス提供者名
11. 病気や後遺症等の受け止め、医療への意向等（DNARの有無含）、病名告知の有無 本人： 家族：
12. 医療処置 点滴、中心静脈栄養、透析、人工肛門、酸素療法、人工呼吸器、気管切開、痛みコントロール、 経管栄養（胃ろう、腸ろう、鼻腔）、褥瘡処置、カテーテル、喀痰吸引、自己注射、その他
13. 医療・看護・リハビリの視点 栄養状態、禁忌事項、リハビリの状況と目標や考慮すべきこと（運動制限等）など
14. ADL（自立か要介助かを明記） <ul style="list-style-type: none"> ・移動・移乗（手引き、杖、歩行器、シルバーカー、車椅子、その他） ・寝返り・起き上がり ・食事摂取・食事形態 食形態（嚥下食の場合は刻み、ソフト食、ペースト食、とろみ）、制限（塩分、水分、カロリー） 嚥下障害、咀嚼状況、食物アレルギー ・口腔ケア、義歯 ・入浴（制限の有無、シャワー浴、清拭、その他） ・更衣 ・排泄 排尿能力、排便習慣、日中・夜間（トイレ、ポータブルトイレ、オムツ、リハビリパンツ） ・服薬管理（薬剤管理、眠剤の使用、睡眠の状態、頓服の使用、処方薬） ・麻痺（部位）、拘縮（部位）、四肢欠損（部位） ・皮膚の状況（褥瘡、皮膚疾患など） ・視力、めがね使用の有無 ・聴力、補聴器使用の有無 ・意思伝達の可否（伝達方法）、認知（短期記憶）、 ・精神・心理面での療養上の留意点（幻覚・妄想、昼夜逆転、しつこく同じ話をする、大声を出す、 介護への抵抗、暴言・暴力、徘徊、火の不始末、不潔行為、異食行動、性的問題行動等）

資料

障害高齢者の日常生活自立度

自立：まったく障害等を有しない者

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 (1) 交通機関等を利用して外出する。 (2) 隣近所へなら外出する。
	ランク A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 (1) 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 (2) 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 (1) 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 (2) 介助により車椅子に移乗する。
	ランク C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 (1) 自力で寝返りをうつ。 (2) 自力では寝返りもうたない。

(平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知より)

認知症高齢者の日常生活自立度

自立：まったく認知症を有しない者

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	II a 家庭外で上記IIの状態が見られる。	度々道に迷うとか、買物や事務、金銭管理など、それまでできたことにミスが目立つ等
	II b 家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々見られ介護を必要とする。	
	III a 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、又は時間がかかる。物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	III b 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ。
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ。
M	著しい精神症状や問題行為あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

入退院時連携に係る診療・介護報酬

(大阪府入退院支援の手引き〈平成30年3月〉より抜粋)

1. 入退院時連携に係る診療・介護報酬

介護報酬

〈居宅介護支援基準〉

・居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務付け。

入院時情報連携加算 (居宅介護支援費)

入院医療機関へ、利用者の情報を提供 (提供方法は問わない)。

- (I) 入院後3日以内 200単位/月
- (II) 入院後7日以内 100単位/月

退院・退所加算 (居宅介護支援費) (入院・入所中1回)

入院医療機関から情報を得て、ケアプラン作成

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

カンファレンスとは、診療報酬の「退院時共同指導料2」の※に該当するもの

退院時共同指導加算 (介護予防) 訪問看護、定期巡回、看多機) 600単位 (退院時1回)

退院時共同指導を行った後に、初回の指定訪問看護を行った場合

緊急時等居宅カンファレンス加算 (居宅介護支援費) 200単位 (1月に2回)

病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等とともに利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じ介護サービスの調整

診療報酬

入退院支援加算

- 1 : 600点 または 1,200点 (退院時1回)
- 2 : 190点 または 635点 (退院時1回)

入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定

+ 入院時支援加算(入退院支援加算) 200点 (退院時1回)

入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施

- + 地域連携診療計画加算 300点(入退院支援加算)
- + 地域連携診療計画加算 50点(診療情報提供料 I)

介護支援等連携指導料 400点 (入院中2回)

退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる場合、患者に対しケアマネジャーと連携し退院後の介護サービス等について指導

退院時共同指導料2 400点 ※2,000点 (入院中1回)

病院の医師等と在宅療養を担う医師等が共同して、退院後の在宅療養上必要な説明・指導
※医師等の職種の3者以上と共同して指導を行う場合

退院前在宅療養指導管理料 120点 (1回の入院につき1回)

退院前訪問指導料 580点 (1回の入院につき1回)

退院時共同指導加算 (訪問看護管理療養費) 800点 (退院時1回)

退院時リハビリテーション指導料 300点 (1回の入院につき1回)

退院時薬剤情報管理指導料 90点 (1回の入院につき1回)

退院後訪問指導料 580点

- + 訪問看護同行加算 20点

入院前

入院時

入院中

退院時

退院後

入退院時連携に係る診療・介護報酬

介護報酬加算

入院時情報連携加算（居宅介護支援費）

- ・入院後**3日以内**（提供方法は問わない）**（Ⅰ） 200単位**
- ・入院後**7日以内**（提供方法は問わない）**（Ⅱ） 100単位**

利用者が病院等に入院するに当たって、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

1月に1回を限度。

入院時連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

入院時情報連携加算に係る様式例：「入院連携シート」【P.11】

退院・退所加算（居宅介護支援費）

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

病院等に入院・入所していた者が退院・退所し、居宅で介護サービスを利用する場合、退院・退所に当たり「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位数を加算。

入院期間中に1回算定。

退院・退所加算に係る様式例：「退院連携シート」【P.14】

緊急時等居宅カンファレンス加算（居宅介護支援費）

・200単位

病院又は診療所の求めにより、病院又は診療所の医師又は看護師等とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ、利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定の単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に2回を限度とする。

入退院時連携に係る診療・介護報酬

介護報酬

退院時共同指導加算（（介護予防）訪問看護、定期巡回、看多機）

・600単位

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院(所)中の者が退院(所)するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院時共同指導(*)を行った後、退院(所)後に初回の指定訪問看護を行った場合に加算。

当該退院(所)につき1回(特別な管理を必要とする利用者に複数日に退院時共同指導を行った場合には2回)に限る。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

(*)「退院時共同指導」...当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供すること。

《指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準》（指定居宅介護支援基準）

○入院時における医療機関との連携を促進する観点から、居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務付ける。

○利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等で、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めた場合、当該主治医に対してケアプランを交付することを義務付ける。

○訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治医等に必要な情報伝達を行うことを義務付ける。

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

入退院支援加算

退院支援加算 1

- イ 一般病棟入院基本料等 **600点**
- ロ 療養病棟入院基本料等 **1,200点**

退院支援加算 2

- イ 一般病棟入院基本料等 **190点**
- ロ 療養病棟入院基本料等 **635点**

病気になり入院しても、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続出来るように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや地域との連携、外来部門と入院部門（病棟）との連携等を評価。

退院困難な要因を有する入院患者で在宅での療養を希望する者に対して退院支援を行った場合に、退院時 1 回に限り下記点数を加算。

ここでいう退院困難な要因とは

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無にかかわらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

〔施設基準・算定要件〕

	退院支援加算 1	退院支援加算 2
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に抽出	<u>7日以内</u> に抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に面談（一般病棟） 14日以内に面談（療養病棟）	<u>出来るだけ早期</u> に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	<u>出来るだけ早期</u> にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う。	
退院調整部門の設置	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）</u>	—

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

入退院支援加算

入院時支援加算

200点（退院時1回）

入院予定患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し支援を行った場合に加算。

〔算定対象〕

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者
- ② 入退院支援加算を算定する患者

〔施設基準〕

- ① 入退院支援加算の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
「許可病床数200床以上」・専任の看護師1名以上 又は
専任の看護師及び専任の社会福祉士1名以上
「許可病床200床未満」・専任の看護師1名以上 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること

〔算定要件〕

入院予定患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、

(1)入院前に以下①～⑧の内容を行い、(2)入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、(3)患者及び入院予定の病棟職員と共有。

患者の病態等により①～⑧まですべて実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合も①、②、⑧は必ず実施。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 / ② 入院前に利用していた介護・福祉サービスの把握(要介護・要支援状態の場合のみ) / ③ 褥瘡に関する危険因子の評価 / ④ 栄養状態の評価 / ⑤ 服薬中の薬剤の確認
- ⑥ 退院困難な要因の有無の評価 / ⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明 / ⑧ 入院生活の説明

地域連携診療計画加算

退院支援加算

地域連携診療計画加算 **300点（退院時1回）**

診療情報提供料(I)

地域連携診療計画加算 **50点**

あらかじめ地域連携診療計画を作成し、計画にかかる疾患の治療等を担う他の医療機関、介護サービス事業者等と共有し、入院時に文書等で家族等に説明し交付した場合に加算。

〔算定要件〕

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う連携保険医療機関等と共有
- ② 患者の同意を得たうえで、入院後7日以内に当該計画に基づく診療計画を作成し、文書により家族等に説明・交付
- ③ 連携保険医療機関等で治療が行われる場合、当該連携保険医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供。また、当該患者が、転院前の保険医療機関で当該加算を算定した場合は、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供。

地域連携診療計画加算を算定する場合、退院時共同指導料2、介護支援等連携指導料は別に算定できない。

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

退院前在宅療養指導管理料

120点

入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定。
外泊の初日1回に限り算定。
病状の悪化等により退院できなかった場合や外泊後、帰院することなく転院した場合は算定できない。

退院前訪問指導料

580点 (1回の入院につき1回)

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院の為、入院中（外泊時含む）又は退院日に患者宅を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら退院後の患者の看護にあたる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定対象外。

医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合も算定できる。

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

介護支援等連携指導料

400点（入院中2回）

入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス等を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービス等を受けられるよう、入院中からケアマネジャー等と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価。

〔算定要件〕

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士等、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障がい福祉サービス等について説明・指導を行った場合に算定。

指導の内容を踏まえ作成されたケアプランは、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付すること。

同一日に「退院時共同指導料2」の注3に掲げる加算と介護支援等連携指導料の両方を算定することはできない。

入院中2回に限る。

<1回目>

介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するもの。

<2回目>

実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行う。

退院時共同指導料2

400点 ※2,000点（入院中1回）

入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士と共同して行った上で文書により情報提供した場合に算定。

※「注3」入院中の保険医療機関の保険医または看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）又は介護支援専門員若しくは相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行なった場合2,000点を所定点数に加算する。

〔算定要件〕

退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については対象とならない。

退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行なう介護支援連携指導料は別に算定できない。

退院時共同指導料2を算定している保険医療機関が、退院支援加算を算定する場合、地域連携診療計画と同等の事項を患者・家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有すること。

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

退院時リハビリテーション指導料

300点（退院日に1回）

患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等。

当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

死亡退院の場合は、算定できない。

退院時薬剤情報管理指導料

90点（退院日に1回）

医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に算定。

死亡退院の場合は、算定できない。

退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）

8,000円（退院時1回）

指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者の退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り8,000円を所定額に加算する。

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

退院後訪問指導料

580点（退院後1月以内の期間に限り、5回を限度）

医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするため、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた保険医療機関が退院直後に行う訪問指導を評価。

〔算定要件〕

対象患者：別表第8(*)又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上

(要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者も算定可能とする。)

介護老人保健施設に入所中または医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

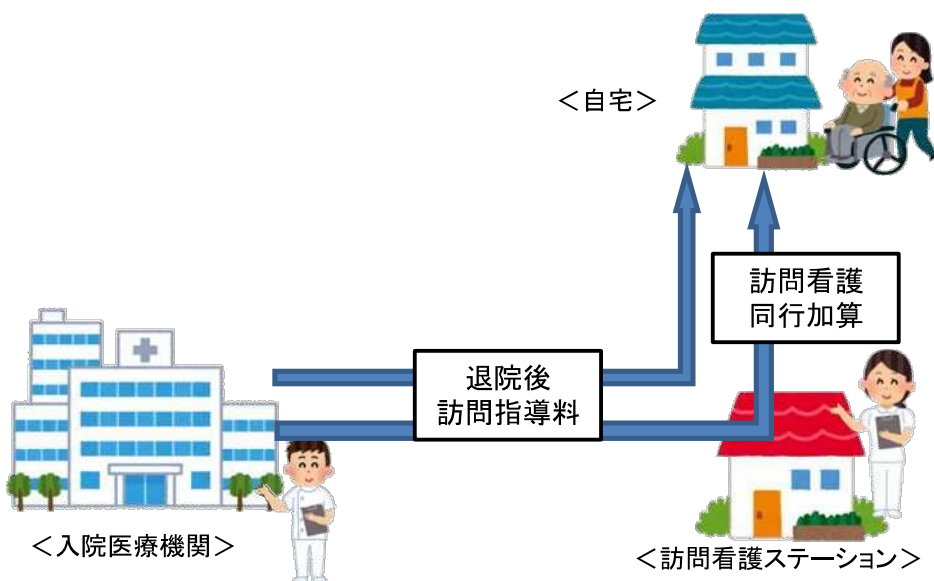
(*) 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理 / 在宅血液透析指導管理 / 在宅酸素療法指導管理 /
在宅中心静脈栄養法指導管理 / 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 / 在宅自己導尿指導管理 /
在宅自己呼吸指導管理 / 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 / 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人口膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護同行加算

20点（退院後1回）

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行なった場合に加算。



【在宅療養者の服薬管理に関する専門部会】

＜これまでの取り組み＞

- ・当専門部会は、これまで計7回（29年度2回、30年度5回）開催し、「服薬情報の共有、一元化」、「関係機関連携、服薬支援体制」、「患者・家族の理解、市民啓発」等について検討を行なった。
- ・平成30年度は、宝塚市立病院をはじめ先進事例の調査をふまえ、情報共有ツールに関する薬剤情報提供モデル事業の実施、電子お薬手帳と市民PHRとの連携や、関係者の連携に関する関係機関の役割・連携のフロー図作成等の議論を行なった。

＜今後の方向性＞

- ・服薬情報の一元化の実現に向け、電子お薬手帳等のICTツールの活用を念頭に、具体的な方策と関係者間の連携の仕組みについて検討する。（薬剤情報提供書や服薬状況アセスメントシート等の活用などによる関係者間の連携の仕組みを含む）
- ・地域住民及び地域の関係機関に対し、高齢者の服薬管理の重要性や、かかりつけ薬局・薬剤師の普及及び関係機関連携の必要性について、効果的に普及・啓発を行う。
- ・服薬管理に関する関係者間の情報共有や役割・連携方法等をまとめた支援者向けガイドラインを作成する。

＜今年度の取組み（スケジュール）＞

第1回 令和元年7月5日

- ・電子お薬手帳普及の現状と電子お薬手帳相互間連携の仕組みについて
- ・電子お薬手帳等ICT化の普及に向けた取組みについて

第2回 令和元年9月

- ・電子お薬手帳の機能拡張（h a r m oの取組み等）について

第3回 令和元年12月

- ・電子お薬手帳をはじめとした、服薬情報一元化の取組みについて（アセスメントシート等）

【看取り支援に関する専門部会】

＜これまでの取り組み＞

- ・当専門部会は、これまで計3回（平成29年度2回、平成30年度1回）開催し、看取りの現状と課題や、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）（神戸大学医学部附属病院木澤義之特命教授を招聘）に関する情報共有を行った。
- ・平成30年度は千葉県松戸市で、本人が望まない救急搬送を減らすことを目的とした「ふくろうプロジェクト」をもとに意見交換を行った。
- ・また、施設看取りに関する実態把握のための特別養護老人ホームなどを対象とするアンケート（案）について議論を行った。現在議論を踏まえ、アンケート内容の修正等の検討を行っている。

＜今後の方向性＞

- ・施設看取りの実態調査を行い、施設看取りを推進するための方策を検討する。
- ・人生の最終段階における医療・介護に関する意思決定を支援するため、ACPを普及するための方策を検討する。
- ・自宅や施設での看取りを含めた在宅医療に関する市民啓発の先行モデルを把握し、チラシ等の啓発物の作成及び市民啓発の方法について検討する。

＜今年度の取組み（スケジュール）＞

第1回 令和元年7月4日 施設看取りの実態把握のためのアンケートについて

※第3回の部会議論を踏まえて修正したアンケート内容について各委員より意見をいただいた。→アンケートを実施し、結果を集約、分析。

介護施設等での看取りに関するアンケート（案）

施設名 _____

氏名 _____

役職 _____

職種 _____

- このアンケートにおける「施設等」とは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、ケアハウスを対象としています。
- このアンケートにおける「看取りの始期」は、神戸市老人福祉施設連盟看取り介護実施マニュアルに基づき、以下のいずれかといいます。
- * かかりつけ医（嘱託医等）が、病状の進行や老化の進行による衰弱により、改善が困難又は回復が不可能と診断・判断した時
 - * 看取り介護の実施に関する家族からの同意を得た段階
 - * 看取り介護計画書が作成された段階

問1：あなたの施設の経営母体を教えてください。

- ① 医療法人
- ② 社会福祉法人
- ③ その他（ _____ ）

問2：あなたの施設での平均要介護度を教えてください。

（平均介護度 _____ ）

問3：あなたの施設では、看取りを行っていますか。

はい ・ いいえ

問4：平成30年度（H30.4.1～H31.3.31）においてあなたの施設内で亡くなった人数を教えてください。（自殺・事故等を除く）

（ 人）

その内、施設が看取りの対象と認識してから後に（看取りの始期以降に）、施設内で看取られて亡くなった人数は何人ですか。

（ 人）

看取り支援体制について

問5：あなたの施設で可能な医療処置に○を付けてください。

その内、人数制限があるものについては、人数を記入してください。

■医療処置

	酸素	点滴	気管切開	痰の吸引	インスリン 注射	胃瘻	人工肛門	尿カテ	褥瘡 その他
(人数制限)									

問6：あなたの施設における医師の配置数を教えてください。

（常勤 人）

（非常勤 人）

問7：あなたの施設の看護職員の配置について教えてください。

- ① 24時間
- ② 日中のみで、夜間はオンコール体制をとっている
- ③ 日中のみで、夜間はオンコール体制をとっていない
- ④ 配置していない

問8：（問7で①24時間と答えた方のみ）あなたの施設における夜勤時の看護職員配置数を教えてください。

（ 人）

問 9 : 夜間看取り時対応についてお伺いします。一番近い選択肢を選んでください。

- ① 介護職員対応。夜間はオンコール看護師にのみ連絡、翌朝看護師がかけつけ医（嘱託医等）へ連絡。
- ② 看護師対応。看護師が不在の場合はオンコールで看護師が施設へ向かい状況を確認し、翌朝にかけつけ医（嘱託医等）へ連絡。
- ③ 直接協力病院へ連絡、医師の指示を仰ぐ（オンコール対応）。
- ④ 直接かけつけ医（嘱託医等）へ連絡、医師の指示を仰ぐ（オンコール対応）。

問 10 : (問 9 で④と答えた施設のみお伺いします。) かけつけ医（嘱託医等）と連絡が取れなかった場合、施設としてどのような対応を取っていますか。

- ① 予め依頼している別の医師に連絡する。
- ② 協力病院へ連絡する。
- ③ 救急搬送している。
- ④ その他（ ）

問 11 : あなたの施設での平成 30 年度（H30. 4. 1～H31. 3. 31）の施設外の訪問看護師の訪問件数（延べ件数）を教えてください。

（ ）件

問 12 : あなたの施設でさらに看取りを増やしていくために、課題であると思われるものを選択してください。

(※問 3 で看取りを行っていないと答えた施設は、今後看取りをするために必要だと思うものを選択してください。)

- ① 医師（配置医や嘱託医）が施設内での看取りに積極的であること
- ② 施設長が施設での看取りに積極的であること
- ③ 訪問看護師との連携
- ④ 看護体制の充実
- ⑤ 介護士等による喀痰吸引や胃瘻処置など、医療処置資格取得の拡充
- ⑥ 「看取り指針」などのマニュアル作成
- ⑦ 看取りに関する職員向けの研修会の開催
- ⑧ その他（ ）
- ⑨ 特になし

(複数回答可)

問 13 : あなたの施設では、「看取り手順」などの施設の手順を作成し、職員間で共有していますか。

- ① 看取り手順などがあり、共有している
- ② 看取り手順はあるが、職員間では共有されていない
- ③ 看取り手順は作成していない

問 14 : あなたの施設では、看取りに関する職員向けの研修会を実施していますか。

- ① 実施している
- ② 実施していない

看取りの意思決定支援等について

問 15 : あなたの施設では、利用者に対して、看取りの希望を確認していますか。

- ① 全員に確認している →問 16 へ
- ② 個々のケースによるが、確認している →問 16 へ
- ③ 確認していない →問 17 へ

問 16 : 問 15 で①全員確認している、または②ケースによるが確認していると答えた施設にお聞きします。

施設入所者全体の何割の利用者が看取りを希望されていますか。

(約 割) が看取りを希望している

問 17 : あなたの施設では、施設の方針として人生の最終段階の利用者に対してACP (アドバンスケアプランニング) の内容を実践していますか。

③及び④を選択した施設は理由もご記入ください。

※ACPとは、今後の治療・療養について、利用者・家族と医療介護従事者が予め話し合うことを繰り返し実践すること

- ① 利用者全員に対して行っている
- ② 利用者の半数程度に対して行っている

③ ほとんど行っていない

(理由:)

④ 全く行っていない

(理由:)

⑤ 人生の最終段階の利用者がほとんどいないので、機会がない

問 18: あなたの施設では、人生の最終段階における医療・療養の方針について、利用者本人・家族と話し合いをいつ行っていますか。(複数回答可)

① 治療困難な病気と診断されたとき

② 治療方針が大きく変わったとき

③ 病気の進行にともない、死期が近づいているとき

④ 利用者や家族から人生の最終段階の医療について相談があったとき

⑤ 自施設の利用が始まる時

⑥ その他 ()

⑦ 行っていない

問 19: あなたの施設では、人生の最終段階における医療・療養の方針について、本人・家族との話し合いを誰が行っていますか。(複数回答可)

① 医師

② 看護師

③ 施設長

④ ケアマネジャー

⑤ 介護職員

⑥ その他 ()

問 20: あなたの施設では、利用者が医療の選択について意思決定が出来なくなった場合に備えて、どのような医療・療養を受けたいかあるいは受けたくないか、自分で意思決定出来なくなった場合に備えて代わりに誰に意思決定してもらいたいかをあらかじめ記載する書面を用いていますか。

① 施設の方針として、用いている

② 施設の方針は特に決めていないが、用いることもある

③ 用いていない

問 21 : あなたの施設では、利用中に医療の選択について意思決定出来なくなった場合に備えて、代わりに誰に意思決定してもらいたいかなどの代理意思決定できる人をいつ確認していますか。

- ① 治療困難な病気と診断されたとき
- ② 治療方針が大きく変わったとき
- ③ 病気の進行にともない、死期が近づいているとき
- ④ 利用者や家族から人生の最終段階の医療について相談があったとき
- ⑤ 自施設の利用が始まる時
- ⑥ その他 ()
- ⑦ 確認していない

問 22 : あなたの施設では、施設方針として、本人・家族等と人生の最終段階の医療・療養について話し合った情報について、医師や看護師・ケアマネジャー・介護職員等との関係者間で情報共有していますか。(複数回答可)

- ① 記録に残して共有している (例: 看取り意向確認書等)
- ② 日々のミーティングで共有している
- ③ 特に定めていない
- ④ 人生の最終段階については話し合っていない
- ⑤ わからない

問 23 : あなたの施設では、施設方針として、あなたの施設から他の療養場所へ転所する際に、人生の最終段階について話し合った内容を次の連携先へ引き継いでいますか。

- ① 治療方針などの医療情報のみを引き継いでいる。
- ② 治療方針だけでなく、療養場所や最期を迎える場所などの情報も引き継いでいる。
- ③ 特に定めていない
- ④ その他 ()
- ⑤ わからない

問 24 : あなたの施設での平成 30 年度 (H30. 4. 1~H31. 3. 31) の救急搬送回数を教えてください。

() 回)

その内、施設内での看取りを希望していた利用者を救急搬送した回数は、何回ありましたか。() 回) → 0 回と答えた施設は問 26 へ

