

65歳からの健康づくりの新常識!!

メタボ予防からフレイル予防にギアチェンジ!!

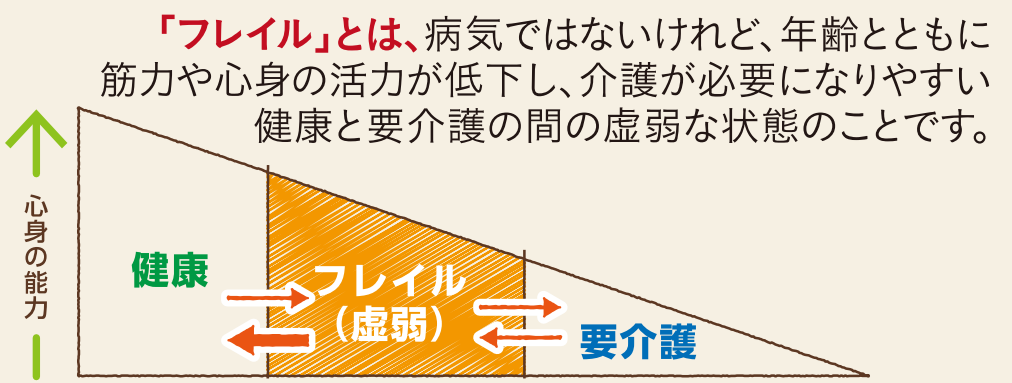
フレイル予防で有名な東京大学の飯島先生に聞いてみました!



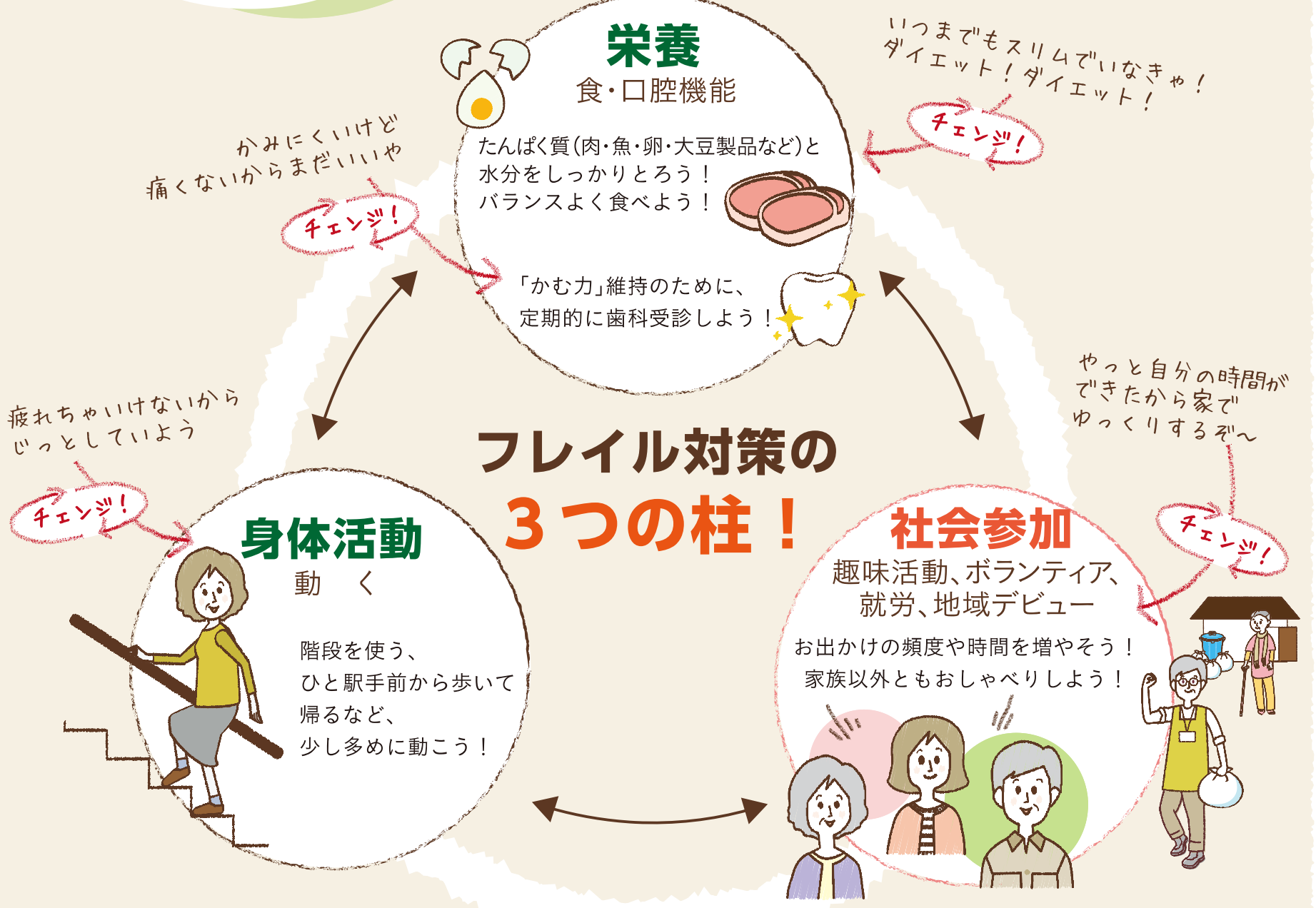
高齢者では、低栄養でやせすぎの人の方が、要介護状態になりやすいことがわかっています。これまでメタボ予防のために、食事をひかえていた方も、65歳ごろからはフレイル予防へのギアチェンジ(切り替え)が必要です。難しいことをする必要はありません。できそうなものからでよいので、下記の3つの柱を参考にバランスよく取り組んでみましょう。

飯島 勝矢 氏
東京大学 高齢社会総合研究機構教授
内閣府「一億総活躍国民会議」有識者民間議員
神戸市「地域包括ケア推進部会介護予防専門部会」アドバイザー

フレイル(虚弱)と要介護



しかし、フレイルであることに早めに気付いて適切な対策をとれば、元の状態に戻ることもできます。



3つとも重要ですが **社会とのつながりを失うことが、フレイルの最初の入口です!!**

「楽しみながら継続するために、自分に合った社会参加のカタチを見つけてみましょう!!」

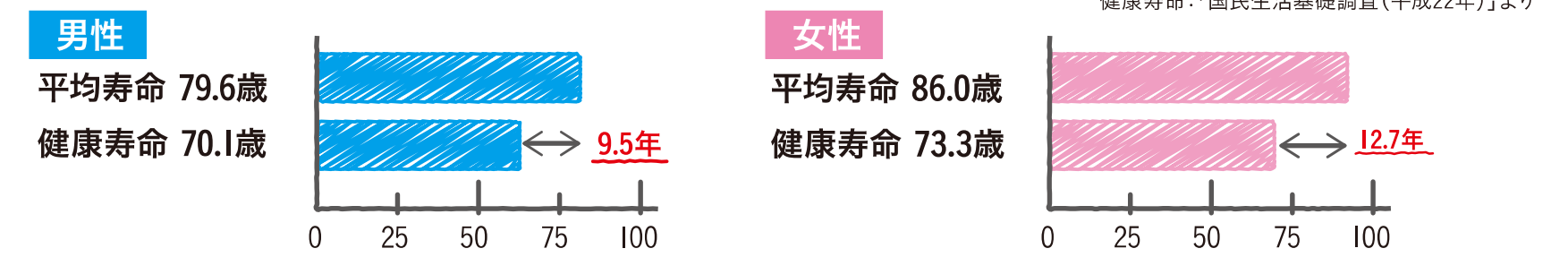
図:東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢教授作成の図を一部改変

いきいきシニアライフを目指して

◆健康寿命とは?

健康上の問題がなく、自立した日常生活を送ることができる期間の平均年数のことです。

◆神戸市における平均寿命と健康寿命の状況



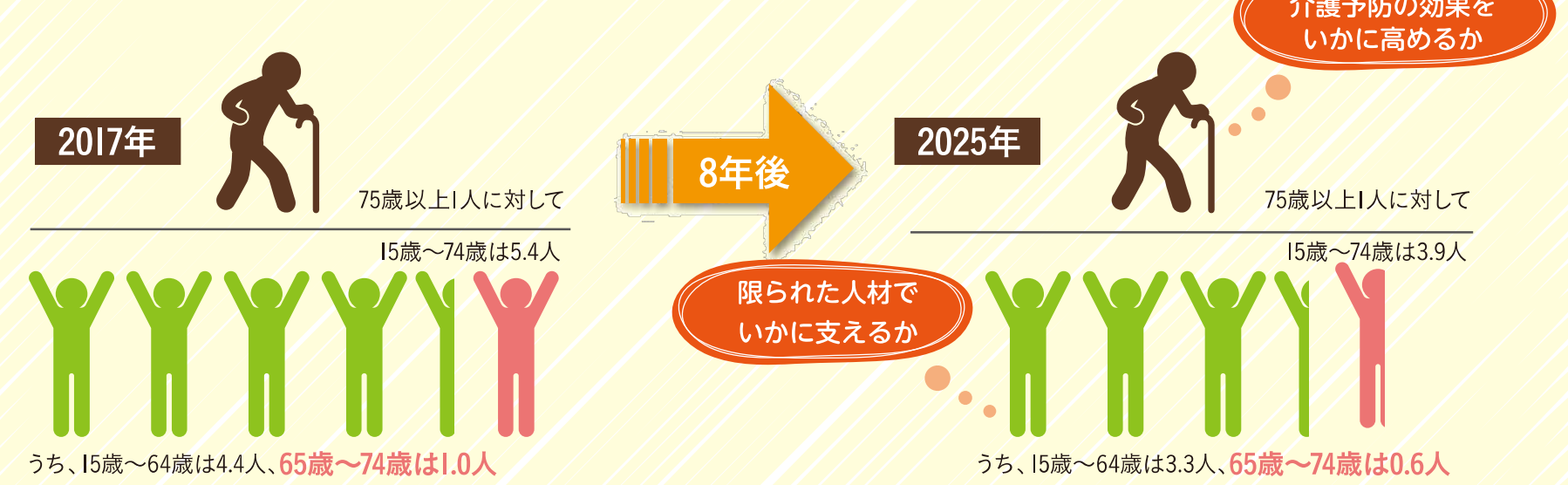
この健康寿命は、平均寿命と比べて男女ともに約10年短いのが現状です。元気なうちから、介護予防(健康づくり)、フレイル対策に取り組むことで、健康寿命を延ばすことができます。

◆神戸市は健康寿命の延伸を最重点目標にしています

健康寿命を延ばすことで、人生の最後まで自分らしく生活を楽しみながら暮らすことができます。また、介護保険料は、市全体の介護保険サービス費に基づいて計算されるため、健康寿命を延ばすことができれば介護を必要とする人は少なくなると考えられるため、結果として市全体として介護保険サービスにかかる費用を抑えることにつながります。2025年には、高齢化の進展などにより介護保険料基準月額額は9,400円程度になる見込みです。しかし、市民と行政が一体となって健康寿命の延伸に取り組み、健康寿命と平均寿命の差を2年縮めることができれば、8,200円程度に抑制することができます。

高齢者自身が活躍し、支え合うまちを目指して

団塊の世代が75歳になる2025年に向けて、今後高齢者人口は増加し続ける一方、生産年齢人口(15歳~64歳)は減少し続けます。神戸市では、間もなく後期高齢者人口(75歳以上)が前期高齢者人口(65歳~74歳)を上回る見込みです。現在、後期高齢者の3人に1人は介護が必要となっていることから、介護人材がますます不足することが予想されます。

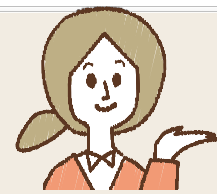


そのような背景から、介護保険法が改正され、神戸市では平成29年4月から「介護予防・日常生活支援総合事業(通称:総合事業)」が始まりました。この総合事業において、神戸市では、フレイル対策を含めた介護予防や、多様な担い手により日常生活を支援する仕組みづくりを推進し、高齢者が活躍しみんなで支え合う地域づくりを目指します。神戸市は、一人暮らしの高齢者が多く、軽度な支援を必要とする要支援者が多いのが特徴です。元気な高齢者は貴重な人材です。これまでの人生経験やスキルを活かして、地域で活躍してみませんか。

介護や見守りなど高齢者に関する相談は あんしんすこやかセンター (高齢者の介護相談窓口) お住まいの地域の担当は あんしんすこやかセンター 検索

KOBE 介護を知ろう! 詳しくはこちら http://kaigo-kobe.net 神戸市介護サービス協会

住み慣れた神戸で、いつまでも暮らすために... みんなで支え合ひましょう! 支え合うことで、ご自身の健康も維持できます。みなさんの力を貸してください!!

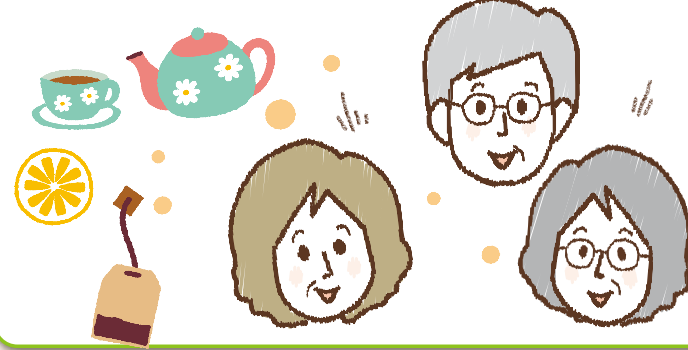


あなたは、どんなタイプ？

社会参加には、さまざまなカタチがあります。
興味のあるところにチェックをしてみましょう！一番チェックの多かったものが、あなたに合った活動かも！？

1

- 近所に友達をつくりたい
- サロン・茶話会に参加したい
- おしゃべりするのが好き



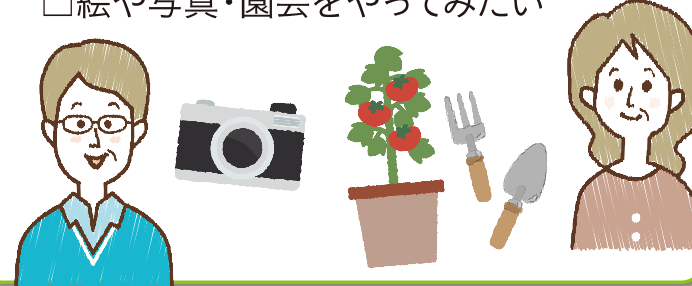
2

- 運動や体操の機会をつくりたい
- 登山やハイキングを楽しみたい
- 自分にあった健康法を見つけたい



3

- 昔やっていたこと(音楽活動など)をもう一度してみたい
- 興味があったこと(語学や歴史など)を学びたい
- 絵や写真・園芸をやってみたい



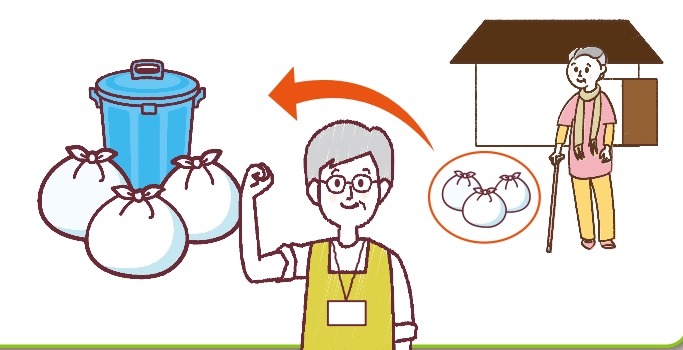
4

- 自分の住んでいるまちをよくしたい
- ボランティアをしてみたい
- 地域の子どものために何かしたい



5

- 特技・経験を活かして仕事をしたい
- 家事が得意・好き
- 仕事で地域に貢献したい



出典：厚生労働省『介護予防手帳』(一部改変)

あなたに合った活動は？

※調査結果：JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクト

1 人とのつながりを大切にしたいあなた！ 通いの場に参加しませんか



地域にあるサロンなどの通いの場に行き、みんなでしゃべりしたり、体操したりすることが健康に良いことが研究によりわかっています(※)。また、ひとつだけでなく、いくつかの通いの場に参加している人ほど、介護が必要になる可能性が低くなっています。



家にいても退屈なので、2人でよく出かけるようにしています。

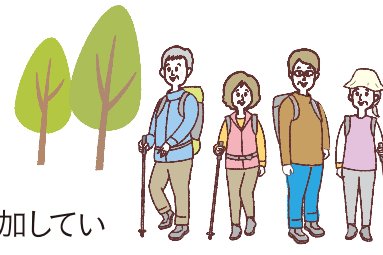
通いの場に参加してみんなでしゃべりすることで、今の世の中の出来事もわかるし、他の方のいろんな体験談を聞いたりできて、とても勉強になります。私たちは人としゃべりするのが好きなので、週1回ここへ来るのが楽しみです。皆それぞれ自分に合うものがあるはずですよ。

自分に合うものを探して、好きなことに取り組んでみてください。

通いの場参加者 池田さんご夫婦

★地域で自主的に運営されている高齢者の「通いの場」を応援する補助事業や民間企業との連携した取り組みを実施しています。平成30年度の申請を受付中です。

2 体を動かすことに意欲的なあなた！ 健康づくり活動に参加しませんか



週1回以上運動をしても、1人でしている人は、運動の集まりに参加している人に比べ、要介護状態になる可能性が1.3倍高いことがわかっています(※)。運動は仲間と一緒にすると、より効果的です。仲間づくりのためにも、地域のスポーツの会などを探して参加してみましょう。



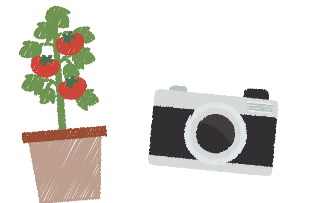
自分の身体のためになることをしようと思い参加しました。体力や筋力が回復したことが実感でき、姿勢も良くなったので、介護保険サービスも必要なくなり、参加して良かったです。

最初は緊張しましたが、3回目くらいから他の参加者さんと仲良くなり、教室のあとにお茶しに行くようになりました。身体の変化もかなり実感していますが、それよりも他の参加者の方たちと交流できたことがすごく良かったです。

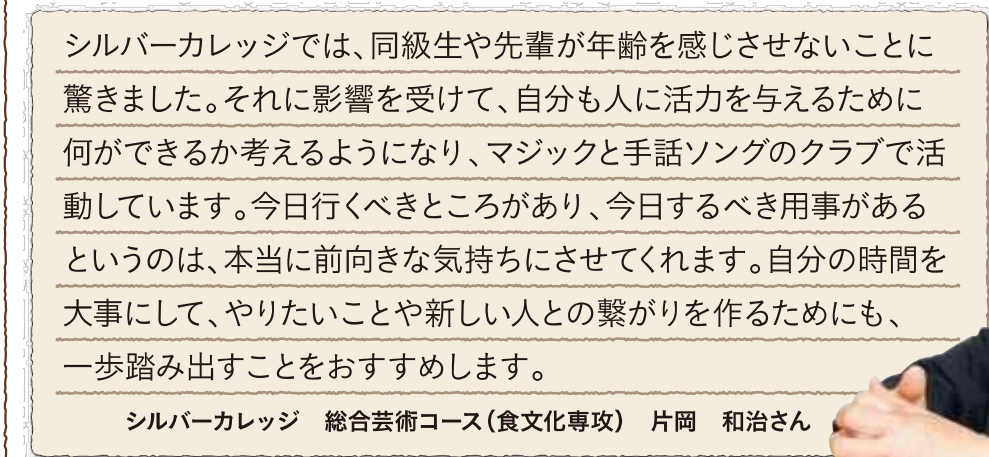
元気!いきいき!!教室卒業生 岡 純子さん

★介護保険サービスのひとつとして、「元気!いきいき!!教室(短期集中通所サービス)」を開催しています。

3 好奇心旺盛なあなた！ 趣味を楽しみませんか、学びませんか



自分の好きなことや興味のあることから始められる、趣味活動や生涯学習に参加しませんか。趣味を楽しんだり、新しいことを学んだりすることが、介護予防や生きがいにつながり、心の健康にも良いことがわかっています。



シルバーカレッジでは、同級生や先輩が年齢を感じさせないことに驚きました。それに影響を受けて、自分も人に活力を与えるために何が出来るか考えるようになり、マジックと手話ソングのクラブで活動しています。今日行くべきところがあり、今日するべき用事があるというのは、本当に前向きな気持ちにさせてくれます。自分の時間を大事にして、やりたいことや新しい人との繋がりを作るためにも、一歩踏み出すことをおすすめします。

シルバーカレッジ 総合芸術コース(食文化専攻) 片岡 和治さん

★コムスタこうべ(生涯学習支援センター)、シルバーカレッジ、市民福祉大学などを活用しましょう。

4 「誰かのための」活動を選んだあなた！ 地域でボランティアしませんか



グループや組織の中で、役割を持っている人がうつ病になる確率は、持っていない人の約7分の1であることがわかっています(特に男性)(※)。また、市内には、NPO法人もたくさんあります。これまでの経験やスキルを活かして地域に貢献し、有意義な時間を過ごしましょう。



「会長の顔を見たら元気になるわ」「いつもありがとう」、そう言ってもらえることで自分も頑張ろうと思えます。1人で丸一日活動することは難しいですが、2人いれば半日ずつでも1日になります。少し空いた時間を地域のために使いませんか。人のためと思って活動していても、地域に自分の仲間をつくることになるので、結果的には自分のためにもなります。仲間ができると楽しいですよ。

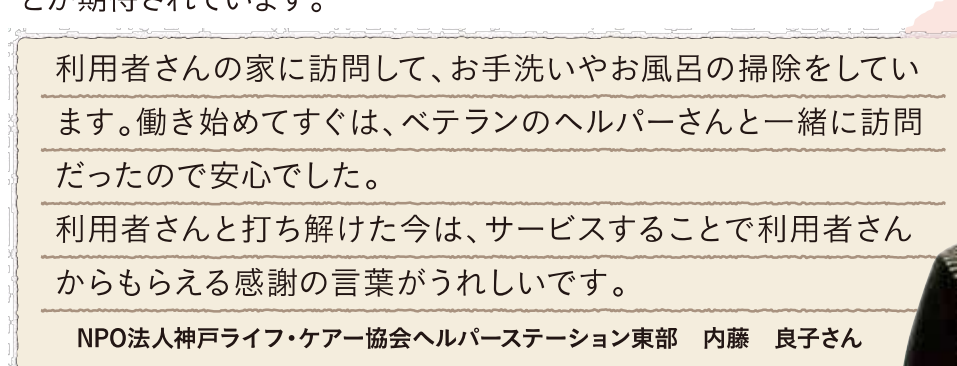
地域拠点型一般介護予防事業運営者 山本 孝子さん(東灘区連合婦人会会長)

★65歳以上の方が身近な地域で通うことができる、「地域拠点型一般介護予防事業」を実施しています。
★ボランティア活動のことを、知りたい・参加したい方は、ボランティアセンターにも相談できます。

5 「まだまだ現役」というあなた！ 働いてみませんか



働くことで社会とのつながりを持ち、活発に活動することによって、心身の健康が保たれます。なによりも働くことでの生きがい、健康寿命の延伸にとっても重要です。少子高齢化のため、65歳を過ぎたみなさんや主婦の方なども働き手として活躍されることが期待されています。



利用者さんの家に訪問して、お手洗いやお風呂の掃除をしています。働き始めてすぐは、ベテランのヘルパーさんと一緒に訪問だったので安心でした。

利用者さんと打ち解けた今は、サービスすることで利用者さんからももらえる感謝の言葉がうれしいです。

NPO法人神戸ライフ・ケア協会ヘルパーステーション東部 内藤 良子さん

★支援が必要な高齢者に対して、掃除や買い物などの支援を行う働き手になるための研修を、年に数回実施しています。

★その他の高齢者にふさわしいさまざまな仕事については、シルバー人材センターにも相談できます。

イベント いきいきシニアライフフェア 『健康宝島』 —あなたの宝物(健康ダネ)を探そう!—

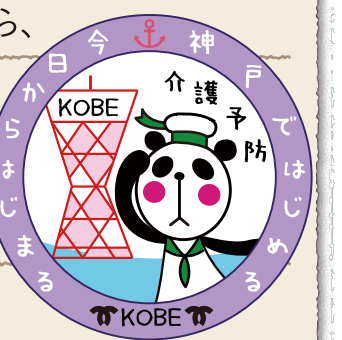
あなたに合った活動は見つかりましたか?何かやってみたい!と思ったあなた! イベントに参加して、あなたに合った介護予防を見つけてみませんか?

日時 3月24日(土) 10時~15時30分

場所 神戸ハーバーランド デュオドーム (JR神戸駅前地下イベントスペース)

内容 ウォーキングレッスンや体操などを体験できるステージから、フレイルチェック・認知機能チェックなどの体験ができるブースなど、気づきや発見、挑戦ができる内容盛りだくさんのイベントです。スタンプラリーに参加すると、すてきな景品が当たるかも!?

楽しみながら介護予防(健康づくり)をはじめませんか。



★お問い合わせは、神戸市総合コールセンター(☎333-3330)へ

65歳を過ぎたあなたへ…

今日からはじまる、神戸ではじめる フレイル予防・フレイル改善!

フレイルって何だろう?

フレイルは病気ではないけれど、年齢とともに心身の活力が低下し、介護が必要になりやすい状態のことです。

- ①社会的フレイル：閉じこもりや1人での食事など
- ②精神・心理的フレイル：うつや記憶力の低下など
- ③身体的フレイル：筋力の低下や活動量の減少など

以上の3つの要素が影響しあってフレイルは悪化していきます。フレイル予防・改善のためには、人との交流や食事・運動・お口のケアを見直し、バランスよく取り組むことが大切です。

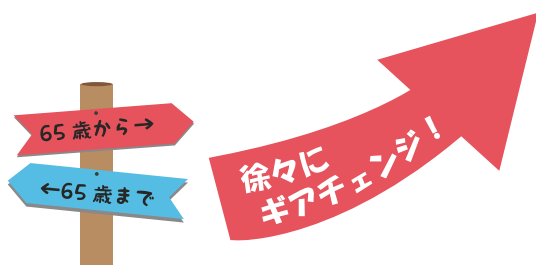


フレイル予防に必要な3つの要素

65歳はターニングポイント! /

健康づくりは生活習慣病予防からフレイル予防へギアチェンジ!

これからは病気だけでなく、加齢による変化にも早めに気づき、対応していくことが大切です。



毎日の生活習慣の改善

生活習慣病予防

働きすぎ・睡眠不足を解消
ストレスを溜めない生活

栄養バランスのとれた食事
食べすぎと野菜不足に注意

むし歯・歯周病予防

有酸素運動で脂肪燃焼
筋トレで基礎代謝向上

体力・心身の活力の維持・改善 フレイル 予防 (老化による機能低下)



積極的に「外出」「人との交流」
【フレイル予防その1】でご紹介



たんぱく質を多く含んだ食事
【フレイル予防その2】で自己チェック



かむ力や、飲み込む力を向上
させるお口の体操
【フレイル予防その2】でお口の体操をご紹介



運動習慣をつけ、筋力を維持
【フレイル予防その3】で筋トレをご紹介

※持病のある方は、主治医に相談しましょう。



65歳からは、やせた人の方が要注意！ 自己チェックをしてみましょう。

BMI 早見表 *身長と体重から計る体格指数をBMIといいます。

身長 \ 体重	35kg	40kg	45kg	50kg	55kg	60kg	65kg	70kg	75kg	80kg
140cm	18	20	23	26	28	31	33	36	38	41
145cm	17	19	21	24	26	29	31	33	36	38
150cm	16	18	20	23	24	27	29	31	33	36
155cm	15	17	19	21	23	25	27	29	31	33
160cm	14	16	18	20	21	23	25	27	29	31
165cm	13	15	17	19	20	22	24	26	27	29
170cm	12	14	16	18	19	21	22	24	26	28
175cm	11	13	15	17	18	20	21	23	24	26
180cm	11	12	14	16	17	19	20	22	23	25

体重の変化は、健康状態を確かめる1つの方法です。左の表で、BMIを確認してみましょう。

身長と体重の交わったところの数字があなたのBMIです。

【BMIの計算方法】

BMI= 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

◆BMIが20未満の方は、低栄養状態のリスクあり◆

低栄養とは、身体を動かすために必要なエネルギーや、筋肉などを作るたんぱく質が不足した状態のことです。

低栄養状態が続くと筋力が減少し、介護が必要な状態におちいりやすくなります。バランスの良い食事を心がける、家族や友人と会食をする機会を増やすなど、食生活を見直しましょう。

◆BMIが20～24の方は、今の体重の維持を◆

今の体重を維持しましょう。

ただし、直近6か月間で2～3kgの体重減少がある方は、食生活を見直してみましょう。

◆BMIが25以上の方は、体重増に注意して◆

血圧や血糖値に注意し、今より体重が増えないようにしましょう。持病のある方は主治医にご相談を。

食欲がないときも……1日3食しっかり食べてコツコツ貯筋

1食抜くと、たんぱく質をとるチャンスが1回減ります。たんぱく質を多く含む主菜を毎食忘れずにとりましょう。

1日の食事の一例 (1650kcal たんぱく質70g)

赤字はたんぱく質の量

朝食	昼食	間食	夕食
 目玉焼き (卵 50g) 6.1g チーズトースト (食パン90g/チーズ18g) 12.1g カフェオレ (牛乳100cc) 3.4g サラダ	 あんかけ焼きそば (蒸し中華麺150g/豚・えび・いか各30g) 22.7g 酢の物 くだもの	 ヨーグルト (100g) 4.3g やきいも (90g) 0.8g	 ご飯 (160g) 4.0g 鮭の塩焼き (鮭70g) 13.7g 湯豆腐 (木綿豆腐50g) 3.5g みそ汁 青菜のごま和え

たんぱく質の量って？

性別・体格によって必要量が異なります。75歳以上 / 体重50kgの女性で、1日60～85g程度とると良いといわれています。ただし、魚50gを食べたからといってたんぱく質を50gとれるわけではありません。※腎臓に疾患のある方は、主治医に相談しましょう。



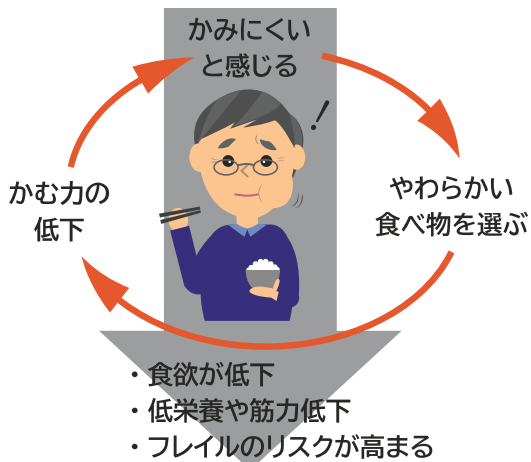
心身の衰えは、お口から?!

滑舌（かつぜつ）の悪さ、食べこぼし、わずかなむせ、かめない食品の増加など、口の機能の衰えを「オーラルフレイル」といいます。

オーラルフレイルは、老化の始まりの重要なサインで、フレイル進行の前兆です。放っておくと、4年後には要介護になるリスクが2.4倍になることがわかっています。

あなたは大丈夫?オーラルフレイル自己チェック していきましょう!

口の不調を放置する



- 最近、滑舌が悪くなったと言われる
- 食べこぼしが増えた
- 飲み物などでむせることが増えた
- かめない食べ物が増えた気がする
- 口の渇きが気になるようになった
- 歯の本数が20本未満である

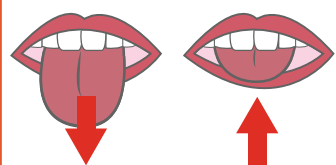
歯が抜けたままだと認知症のリスクが高まります。

歯が抜けてしまっても、入れ歯をつけてしっかりかむことで認知症のリスクは低くなります。両方の奥歯でしっかりかめるように、半年に1回程度はかかりつけの歯医者で歯と口のチェックを受けましょう。

食事前の新習慣「舌の体操」で口の周りの筋力アップ

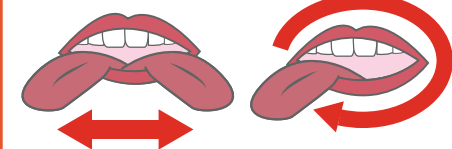
口の周りの筋肉を刺激することで、かんだり飲み込んだりしやすくなります。無理のない範囲で行いましょう。

①前後に動かす



・舌をできるだけ前に出したりひっこめたりする(5回)

②左右に動かしてグルッとまわす



・舌をできるだけ前に出して、左右に動かす(5回)
・口の周りをなめるように、舌を左右に交互にまわす(左右1回ずつ)

③上下に動かす



・舌を出して、鼻の頭やあごにつけるような感じで、上と下に動かす(5回)

認知機能や、お口の健康を維持するのに「パタカラ体操」がおすすめ。

唇や舌の動きに意識しながら、「パ」「タ」「カ」「ラ」「パタカラ」「パタカラ」と何度も連続して発音してみましょう。さまざまなタイプの口の動きを繰り返すことで、口やのどの衰えを防ぐことができます。



足腰の筋肉、鍛えていますか？

つまずきやすい、疲れやすい…歳のせいとあきらめていませんか？

介護が必要になるきっかけは、脳血管疾患や認知症を除くと、骨折や転倒、関節疾患など、筋力低下から引き起こされるものがほとんどです。日ごろから運動して、筋力・バランス力をつけることで予防できます。

まだまだ忙しいあなたには、毎日の生活に **プラス10分** の運動がおすすめ

- ・いつもより遠くのスーパーまで歩いて買い物に行く
- ・エレベーターやエスカレーターではなく、なるべく階段を使う
- ・テレビを見ながらストレッチ
- ・近所の公園やスポーツ施設を利用する
- ・歩幅を広くして、速く歩く
- ・ひとつ手前の駅やバス停から歩いて帰る



ちょっとした運動の積み重ねで、介護が必要になるリスクを減らせます。

65歳からは足腰の筋肉を鍛えましょう

スクワット（ひざの屈伸）とひざ伸ばしに挑戦。それぞれを5～10回。これを1日3回が目標です。大事なのは、痛みのない範囲でやることと自然な呼吸を心がけることです。

スクワット 主におしりと太ももの前を鍛える

- ① 床に垂直に背筋を伸ばし、腰を上げ下げするイメージです。ひざが半分ほど曲がる位置まで腰を落とす。
- ② もとの位置までゆっくりと戻す。

両足は床につけて
平行に保つ。

※立ち座りをする時に意識してみましょう。



ひざ伸ばし 主に太ももの前を鍛える

- ① いすに座り、片方のひざをできるだけまっすぐに伸ばす。
- ② もとの位置までゆっくりと戻す。片脚ずつ交互に行うのがコツ。

ひざを伸ばしたら
つま先を上げる。

※足首を柔らかくしておくことが転倒防止にもつながります。



運動を楽しくはじめて楽しく続ける4つのポイント

1 状態に合わせた目標を立てる

目標を立てて達成することでやる気アップ！

2 無理をしない

休養も大事！
自分のペースで運動に取り組みましょう。

3 簡単なことからはじめてみる

毎日続けられる簡単な体操からはじめてみましょう。

4 仲間と一緒に始める

誰かと一緒に運動するのは気分転換になります。



積極的に人との交流をしていますか？

社会参加をすることで、要介護になるリスクが低下。
積極的に『外出』や『人との交流』をしていきましょう！

友人や近所の人との食事や旅行、趣味の集まりやボランティア活動など、いろいろな会に積極的に参加し、つながりを作りましょう。目的ができると外出の回数や人との交流が自然と増えていきます。
積極的に人と交流している人は、寝たきりや認知症などの介護が必要になるリスクが3～4割ほど低いことがわかっています。



家庭内でも地域でも仕事や役割を持つことが大切です。



ご家庭でも、買い物・掃除などの家事や、ペットの世話、孫の保育、庭仕事などの役割を持ちましょう。
また、地域活動やグループ活動でも、参加するだけでなく、役割を持つ方がうつ病にもなりにくいと言われています。

毎日外出しない人は「閉じこもり予備軍」です。

定年退職後や子どもの自立後、外出する機会が減っていませんか？
1日1回は用事を作り、家から出て誰かと話したり、頭と体を動かしたりしましょう。



フレイルの入口は社会とのつながりを失うこと。



(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢 作図)

フレイル予防の3つの要素「社会参加」「栄養（食・口腔）」「運動」を自分なりに、楽しく継続できる方法で底上げしていくことが重要です。

人や地域とのつながりを豊かにしていくために、あなたに合った社会参加のカタチを見つけましょう。

※調査結果：JAGES（日本老年学的評価研究）プロジェクト / 東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢

フレイル予防と一緒に気をつけたいこと

感染症予防のために予防接種を受けましょう。

「人との交流」を進める中で、気になるのは感染症です。
肺炎やインフルエンザなどの感染症は、体力低下のきっかけになります。社会とのつながりを大切にしながら、感染症を予防するために、予防接種が望まれます。
接種費用の一部助成を行っている場合もあります。詳しくは神戸市のホームページをご覧ください。



フレイル予防
その1

あなたに合った活動を探してみましょう / 人や地域とつながろう

就労したい



- ・仕事を続ける
- ・シルバー人材センターなど

誰かの役に立ちたい

- ・KOBE シニア元気ポイント
- ・見守りパトロール
- ・清掃
- ・市民講師 など



学びたい

- ・シルバーカレッジ
- ・パソコン教室
- ・カルチャースクール など

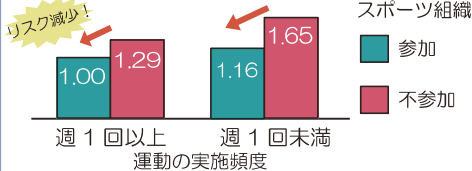


仲間と身体を動かしたい

運動は、1人で行うより仲間と一緒にの方が介護が必要になるリスクが低いことがわかりました。スポーツの会やフィットネスジムに通うなどご自身に合ったペースで運動を習慣づけましょう。

運動は一人より仲間と一緒にのほうが効果的！

運動の実施頻度スポーツ組織参加による要介護状態の発生リスク



- ・ラジオ体操
- ・体操の会
- ・登山 など



趣味・仲間を見つけたい

- ・地域のつどいの場
- ・コーラス
- ・絵画教室
- ・料理教室 など



昔やっていたこと
やってみたかった
ことを
始めませんか？



まだまだ元気なあなたもフレイル予防に取り組みましょう！

ご相談はあんしんすこやかセンターへ

あんしんすこやかセンターは、神戸市が
設置する高齢者に関する総合相談窓口です。

中学校区に1か所程度の割合で、市内全域に76か所設置しています。

このマークが目印！



あんしんすこやかセンター

地域支え合い推進員 社会福祉士 保健師等 主任クアマネジャー



あんしんすこやかセンター



あんしんすこやかセンター
(地域包括支援センター)

専門職のスタッフが
相談者それぞれの身体の状態や
生活状況をお聞きして、1人ひとり
に合った活動や活躍の場、必要
な支援をご紹介します。



地域のつどいの場
健康づくりの場



趣味活動



医療



介護保険サービス等

あなたのお住まいの担当のあんしんすこやかセンターは…… **神戸市 あんしんすこやかセンター** 検索

※神戸市総合コールセンター (078-333-3330) または各区役所内の保健福祉課でもお知らせしています。

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	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
	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"/>	<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
	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

入院時の体重	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"/> 粉砕
					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"/> 普通の声がかっと聞き取れる <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					

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用い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。

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
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	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)			短期入所		<input type="checkbox"/> 日 / 月			
	その他	<input type="checkbox"/>											
	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種:)			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"/> ベースト <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 <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"/>	<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	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)				
	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	その他()			
		<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	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	
	<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 ()	夜間の状態		<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不穏		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	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	〇〇ケアプランセンター	ケアマネジャー名	〇〇 〇〇
電話・FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

ふりがな氏名	こうべ たろう	生年月日	明 大 昭	13 年 9 月 1 日	年齢	80 歳	性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
	神戸 太郎		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
緊急時連絡先	氏名(キーンボン)		続柄※	住所	電話番号	備考		
	1	神戸 花子	妻	神戸市中央区〇〇町〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	2	神戸 次郎	長男	神戸市〇〇区〇〇町〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	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	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居		医療保険	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合		
	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護		<input type="checkbox"/> 生保()	<input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護		<input checked="" type="checkbox"/> 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。				・元〇〇会社の技術職。 ・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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護(1 / 週)				
	通所	<input checked="" type="checkbox"/> 介護(1 / 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週)				
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具(ベッド、車椅子、杖)				
	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	・高血圧 ・糖尿病 ※主治医意見書等参照	
	1	〇〇クリニック(訪問診療2回/月)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	2					
	3					
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()				手術歴	なし

		自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況				
食 事	食形態	<input checked="" 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"/> パースト <input type="checkbox"/> とろみ)								
	制限	<input checked="" 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	義 歯	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部)								
移動方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input checked="" 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()									
入 浴	入浴制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input checked="" 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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排尿能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 排便習慣 1 回 / 2 日・週)						
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	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()						
服薬管理	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳参照					眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者管理 (妻)					夜間の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不穏		
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 (補聴器の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)					言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
	視力	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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

・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せん。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	
	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"/> 普通の声がやと聞き取れる	<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"/>	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"/>	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"/> 粉砕
		<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"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	買い物	<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"/> 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"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (部位:)	<input type="checkbox"/> 四肢欠損(部位:)		
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (部位:)			
皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (部位:)			
視力	<input checked="" 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"/> 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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
意思伝達	<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"/> 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"/> 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"/> 有 (長男夫婦・孫)	<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	デイサービスへ行くことを楽しみにしている。	
	友人知人との交流	<input checked="" 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	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 <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 ()		
	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 ()		
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 <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 ()		

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。
準寝たきり	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

入院前

入院時

入院中

退院時

退院後

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»・専従の看護師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。

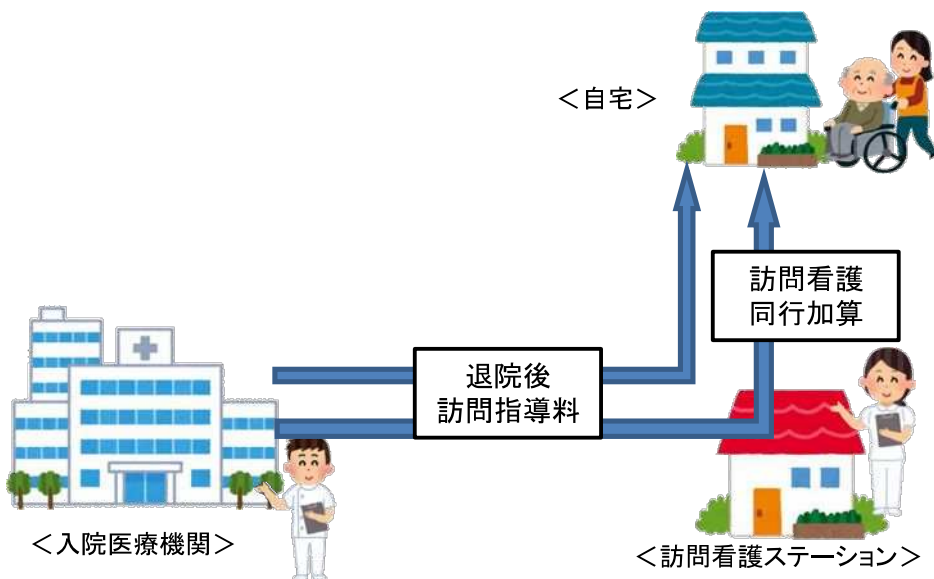
(*) 別表第8

- 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。



記入日 年 月 日

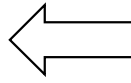
看護サマリー (標準様式)

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 () 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 ()		

お薬相談シート

令和 年 月 日

(薬局)
 _____ 様
 TEL :
 FAX :



(事業所)

 (氏名)
 _____ 発
 訪問看護師 ・ ケアマネジャー ・ その他 ()
 TEL :
 FAX :

利用者 (在宅療養者) 情報

ふりがな			生年月日	年	月	日 (歳)
利用者氏名						
要介護度	申請中 / 要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
疾患名称						
医療機関名 (複数の場合は 複数記載)				主治医		
サービス利用	無 ・ 有	種類	訪問看護 ・ 訪問介護 ・ デイケア ・ デイサービス ・ その他 ()			
生活情報	家族同居 ・ 日中のみ独居 ・ 独居 ・ その他 ()					

お薬に関する情報

ケアマネジャー等利用者をご支援の方がご記入ください

利用者情報	1	使用中のお薬手帳はありますか？	Yes ・ No ・ 不明	冊数： 冊
	2	2か所以上の医療機関にかかっていますか？	Yes ・ No ・ 不明	
	3	2か所以上の薬局にかかっていますか？	Yes ・ No ・ 不明	
	4	主に薬の管理を行っているのは誰ですか？	本人 ・ 家族 ・ ホームヘルパー ・ 訪問看護師 ・ その他 ()	
	5	薬の管理方法はどのようにしていますか？	本人任せ ・ お薬カレンダー ・ 薬箱 ・ その他 ()	
	6	医師の指示通りに服用できていますか？	Yes ・ No ・ 不明	
	7	【6でNoと回答した場合】(複数回答可) 服用できない原因を選んでください	失念 ・ 嚥下困難 ・ 服薬拒否 その他 ()	
	8	残薬(余っている薬)はたくさんありますか？	Yes ・ No ・ 不明	
	9	薬のことで、疑問や不安等お困りはありますか？	Yes ・ No ・ 不明	
支援者	10	支援者の方が訪問等をする中で、お薬についてお気づきになること、お困りのこと等があれば記入してください (自由回答)		

返信コメント

返信者名：

今回の情報提供にあたっては、

- ご本人・ご家族の同意を得ております。(年 月 日同意)
- 契約時の同意に基づいて提供しています

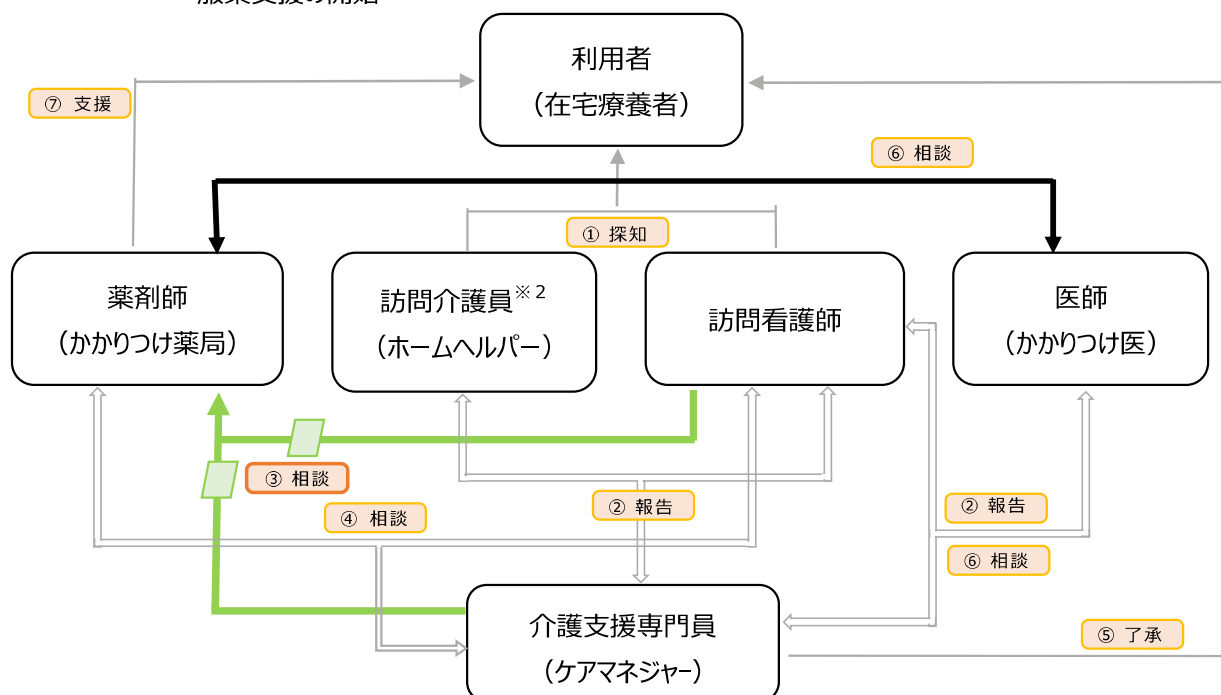
在宅療養者の服薬管理に資するお薬相談シートの活用について

1 目的

適切な服薬ができていない在宅療養者について、介護支援専門員等からかかりつけ薬剤師・薬局に対して円滑に情報共有できる体制を構築し、適切な薬物療法に資することを目的とする。

2 お薬相談シートの活用タイミング

- ① 探知 (看護師)(ホームヘルパー)
服薬に関する問題事項の探知
(薬が服薬できない、残薬の発見、飲み合わせなど)【別図 1 参考】
- ② 報告 (ホームヘルパー) ⇔ (ケアマネジャー) (看護師)(ケアマネジャー) ⇔ (医師)
在宅療養者のお薬の情報を報告
- ③ 相談 (看護師)(ケアマネジャー) → (薬剤師)
お薬相談シート【別紙 1】の作成、支援に関する相談 (お薬に関する困りごと等)
かかりつけ薬局の薬剤師※1へ お薬相談シート【別紙 1】を送付
※1 かかりつけ薬局が見つからない場合は、各区の薬剤師会へ相談
- ④ 相談 (薬剤師) ⇔ (看護師)(ケアマネジャー)
支援の実施に関する相談
薬学的な提案や介入方法等の相談
- ⑤ 了承 (ケアマネジャー) → (患者)
薬局の介入に対する患者さんの了承
※薬局が在宅訪問を行う場合は医療保険、介護保険のいずれかの費用負担が発生する
ケアプランの変更などが必要となる
- ⑥ 相談 (薬剤師)(看護師)(ケアマネジャー) ⇔ (医師)
医師に対して報告及び情報提供を行うとともに、必要な指示または助言をもらう
- ⑦ 支援 (薬剤師) → (患者)
服薬支援の開始



※2 ホームヘルパー以外の在宅サービスも含む
そのほかのタイミングで使用していただく事も可能です

患者さんがこんなことで困っていませんか？

薬の
管理が
できない



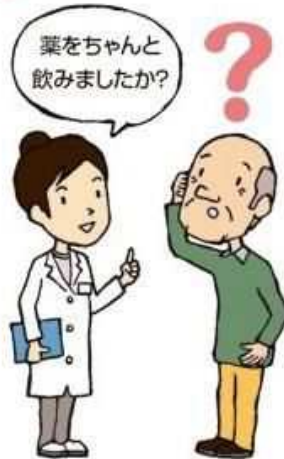
飲みづらい、
飲んでくれない
服薬の介助に
時間がかかる



何に効く薬か
わからない



飲み忘れてしまう



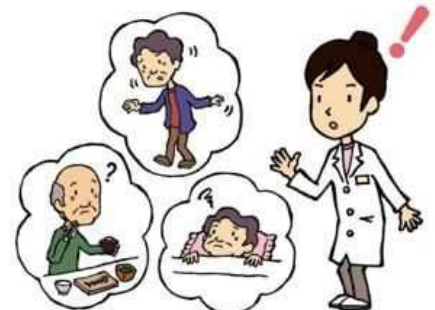
錠剤をつぶして
飲んだりして
大丈夫？



たくさんの種類を
飲んで大丈夫？
飲み合わせは？



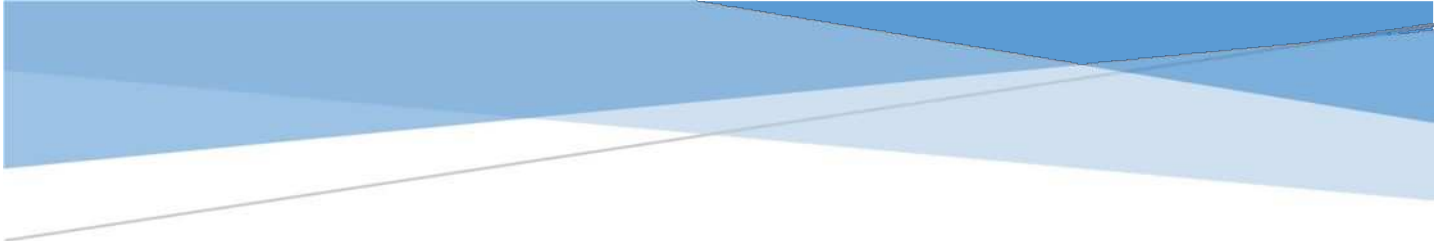
もしかして、薬のせい？



このような状況を見つけた時は、医師に報告し、
“薬剤師”に相談してください！

複数の薬局にかかっているときは…？

「かかりつけの薬局」を一か所選びましょう



在宅療養者の服薬管理に資する
お薬相談シート QA 集

神戸市健康企画課

令和3年7月

QA 一覧

(お薬相談シートは以下「シート」とする)

問1:このシートが作成された背景は？

問2:どこで作成されたのか？

問3:在宅療養者の服薬管理に関する専門部会のメンバーとは？

問4:このシートはどんな時に使うのか？

問5:服薬に関する困りごとがある場合、全ての人にこのシートを使うのか？

問6:シートを送る薬局の優先順位は？

問7:非会員薬局は対象か？

問8:情報提供する時は、シートを全て記入する必要があるのか？

問9:流れ①探知について、問題を探知するのは(看護師)(ホームヘルパー)とあるが、その職種のみか？

問10:シートはどのように送るのか？

問11:医師や薬剤師への報告等は本人の了解を得る必要があるのか？

問12:認知症等、本人の同意が得られない場合はどうするのか？

問13:個人情報の取り扱いについて、シートに記載する項目があるのか？

問14:薬剤師が家庭訪問する必要があるケースとは？

問15:薬剤師が家庭訪問する場合の、介護保険の取り扱いはどうなるのか？

問16:ケアプランの作成は必要か？

問17:現在、在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導を利用中の場合は、このシートをどう活用したらよいか？

問18:ケアマネジャー、訪問看護師、その他の職種(ヘルパー等)の人が、このシートを作成し薬局と連携した場合、介護報酬は算定できるのか？

問19:問い合わせ先は？

お薬相談シートの活用における QA 集

問1:このシートが作成された背景は？

→在宅療養者の服薬への理解や服薬管理が難しくても、服薬管理不良を早期に発見できない、また支援者同士の連携・情報共有が不十分である等の課題がありました。その状況を薬の専門職種である薬剤師と共有し、スムーズに解決するためのツールとしてシートが作成されました。

問2:どこで作成されたのか？

→地域包括ケアを推進するため、神戸市地域包括ケア推進部会に設置された「在宅療養者の服薬管理に関する専門部会」において服薬に関する課題の整理と解決策の検討を行い、解決策の1つとしてシート作成をしました。

問3:在宅療養者の服薬管理に関する専門部会のメンバーとは？

→医療・福祉に関わる幅広い分野の専門家を委員として協議しています。

問4:このシートはどんな時に使うのか？

→在宅療養者にとって身近な支援者である訪問看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等在宅サービス提供者が課題を把握し、薬剤師へ相談したいが相談先に困る場合に使います。シートは薬局・薬剤師等と服薬管理不良を共有し、薬剤師とともに解決に繋ぐきっかけとするためのアセスメントツールです。

本人の問題意識がない場合でも、多量の残薬がある、飲みすぎによる薬の不足や副作用がある等、支援者が服薬管理上の問題に気づかれた方に対しても利用を検討してください。

(別図1参照)問題の解決には、薬の専門家である薬剤師の介入が効果的です。

問5:服薬に関する困りごとがある場合、全ての人にこのシートを使うのか？

→かかりつけ薬局があり、本人や支援者が気軽に相談できる場合はシートを使う必要はありません。

問6:シートを送る薬局の優先順位は？

①かかりつけ薬局

②かかりつけがなく複数の薬局に行かれている場合は、その中の一つの薬局を選んでください。

(基礎疾患等で長期的に飲んでる薬を調剤している薬局等)

③特に、よく行く薬局等がない場合は、チラシの裏面を参考にいただき、患者さんの優先順位にあった薬局を兵庫県医療機関情報システムにて探してください。

④絞り込めない等の理由で探せなかった場合、神戸市薬剤師会に相談してください。

問7:非会員薬局は対象か？

→すべての薬局が対象となります。

しかし活用開始直後は、お薬相談シートの周知が行き届いていない可能性があります。

引続き周知を行っていきます。

問8:情報提供する時は、シートを全て記入する必要があるのか？

→把握している情報は、できる限り記入をお願いします。生活面等の細かな情報まで記載することはスペース上も困難です。シートは連携のきっかけとして概要を記載して頂き、シート送付後、薬剤師に電話で詳細をご連絡下さい。

問9:流れ①探知について、問題を探知するのは(看護師)(ホームヘルパー)とあるが、その職種のみか？

→在宅療養者が服薬に関する相談をしたり、実際の服薬管理状況の課題に気づけるのは在宅サービスに係る支援者になると思われます。

主として、訪問看護師・ホームヘルパーを含む在宅サービス提供者(フロー図注釈※2)を指しています。

問10:シートはどのように送るのか？

→薬局・薬剤師へシートをFAXします(③相談)。

その後薬局・薬剤師へ電話し、FAXが届いているか確認の上、療養者の気になる状況について連絡します。その際、薬学的な見地から提案を受けたり、介入方法を相談してください。(④相談)

※担当ケアマネジャーがいる在宅療養者において、看護師から薬剤師等へ相談・依頼した場合、ケアマネジャーと事前・事後の情報共有を図って下さい。

問11:医師や薬剤師への報告等は本人の了解を得る必要があるのか？

→本人の困り事に寄り添いながら、支援者が課題としてとらえた状況について医師や薬剤師に情報共有し解決をはかりたい旨伝え、情報共有への同意を求めてください。

問12:認知症等、本人の同意が得られない場合はどうするのか？

→ご家族がいる場合は、ご家族に課題となっている状況と相談の趣旨をお伝えし、同意を求めてください。

問13:個人情報の取り扱いについて、シートに記載する項目があるのか？

→シートの下段に同意に関するチェック欄があります。該当する欄をチェックして下さい。

問14:薬剤師が家庭訪問する必要があるケースとは？

→服薬への理解や服薬方法・管理が難しく、自宅における状況を直接薬剤師が確認の上、本人や家

族に対して相談に応じたり、指導を行うことが有効である場合、訪問による支援をご検討ください。

問15: 薬剤師が家庭訪問する場合の、介護保険の取り扱いはどうなるのか？

→ 居宅療養管理指導の適用になります。

薬局の薬剤師が行う居宅療養管理指導については、医師又は歯科医師の指示に基づき、当該薬剤師が策定した指導計画に基づき、当該利用者を訪問し、指導を行い、ケアマネジャーに情報提供した場合に算定します。居宅療養管理指導は給付管理の対象外(限度基準額の対象外)です。

問16: ケアプランの作成は必要か？

→ 居宅療養管理指導は給付管理の対象外であり、当該薬剤師等に対し必ずケアプランを交付しなければならないものではなく、交付していない場合に運営基準減算になることはありません。

ただし、ケアプランは介護保険外サービスも含めて、利用者の生活全体を総合的に支援する計画であることから、居宅療養管理指導及びその内容をケアプランに記載する必要があります。また、事業者との連携と図る意味で交付していただくのが望ましいです。

問17: 現在、在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導を利用中の場合は、このシートをどう活用したらよいか？

→ シートは、服薬管理上の問題がある場合かつ相談できる薬局・薬剤師がいない場合、また訪問による相談・指導の検討が必要な場合の利用を想定しています。

在宅患者訪問薬剤管理指導を利用されている場合は、担当の薬剤師へ直接ご相談ください。特にシートを利用する必要はありません。

→ 居宅療養管理指導において、職種ごとに訪問回数が決められています。規定の回数以内であれば介護保険が適用となり、職種を組み合わせで対応することも可能です。

現在薬剤師の訪問がない場合は、薬剤師の訪問指導を検討してください。

問18: ケアマネジャー、訪問看護師、その他の職種(ヘルパー等)の人が、このシートを作成し薬局と連携した場合、介護報酬は算定できるのか？

→ このシートは連携により療養者の課題を改善することを目的としています。これまでの連携をよりスムーズにするためのツールの1つで、介護報酬の算定は想定しておりません。

問19: 問い合わせ先は？

お薬相談シートの運用に関すること : 神戸市健康局健康企画課 TEL (078) 322-0129
FAX (078) 322-6052

かかりつけ薬局に関すること : 神戸市健康局保健所医務薬務課 TEL (078) 322-6796
FAX (078) 322-5839

一般社団法人

神戸市ケアマネジャー連絡会会報誌 Vol. 62



〈令和4年12月24日発行〉
編集発行：神戸市ケアマネジャー連絡会
事務局：〒650-0016 神戸市中央区橋通3丁目4-1
神戸市総合福祉センター2F
TEL：078（362）6222
FAX：078（362）5277

ごあいさつ

福祉局監査指導部 横矢

【はじめに】

福祉局監査指導部の横矢と申します。
神戸市ケアマネジャー連絡会の皆様には、日頃より神戸市の福祉行政
及び介護保険事業にご協力いただき、誠にありがとうございます。

【所属・主な担当】

令和2年度、神戸市では、介護指導課その他の所属を新たに監査指導部と
する職制改正がありました。ちょうどこの時期に私は着任しました。
私は監査指導部内の「介護保険サービス・法人指導監査担当」に所属しており、その中で、主に居宅通
所系の介護サービス事業所等を担当しています。
私自身介護保険関連の仕事は初めてであり0からのスタートでしたが、この約3年間弱で主に以下のよ
うな事業に取り組んできました（時間の経過を早く感じます…。）。

①運営指導（実地指導）の外部委託等

実地指導における標準化・効率化に資する取り組み等を推進する観点から、国の指針改定等が行わ
れ、これに伴い本市でも、①実地指導から運営指導への名称変更、②運営指導の標準・効率的実施、③
現地・WEB 併用運営指導の試行実施、④指定事務受託法人の活用（＝運営指導の外部委託）等に取り組
んでいます。

このうち運営指導の外部委託については、20ある政令市の中でも、本市以外では3市しか実施してい
ないものです。

本市では公募型プロポーザルを経て、令和4年度から外部委託を本格実施しており、私自身、以前か
ら話に聞いていた案件に直接関係し実現できたのは感無量です。

ケアマネ連の皆様からは、「…不備のある点はきちんと指導、指摘があり、よく取り組んでいることにつ
いてはプラスのフィードバックをしてくださりました。…前向きな気持ちになれたとの声があったよ
うに思います。」旨の肯定的な評価をいただいております。我々・委託事業者とも今後に向けてとても励み
になります。

今後もよりよい運営指導に努めていきたいと思っております。

②新型コロナウイルス感染症対策事業

令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、「介護保険事業に伴う新型コロナウイルス
感染拡大防止対策等の徹底について(マニュアル)」の新規作成・時点修正や、「サービス継続支援事業」、
「フォローアップ体制強化事業」の実施等、皆様に少しでもお役に立てるようにと努めてきました。

【ケアマネジャーの声を聴く会】

「ケアマネジャーの声を聴く会」については、令和3年度参加させていただき、皆様の闊達な議論・新
たな視点に目からうろこが落ちる思いでした。4年度も参加させていただき、皆様の貴重なご意見を傾聴
させていただきました。

【終わりに】

介護保険制度においては、介護支援専門員（ケアマネジャー）が制度への信頼を担保する大きな役割を
担うこととなります。日頃からいろいろな活動をされている神戸市ケアマネジャー連絡会の皆様のますま
すのご発展ご多幸を祈念させていただきます。
今後とも、どうぞよろしくお願いいたします。

「お薬相談シート」を是非ご活用ください

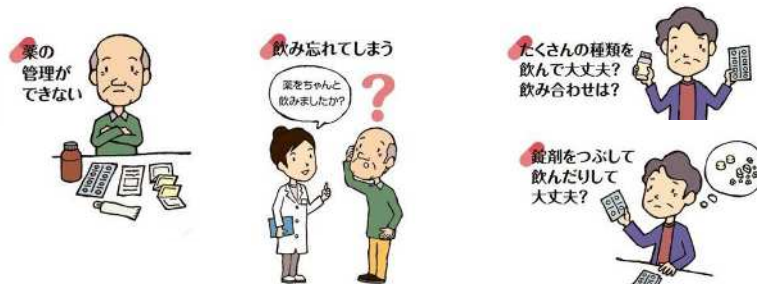
こんにちは。神戸市健康局です。

今回は、神戸市地域包括ケア推進部に設置された「在宅療養者の服薬管理に関する専門部会」で作成しました「お薬相談シート」についてご紹介させていただきます。

1. お薬相談シートとは

在宅療養者の服薬への理解や服薬管理が難しくても、服薬管理不良を早期に発見できない、また**支援者同士の連携・情報共有が不十分**である等の課題がありました。その状況を薬の専門職種である**薬剤師と共有し、スムーズに解決**するためのツールとして、「お薬相談シート」が作成されました。

2. こんな困りごとを利用者の方からお聞きしたことはないでしょうか。



3. そんな時は相談をしてみましょう（※簡単な紹介ですので、詳細は神戸市ケアマネジャー連絡会のHP掲載のフローとQAをご確認ください。）

- ① 「お薬相談シート」に必要な事項を記入して、薬局へFAX送信してください。
- ② 薬剤師や看護師、医師等と一緒に支援や介入方法等について相談しましょう。
- ③ 医師へ情報提供・報告後、薬剤師より利用者への支援が開始されます。

お薬相談シート

〒 年 月 日

TEL: FAX: 薬局名 (含住所) 備考

利用者の氏名 (含住所) 性別 年齢 病歴 (慢性疾患) 服薬状況 (常服中 / 処方済 / 1・2 / 3・4・5)

お薬相談の理由 (複数選択可) 医師の指示 (複数選択可) 薬剤師の指示 (複数選択可)

お薬相談の目的 (複数選択可) 薬剤師の指示 (複数選択可) 医師の指示 (複数選択可)

お薬相談の結果 (複数選択可) 薬剤師の指示 (複数選択可) 医師の指示 (複数選択可)

お薬相談の経過 (複数選択可) 薬剤師の指示 (複数選択可) 医師の指示 (複数選択可)

お薬相談の感想 (複数選択可) 薬剤師の指示 (複数選択可) 医師の指示 (複数選択可)

お薬相談の連絡先 (複数選択可) 薬剤師の指示 (複数選択可) 医師の指示 (複数選択可)

お薬相談の担当者 (複数選択可) 薬剤師の指示 (複数選択可) 医師の指示 (複数選択可)

一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会 (トップページ)

文字サイズ変更 さらに拡大 | 拡大 | 標準

リンク集 サイトマップ

介護サービスを目指す ケアマネジャーネットワーク

こちらです！
 新着情報：2022.10.24【情報提供】
 お薬相談シート (神戸市健康局)

連絡先情報

新着情報・近月の次番予定

更新日

2022.11.09 NEW【配信】認知症センター合同研修会 (兵庫こころの医療センター)

2022.11.08 NEW【締切延長】12月開催 神戸市地域移行型基礎知識研修

2022.10.24 NEW 11月17日開催 オンライン事例検討会 (認知症センター)

2022.10.24 NEW【情報提供】お薬相談シート (神戸市健康局)

2022.10.21 NEW 11月19日開催 主治医意見書研修 (神戸市医師会)

会員専用ページ

アンケートの調査結果

神戸市や連絡会からの情報のバックナンバー

各区連絡会のトップ過去の情報はコチラ

2022年11月

日 月 火 水 木 金 土

地域の薬剤師にも是非ご協力いただき、より専門的に利用者をチームで支援することにつながれば幸いです。
ご活用ほど、よろしくお願いいたします。

【問い合わせ先】

- ・お薬相談シートの運用に関すること
神戸市健康局健康企画課 TEL (078)322-0129
 - ・かかりつけ薬局に関すること
神戸市健康局保健所医務薬務課 TEL (078)322-6796
- FAX (078)322-5839

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

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 時間と答えた施設のみお伺いします。) 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 : (前回問 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 14 : 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。(複数回答可)

- ① 医師（配置医や嘱託医）が施設内での看取りに協力的であること
- 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 診療報酬上の加算がある
- ⑨ 特になし
- ⑩ その他

問 15 : 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 16 : 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

(→問 19 へ)

次のページの間 17・問 18 については、看取りを行っていない施設への質問です。
看取りを行っている施設は、問 19 へお進みください。

<問 10②いいえ 看取りを行っていない施設>

以下の問 17・問 18 は、看取りを行っていない施設のみお答えください。

問 17：看取りを行っていない理由をお答えください。

(複数回答可)

- ① 医師（配置医や嘱託医）が施設内での看取りに協力的でない
- ② 施設長が施設での看取りに積極的でない
- ③ 訪問看護師との連携ができていない
- ④ 看護体制が充実していない
- ⑤ 介護士等による喀痰吸引や胃瘻処置などができない
- ⑥ 「看取り指針」などのマニュアルがない
- ⑦ 看取りに関する職員向けの研修会がない
- ⑧ 診療報酬上の加算がない
- ⑨ 特になし
- ⑩ その他

問 18：今後、あなたの施設で、看取りを行いますか。

はい ・ いいえ

(→問 19 へ)

続いて、次ページの間 19 以降にもお答えください。

以下の問 19 からは、すべての施設が対象です。

看取りの意思決定支援等について

問 19 : あなたの施設では、利用者に対して、入居時に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 20 へ
- ② 個々のケースによるが、確認している →問 20 へ
- ③ 確認していない →問 21 へ

問 20 : 問 19 で①全員に確認している、または②個々の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 21 : 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 22 : 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 自施設の利用が始まる時
- ② 治療方針が大きく変わった時
- ③ 治療困難な病気と診断された時
- 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時
- ⑤ 病気の進行にともない、人生の最終段階が近づいている時
- ⑥ その他 ()
- ⑦ 行っていない

問 23 : 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 施設相談員
- ⑦ その他 ()

問 24 : 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 25 : 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 自施設の利用が始まる時
- ② 治療方針が大きく変わった時
- ③ 治療困難な病気と診断された時
- 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時
- ⑤ 病気の進行にともない、人生の最終段階が近づいている時
- ⑥ その他 ()
- ⑦ 確認していない

問 26 : 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・施設相談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 27 : 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

救急搬送について

問 28 : 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 31 へ

問 29 : 問 28 で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が 1 回以上と答えた施設に質問します。救急搬送した主な理由を教えてください。

- ① かかりつけ医師 (嘱託医等) との連絡調整がつかなかったため。
- ② 看護師 (訪問看護師) から、救急搬送をするかどうかの指示を得ることができなかったため。
- ③ 利用者からの希望変更の申出による。
- ④ 家族からの希望変更の申出による。
- ⑤ その他 ()

今後、施設内での看取りを希望していた利用者を救急搬送しないようにするには、どうすればよいと思われますか。ご意見等をお持ちであればご記入ください。

問 30 : 神戸市消防局が作成している「高齢者福祉施設における救急要請ガイドライン (平成 26 年 12 月改正)」を活用していますか。

- ① 活用している
- ② 知っているが活用していない
(理由 :)
- ③ 知らない

その他) 看取り支援についてのご意見がありましたらご記入ください。

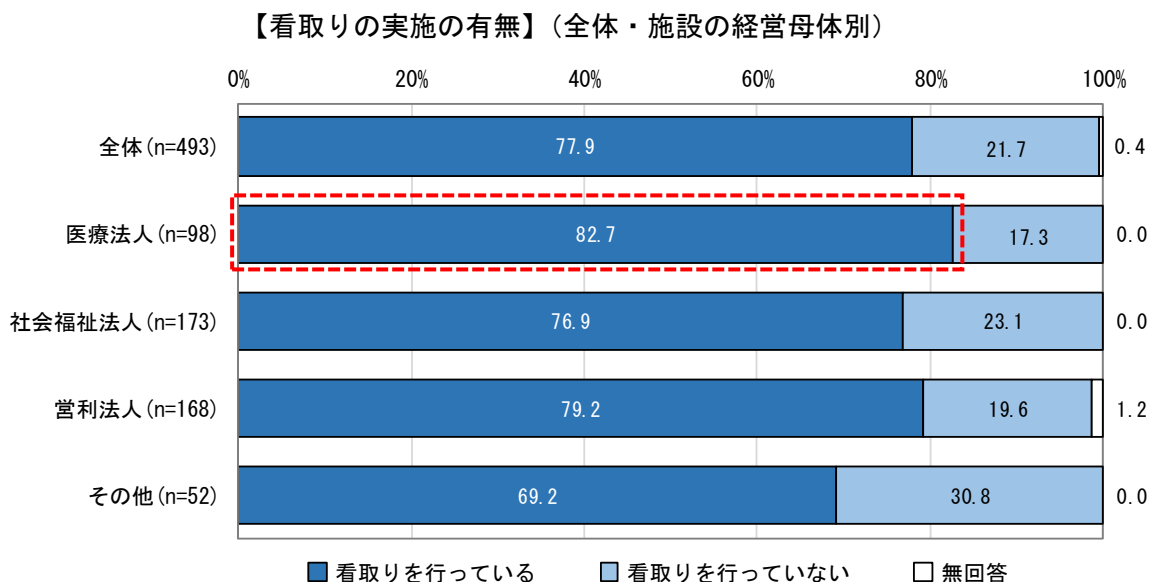
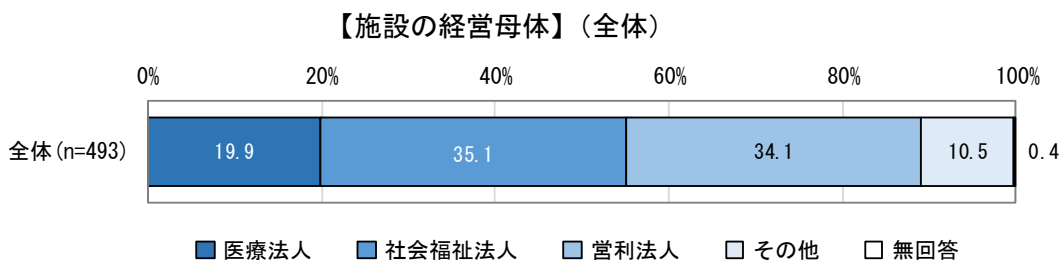
ご協力ありがとうございました。

**介護施設等での看取りに関するアンケート
調査結果報告書
【概要】**

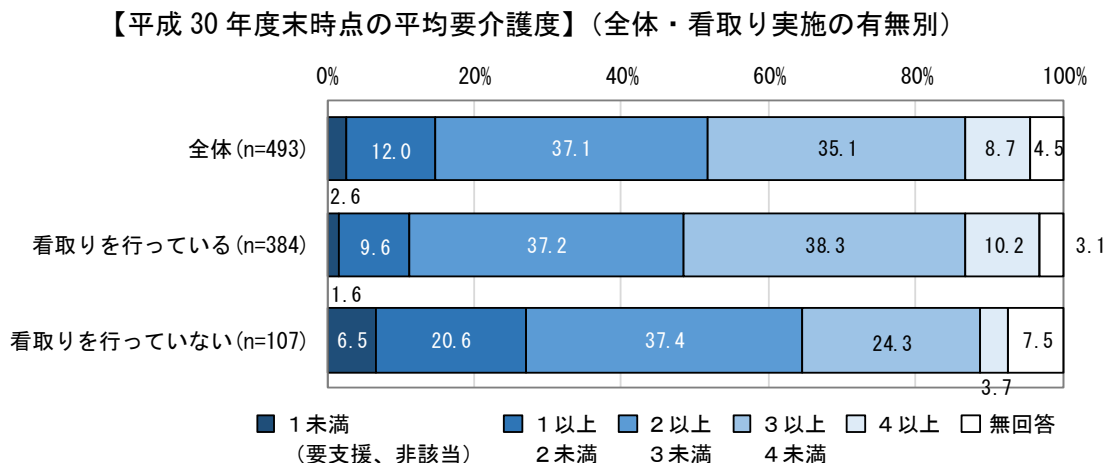
**令和2年3月
神戸市**

1. 施設概況と看取り支援体制・実施状況の関連性

○施設の経営母体が「医療法人」である施設は、他の法人が経営母体である施設と比べて、看取りを行っている割合が高い傾向があります。施設の経営母体が「医療法人」である施設のうち、82.7%が看取りを行っていると回答しました。

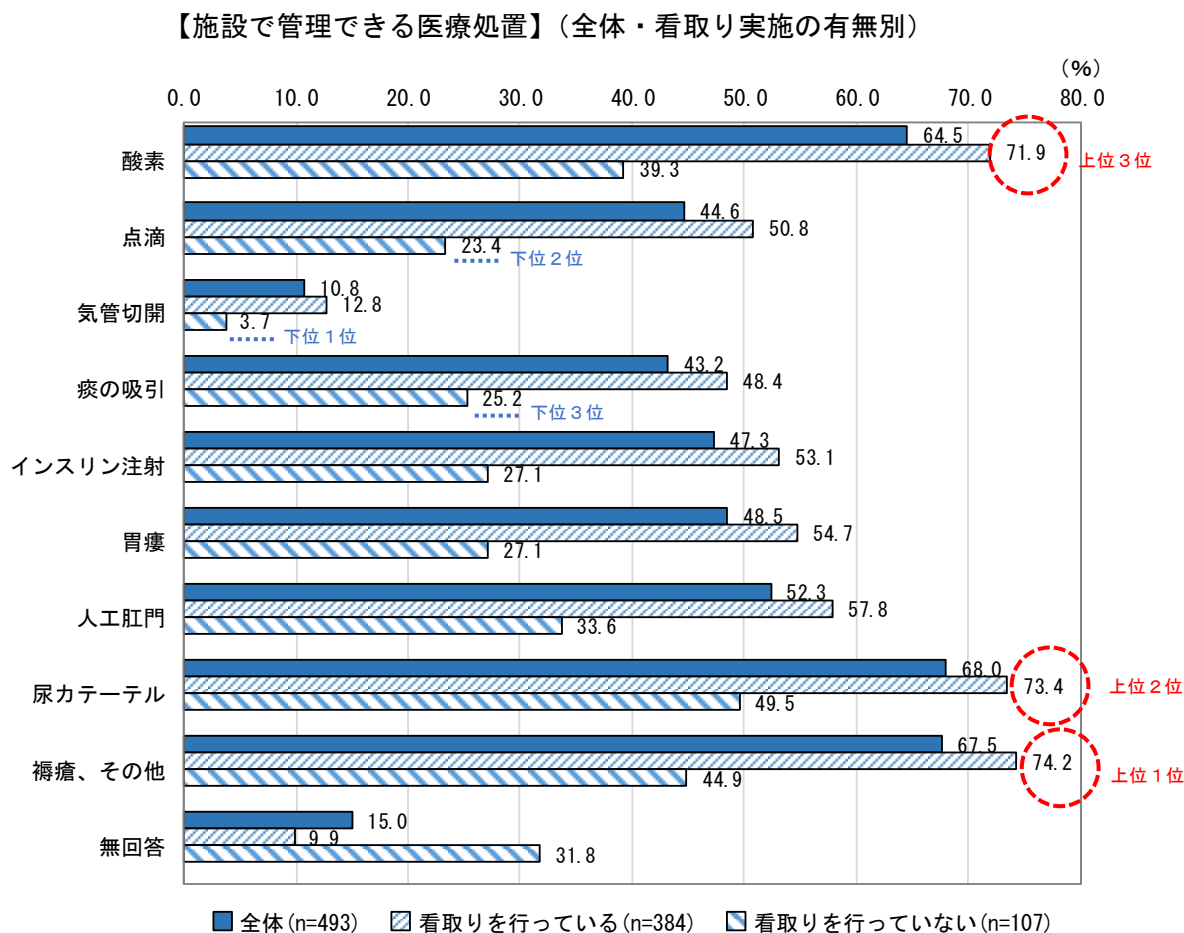


○看取りを行っている施設の方が、看取りを行っていない施設よりも施設利用者の要介護度が高い傾向があります。



○施設で管理できる医療処置について、看取りを行っている施設では「褥瘡、その他」が最も多く74.2%、次いで「尿カテーテル」が73.4%、「酸素」が71.9%となっています。また、看取りを行っていない施設では「気管切開」が最も少なく3.7%、次いで「点滴」が23.4%、「痰の吸引」が25.2%となっています。

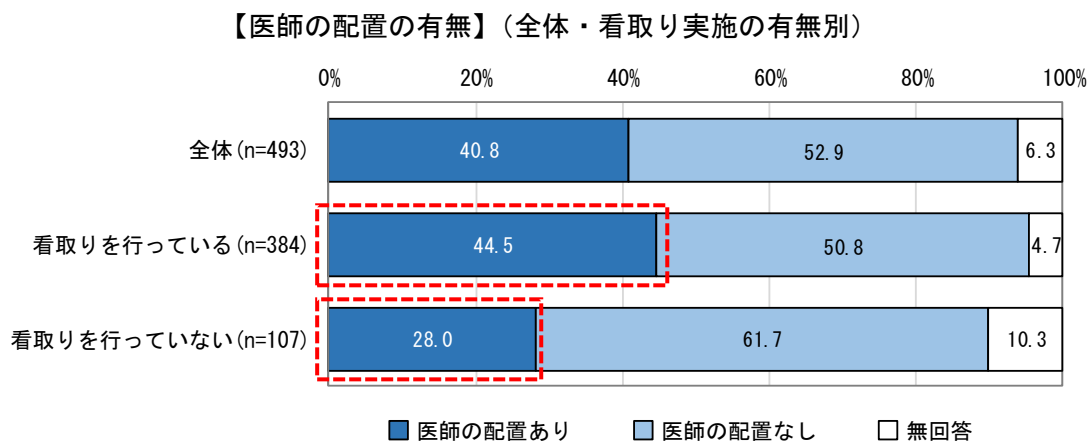
○「気管切開」「点滴」「痰の吸引」ができるように施設の医療処置体制を整えることで、施設看取りの割合が高まる可能性があります。



○常勤の医師を1人以上配置している施設は、看取りを行っている施設が18.0%、看取りを行っていない施設が6.6%となっています。

○常勤・非常勤にかかわらず、医師を配置している割合は、看取りを行っている施設が44.5%、看取りを行っていない施設が28.0%となっています。

○これらのことから、看取りを行っている施設は、看取りを行っていない施設に比べて、医師の配置が多い傾向があります。



○配置している医師の平均人数を施設種類別でみると、常勤では「介護老人保健施設」が最も多く平均1.0人、非常勤では「介護老人福祉施設」「養護老人ホーム」が最も多くそれぞれ平均1.7人、常勤＋非常勤では「養護老人ホーム」が最も多く1.8人となっており、「介護老人福祉施設」「養護老人ホーム」「介護老人保健施設」「認知症対応型共同生活介護」「軽費老人ホーム」では、常勤・非常勤を問わなければ、1人以上の医師を配置している状況となっています。

【医師の配置数】（施設種類別）

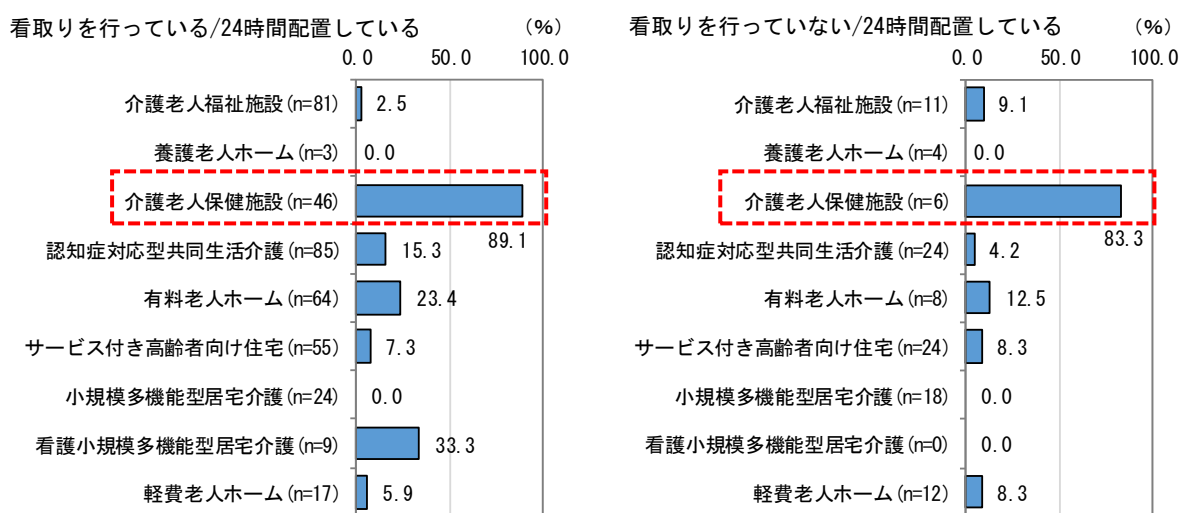
施設種類	常勤	非常勤	常勤＋非常勤
介護老人福祉施設	平均 0.1人	平均 1.7人	平均 1.7人
養護老人ホーム	平均 0.2人	平均 1.7人	平均 1.8人
介護老人保健施設	平均 1.0人	平均 0.7人	平均 1.7人
認知症対応型共同生活介護	平均 0.5人	平均 0.5人	平均 1.0人
有料老人ホーム	平均 0.0人	平均 0.1人	平均 0.2人
サービス付き高齢者向け住宅	平均 0.1人	平均 0.1人	平均 0.2人
小規模多機能型居宅介護	平均 0.1人	平均 0.4人	平均 0.6人
看護小規模多機能型居宅介護	平均 0.0人	平均 0.0人	平均 0.0人
軽費老人ホーム	平均 0.2人	平均 1.1人	平均 1.2人

○看護職員を24時間配置している施設を看取り実施の有無別・施設種類別でみると、看取りの実施の有無にかかわらず、「介護老人保健施設」が最も多くなっています。これは、常勤の看護師が対応可能であり、施設外の訪問看護師に頼る必要がないためと考えられます。

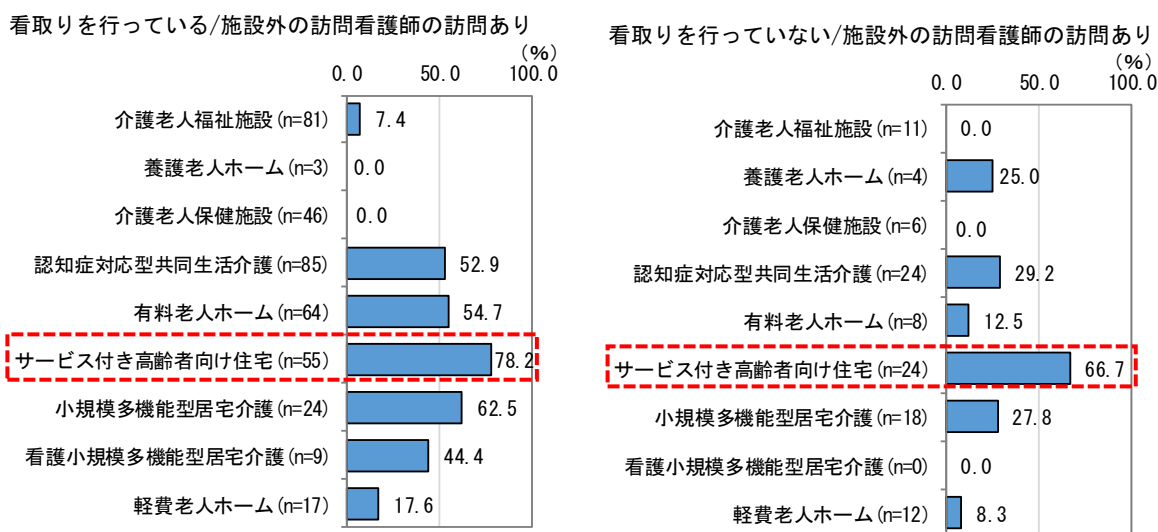
○施設外の訪問看護師の訪問がある施設を看取り実施の有無別・施設種類別でみると、看取りの実施の有無にかかわらず、「サービス付き高齢者向け住宅」が最も多くなっています。これは、サービス付き高齢者向け住宅において、看護師を24時間配置している施設が少なく、施設外の訪問看護師に頼っているためと考えられます。

○認知症対応型共同生活介護、有料老人ホーム、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は、常勤の看護師が少ない中、訪問看護師の訪問を受けて看取りを行っている傾向があります。

【看護職員の24時間配置状況】（看取り実施の有無別・施設種類別）



【施設外の訪問看護師の訪問状況】（看取り実施の有無別・施設種類別）

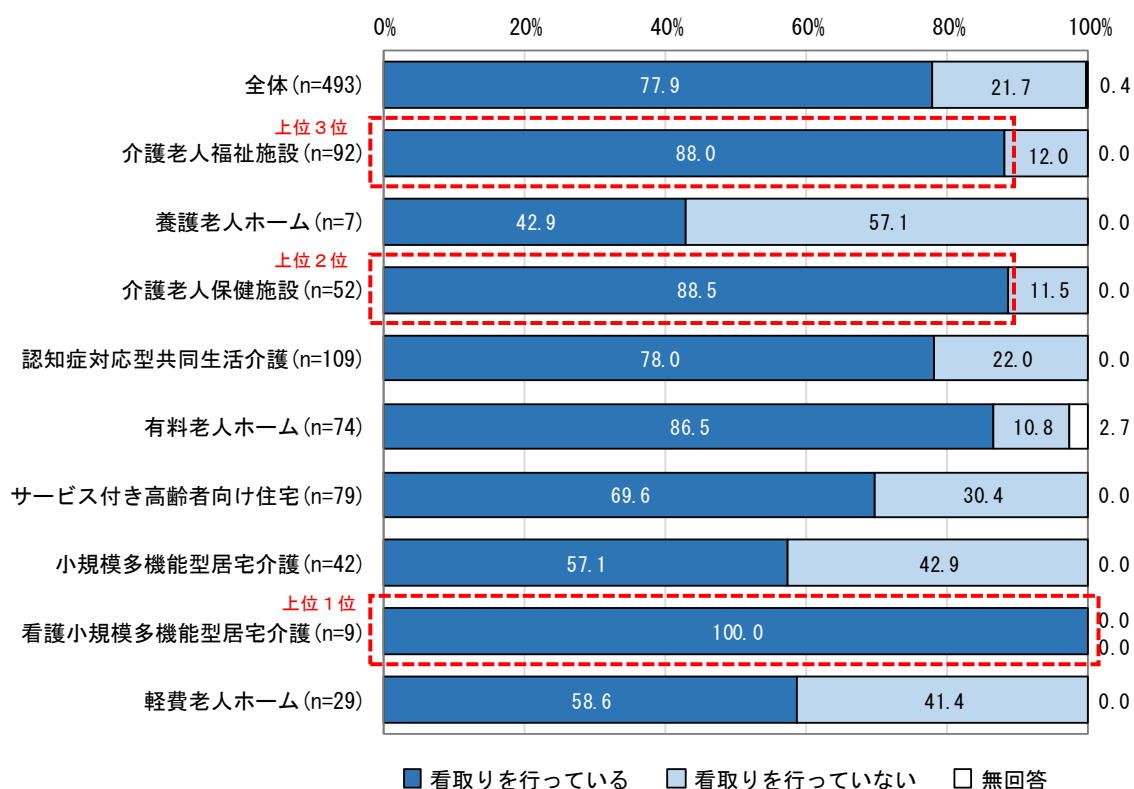


2. 看取り支援体制・実施状況の傾向

○平成 30 年度（H30.4.1～H31.3.31）に施設内で亡くなった人数に対する看取られて亡くなった人数の割合について、「看護小規模多機能型居宅介護」が 100%、「小規模多機能型居宅介護」が 70.0%、「養護老人ホーム」が 66.7%となっています。

○「看取りを行っている」と回答した割合について、「看護小規模多機能型居宅介護」が最も高く 100.0%、次いで「介護老人保健施設」が 88.5%、「介護老人福祉施設」が 88.0%となっています。

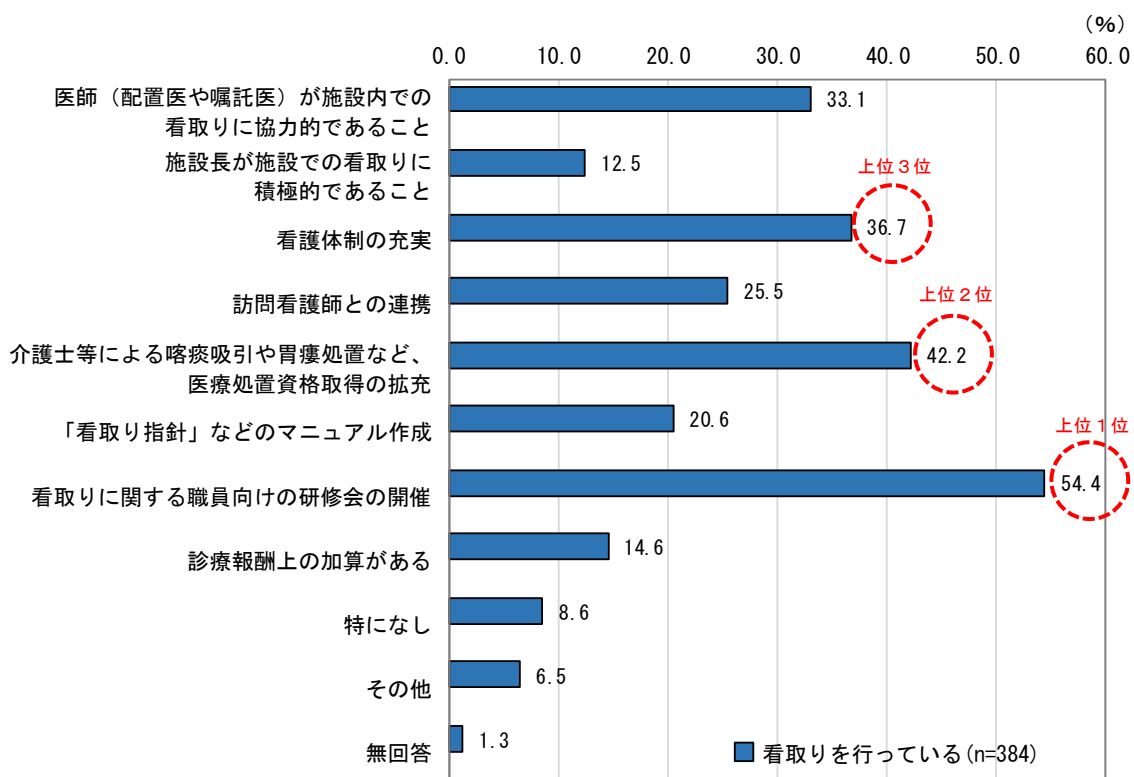
【看取りの実施の有無】（全体・施設種類別）



(1) 看取りを行っている施設の傾向

- 看取りを行っている施設の夜間看取り時対応について、「介護職員対応。夜間はオンコール看護師にのみ連絡、翌朝看護師がかかりつけ医（嘱託医等）へ連絡」「直接かかりつけ医（嘱託医等）へ連絡、医師の指示を仰ぐ（オンコール対応）」が最も多く、それぞれ 28.1%となっています。
- また、「直接かかりつけ医（嘱託医等）へ連絡、医師の指示を仰ぐ（オンコール対応）」と答えた施設等のうち、かかりつけ医（嘱託医等）と連絡が取れなかった場合の対応について、27.5%が「救急搬送している」、24.5%が「かかりつけ医（嘱託医等）と必ず連絡を取っている（連絡がつくまで待機している）」と回答しています。
- 施設で看取りに関する職員向けの研修会を実施しているか否かについては、看取りを行っている施設のうち、70.8%が「実施している」と回答しています。
- 看取りを増やしていくための課題について、「看取りに関する職員向けの研修会の開催」が最も多く 54.4%、次いで「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」が 42.2%、「看護体制の充実」が 36.7%となっています。
- 看取りに関する職員向けの研修会については、自施設内での研修だけでなく、自施設以外での研修が増加することによって、施設看取りが増加する可能性があります。
- 介護士等による医療処置資格取得の拡充、看護体制の充実によって、施設看取りが増加する可能性があります。

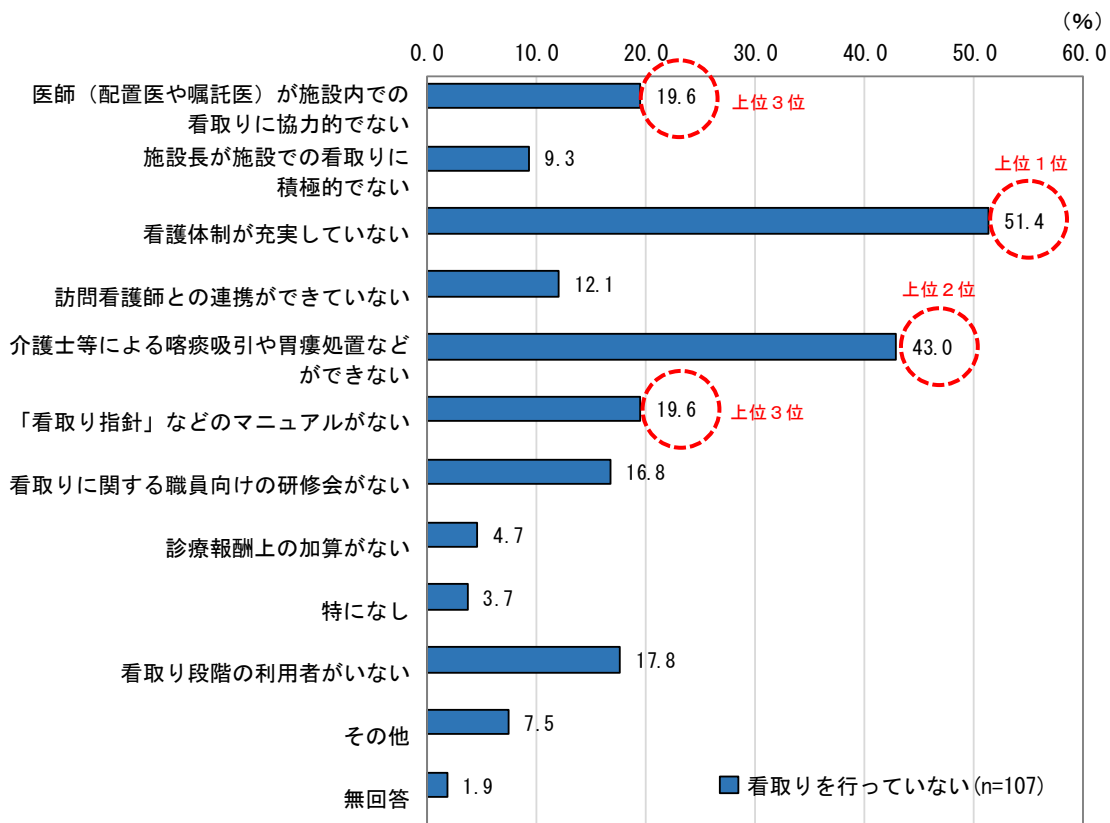
【看取りを増やしていくための課題】



(2) 看取りを行っていない施設の傾向

○看取りを行っていない理由について、「看護体制が充実していない」が最も多く51.4%、次いで「介護士等による喀痰吸引や胃瘻処置などができない」が43.0%、「医師（配置医や嘱託医）が施設内での看取りに協力的でない」「看取り指針」などのマニュアルがない」がそれぞれ19.6%となっています。

【看取りを行っていない理由】



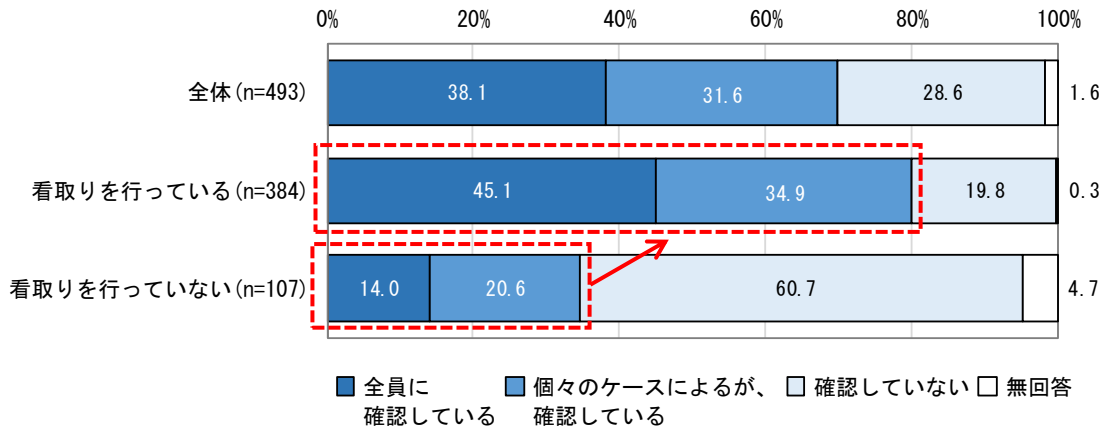
○看取りを行っていないと回答した施設のうち、今後の看取り実施の予定について、71.0%が「看取りを行う予定はない」と回答しています。

○看護体制の充実や、介護士等による喀痰吸引・胃瘻処置などができるような体制づくりを行うことで、施設看取りの増加につながると考えられます。

3. 看取りの意思決定支援と「看取りを行っている・いない」との関連性

○入居時、利用者に対する看取りの希望確認をしている施設について、看取りを行っている施設が 80.0%、看取りを行っていない施設が 34.6%で、看取りを行っている施設の方が 45.4 ポイント多くなっています。

【入居時における看取りの希望確認の有無】（全体・看取りの実施の有無別）

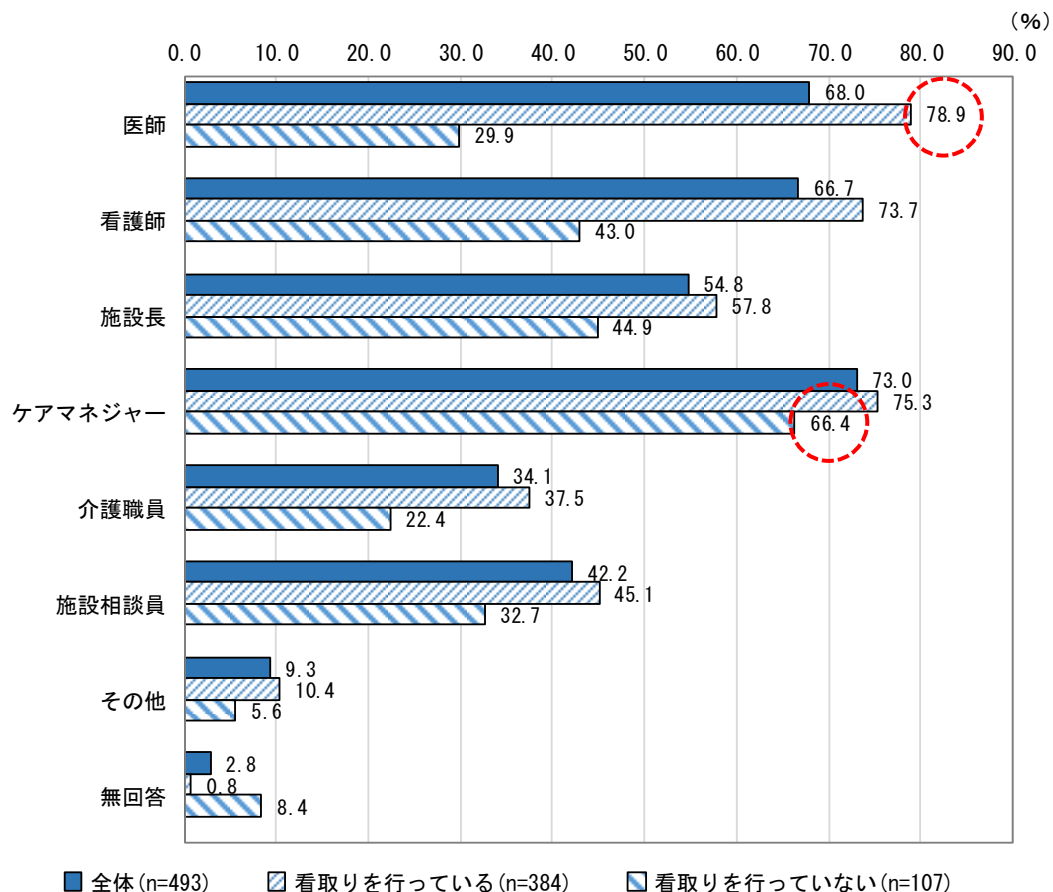


○入居時、利用者に対する看取りの希望確認をしている施設が、施設入所者全体の何割の利用者が看取りを希望されているかについて、看取りを行っている施設では「9～10割」が最も多く 30.3%、看取りを行っていない施設では「1～2割」が最も多く 32.4%となっています。

○入居時、利用者に対する看取りの希望確認をしている施設に、施設入所者全体の何割の利用者が看取りを希望しているかを聞いたところ、看取りを行っていない施設でも、「9～10割」という回答が 10.8% ありました。看取りの希望が多いにもかかわらず看取りを行っていない施設は、自施設で看取ることができなくなった段階で、利用者に看取りを行うことができる他の施設等に移っていただいていると考えられます。

○人生の最終段階における医療・療養の方針について、本人・家族と話し合いをする人について、看取りを行っている施設では「医師」が最も多く 78.9%、看取りを行っていない施設では「ケアマネジャー」が最も多く 66.4%となっています。

【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・家族と話し合いを行っている人】
(全体・看取りの実施の有無別)



○利用者が医療の選択で意思決定が出来なくなった場合にあらかじめ記載する書面の利用について、看取りを行っている施設では「施設の方針として、用いている」が最も多く 42.2%、看取りを行っていない施設では「用いていない」が最も多く 47.7%となっています。

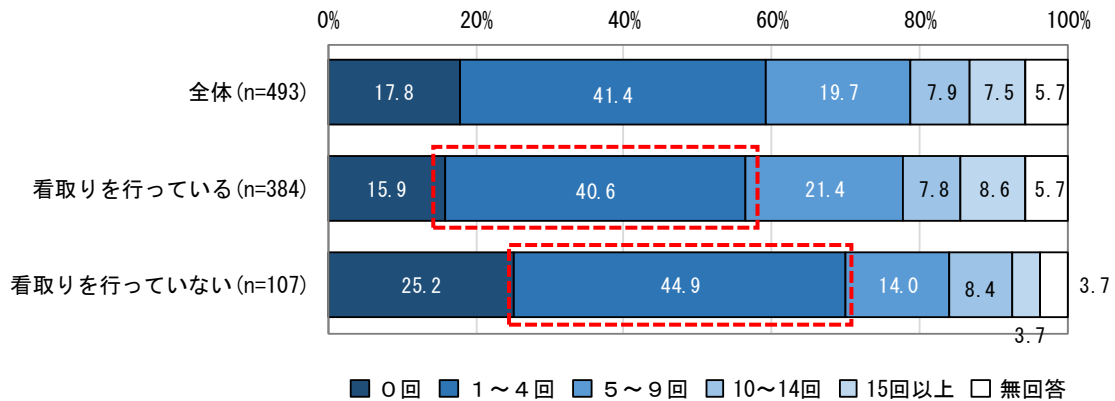
○利用中に医療の選択について意思決定出来なくなった場合に備えて、代理意思決定できる人を確認する時期について、看取りを行っている施設・看取りを行っていない施設ともに「自施設の利用が始まる時」が最も多く、看取りを行っている施設が 71.6%、看取りを行っていない施設が 54.2%となっています。

○施設方針として、自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る施設は、看取りを行っている施設が 60.5%、看取りを行っていない施設が 41.1%となっています。

4. 救急搬送の傾向

○平成 30 年度 (H30. 4. 1～H31. 3. 31) における救急搬送回数について、看取りを行っている施設・看取りを行っていない施設ともに「1～4回」が最も多く、看取りを行っている施設が 40.6%、看取りを行っていない施設が 44.9%となっています。また、施設種類別でみると、15 回以上では「介護老人保健施設」が最も多く 23.1%、次いで「有料老人ホーム」が 14.9%、「介護老人福祉施設」が 7.6%でした。また、0 回では「看護小規模多機能型居宅介護」が最も多く 77.8%、次いで「サービス付き高齢者向け住宅」が 26.6%、「小規模多機能型居宅介護」が 26.2%となっています。

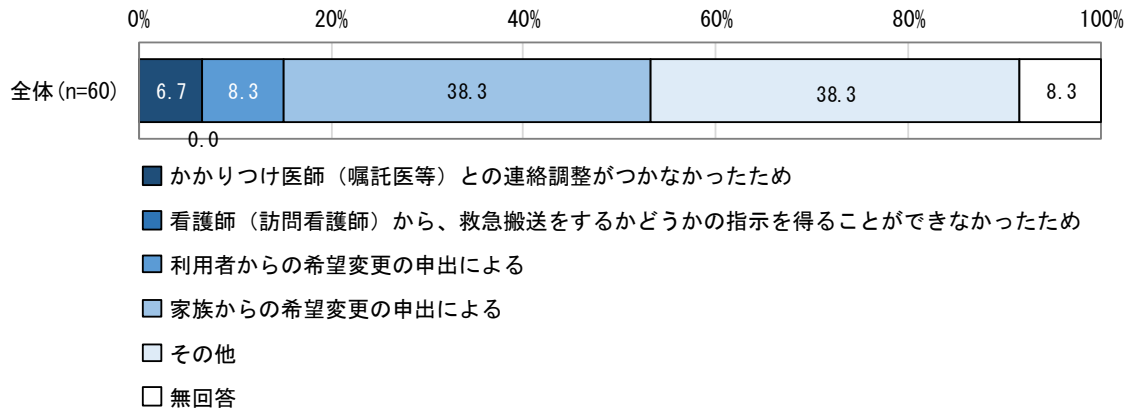
【平成 30 年度の救急搬送回数】(全体・看取りの実施の有無別)



○救急搬送のうち、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について、「0回」が最も多く 83.0%、次いで「1～2回」が 10.1%となっています。

○看取りを希望していた利用者を救急搬送した理由について、「家族からの希望変更の申出による」が 38.3%となっています。平常時は看取りの希望をしていますが、状態が悪化して実際に苦痛が生じると、救急搬送を希望するケースがあると考えられます。

【救急搬送した主な理由】(全体)



○神戸市消防局が作成している「高齢者福祉施設における救急要請ガイドライン(平成 26 年 12 月改正)」の活用状況について、「活用している」が最も多く 46.9%、次いで「知らない」が 32.0%、「知っているが活用していない」が 17.6%となっています。

ACP の普及促進に向けた取組みについて

1. 趣 旨

「人生の最終段階における意思決定支援」に関する有識者会議を令和元年12月より令和3年3月まで5回にわたり開催。報告書（令和3年8月公表）では、①市民向けの普及啓発のための市民公開講座等、②医療・介護従事者向けの教育講演等、③医療介護施設や公的施設等におけるパンフレット等の配布、④地域の相談窓口の設置、⑤意思表示内容の保存・更新・共有のための ICT ツールの活用など、関係者間で合意が得られた取組みより順次着手することで、ACP の普及・啓発をより一層推進することが求められている。

本報告書の内容を踏まえた具体的な取組みについて、看取りにかかわる医療・介護関係団体の実務者や患者団体等をメンバーとする検討会議において検討し、順次実施する。

(参考) 実務者検討会議（令和4年11月～）メンバー

・学識経験者

神戸大学医学部附属病院緩和支援診療科	特命教授	山口 崇 氏
関西学院大学人間福祉学部	准教授	市瀬 晶子氏

・医療関係者

神戸市医師会
 神戸市民間病院協会
 兵庫県看護協会
 兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 神戸ブロック

・介護関係者

神戸市ケアマネージャー連絡会
 神戸市老人福祉施設連盟

・患者団体

ひょうごがん患者連絡会
 神戸市難病団体連絡協議会

2. 今後のスケジュール（予定）

○令和4年度

- ・ 2月～3月下旬 市民向けパンフレット作成

○令和5年度

- ・ 4月～ 市民向けパンフレット配布
 （あんしんすこやかセンター、医療機関、介護施設等）
- ・ 6月下旬 市民向け公開講座の開催
- ・ 5年度後半～ 医療・介護従事者向け取組みの実施
 （研修の実施、ICT ツールの活用等）

訪問歯科診療・訪問口腔ケアに関するアンケート調査結果

- ・対象 神戸市内の歯科診療所および病院歯科の歯科医師（神戸市歯科医師会所属）
- ・方法 郵送にて調査票を配布。FAXにて回答
- ・時期 令和2年9月調査

送付数：796件

回収数：489件（回収率61.4%）

区別の送付数（医療機関数）

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	計
病院歯科	1	0	3	1	3	1	1	0	2	12
診療所	126	85	128	57	86	58	70	97	77	784
計	127	85	131	58	89	59	71	97	79	796

区別の回収数（医療機関数）

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	不明	計
病院歯科	0	0	3	0	2	0	0	0	2	1	8
診療所	68	50	56	38	61	31	42	58	45	27	476
不明	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	5

区別の回収率

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	不明	計
送付数	127	85	128	57	86	58	70	97	77		784
回収数	68	50	61	39	63	31	42	58	47	30	489
割合（%）	53.5	58.8	46.7	68.4	73.3	53.4	60.0	59.8	61.0		61.4

回収率

	歯科診療所	病院歯科	不明	計
送付数	784	12		796
回収数	476	8	5	489
回収率（%）	60.7	66.7		61.4

次頁以降は、下記の14件を除いた歯科診療所475件について分析。

- ・病院歯科 8件 「病院の方針で行わない」などの意見があったため
- ・所属（病院歯科または診療所）不明 5件
- ・閉院中 1件

問 1 昨年 1 年間で、訪問歯科診療の依頼がありましたか？ (n=475)

①なかった	241	50.7%	②～④ 年 1 回以上依頼があった 230 (48.3%)
②年間 1～9 回程度あった	135	28.4%	
③年間10～14回程度あった	22	4.6%	
④年間15回以上あった	73	15.3%	
無記入	4	0.8%	
計	475	100.0%	

問 1 で訪問歯科診療の②～④年間 1 回以上依頼が「あった」と答えた診療所 (診療所数)

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	不明	計
依頼あり	33	30	30	15	30	10	14	27	24	17	230
診療所数	68	50	56	38	61	31	41	58	45	27	475
割合 (%)	48.5	60.0	53.6	39.5	49.2	32.3	34.1	46.6	53.3	63.0	48.4

問 2 問 1 で②～④と回答した方 (年 1 回以上依頼のあった方) にお伺いします。実際に訪問歯科診療に行きましたか？ (n=230)

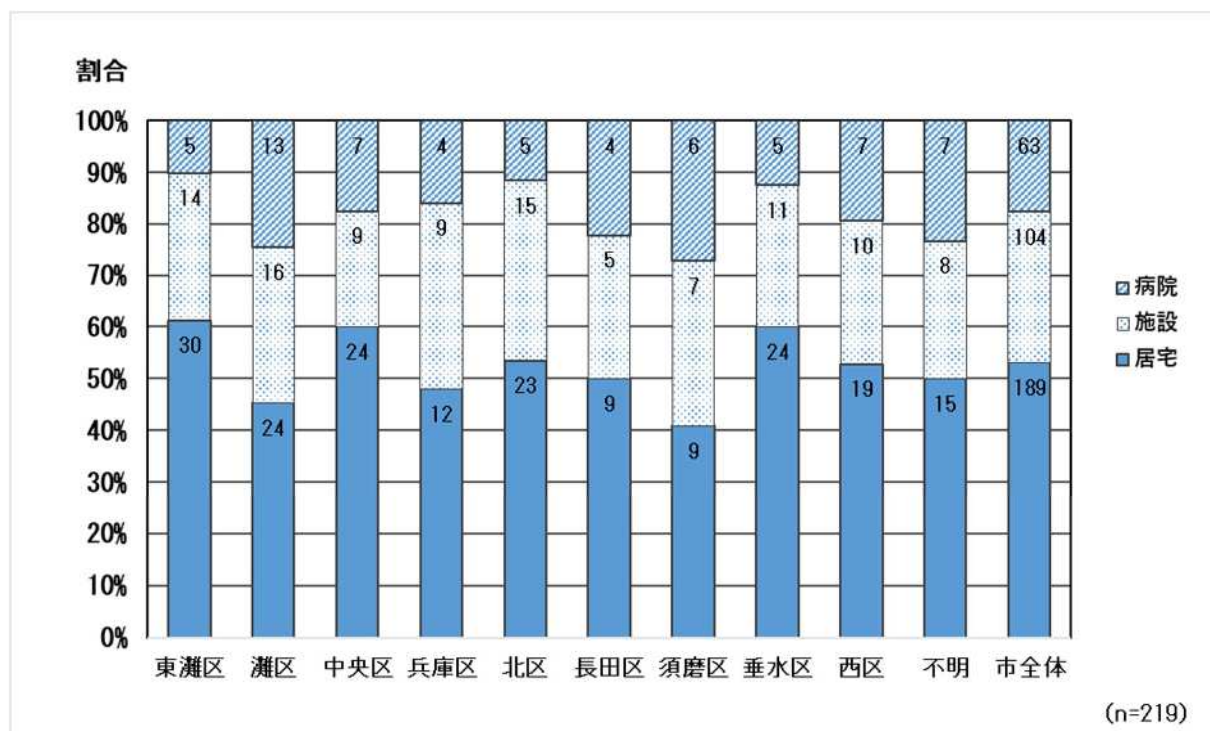
①行かなかった	6	2.6%	②～④ 年 1 回以上行った 219 (95.2%)
②年間 1～9 回程度行った	111	48.3%	
③年間10～14回程度行った	26	11.3%	
④年間15回以上行った	82	35.6%	
⑤無記入	5	2.2%	
計	230	100.0%	

問 2 で依頼があったうち、実際に訪問歯科診療に行った割合

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	不明	計
依頼あり	33	30	30	15	30	10	14	27	24	17	230
訪問した	32	29	26	15	29	10	12	26	24	16	219
割合 (%)	96.7	96.7	86.7	100.0	96.7	100.0	85.7	96.3	100.0	94.1	95.2

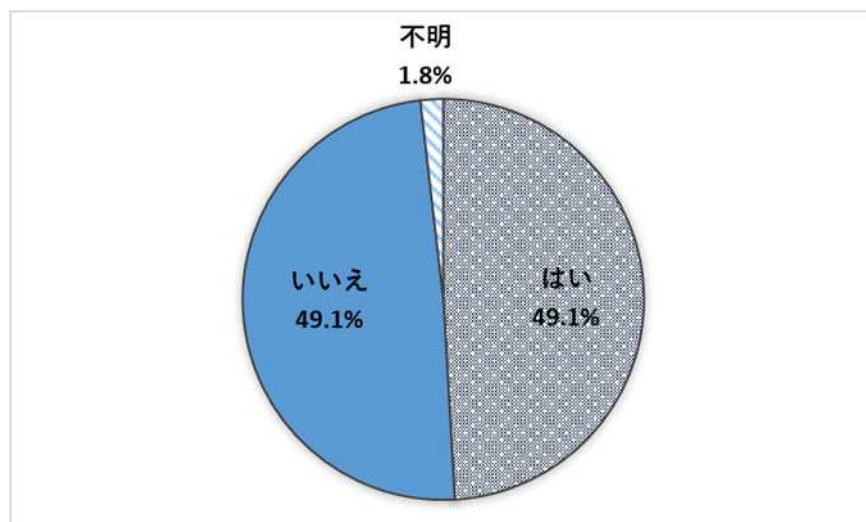
問3 問2で②～④と回答した方（年間1回以上訪問歯科診療に行った方）にお伺いします。どこに訪問歯科診療に行きましたか（複数回答）。(n=219)

どこに	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	不明	計
居宅	30	24	24	12	23	9	9	24	19	15	189
施設	14	16	9	9	15	5	7	11	10	8	104
病院	5	13	7	4	5	4	6	5	7	7	63
不明								1			1
計	49	53	40	25	43	18	22	41	36	30	357



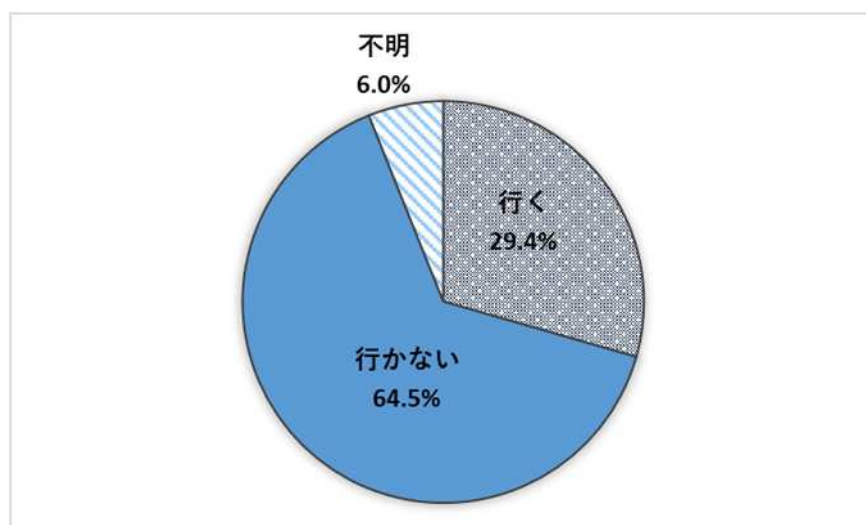
問 4 昨年 1 年間で、訪問歯科診療から訪問口腔ケアに繋がりましたか？ (n=218)

はい	107	49.1%
いいえ	107	49.1%
不明	4	1.8%
計	218	100.0%



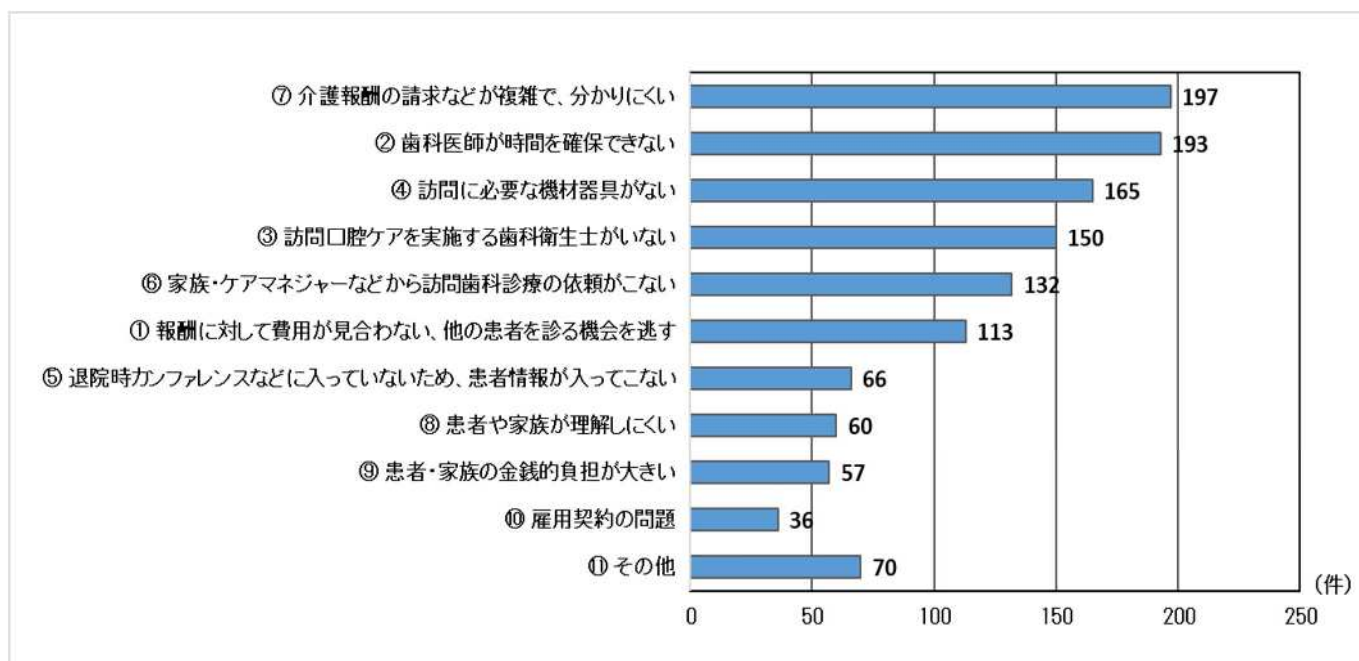
問 5 問 1 で①訪問歯科診療の依頼がなかった、問 2 で①訪問歯科診療に行かなかったとした方にお伺いします。今後、依頼があった場合、訪問歯科診療に行きますか？ (n=248)

行く	73	29.4%
行かない	160	64.5%
不明	15	6.1%
計	248	100.0%



問 6 訪問歯科診療・訪問口腔ケアを実施する上での問題点・課題などを選んでください（複数回答）
 (n=475)

① 報酬に対して費用が見合わない、他の患者を診る機会を逃す	113
② 歯科医師が時間を確保できない	193
③ 訪問口腔ケアを実施する歯科衛生士がいない	150
④ 訪問に必要な機材器具がない	165
⑤ 退院時カンファレンスなどに入っていないため、患者情報が入ってこない	66
⑥ 家族・ケアマネジャーなどから訪問歯科診療の依頼がこない	132
⑦ 介護報酬の請求などが複雑で、分かりにくい	197
⑧ 患者や家族が理解しにくい	60
⑨ 患者・家族の金銭的負担が大きい	57
⑩ 雇用契約の問題	36
⑪ その他	70



(n=475)

問6 訪問歯科診療・訪問口腔ケアを実施する上での問題点・課題として

⑦ 介護報酬の請求などが複雑で、分かりにくいと答えた方（197）のうち他の回答

④ 訪問に必要な機材器具がない	90
② 歯科医師が時間を確保できない	85
⑥ 家族・ケアマネジャーなどから訪問歯科診療の依頼がこない	78
③ 訪問口腔ケアを実施する歯科衛生士がいない	72
① 報酬に対して費用が見合わない、他の患者を診る機会を逃す	56
⑤ 退院時カンファレンスなどに入っていないため、患者情報が入ってこない	36
⑧ 患者や家族が理解しにくい	31
⑨ 患者・家族の金銭的負担が大きい	25
⑩ 雇用契約の問題	21
⑪ その他	18

④ 訪問に必要な機材器具がないと答えた方（165）のうち他の回答

⑦ 介護報酬の請求などが複雑で、分かりにくい	90
② 歯科医師が時間を確保できない	87
③ 訪問口腔ケアを実施する歯科衛生士がいない	73
⑥ 家族・ケアマネジャーなどから訪問歯科診療の依頼がこない	54
① 報酬に対して費用が見合わない、他の患者を診る機会を逃す	42
⑤ 退院時カンファレンスなどに入っていないため、患者情報が入ってこない	26
⑧ 患者や家族が理解しにくい	16
⑪ その他	13
⑩ 雇用契約の問題	12
⑨ 患者・家族の金銭的負担が大きい	9

③ 訪問口腔ケアを実施する歯科衛生士がいないと答えた方（150）のうち他の回答

④ 訪問に必要な機材器具がない	73
⑦ 介護報酬の請求などが複雑で、分かりにくい	72
② 歯科医師が時間を確保できない	70
⑥ 家族・ケアマネジャーなどから訪問歯科診療の依頼がこない	39
① 報酬に対して費用が見合わない、他の患者を診る機会を逃す	37
⑤ 退院時カンファレンスなどに入っていないため、患者情報が入ってこない	26
⑧ 患者や家族が理解しにくい	17
⑪ その他	16
⑨ 患者・家族の金銭的負担が大きい	15
⑩ 雇用契約の問題	14

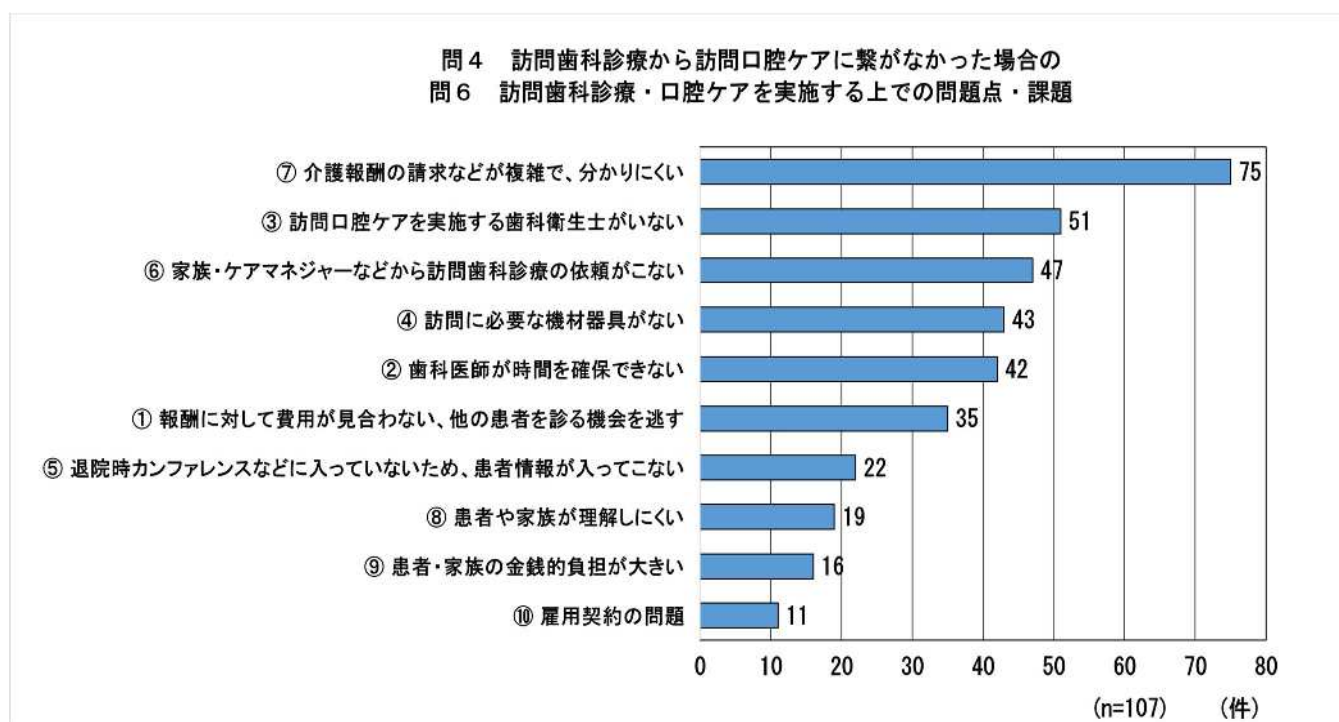
問 6 訪問歯科診療・訪問口腔ケアを実施する上での問題点・課題のうち、⑪その他の詳細

- ① 健康面、高齢、腰痛など 14 件
 - ・院長高齢のため、訪問診療を中止している。
 - ・高齢で体力的にきびしい。
- ② 治療の限界・専門が違う 13 件
 - ・訪問診療で治療を行う限界が大きい。
 - ・訪問診療では種々の制約があり、歯科医師自身が納得できる十分な治療ができない。
 - ・矯正歯科専門である。
- ③ 費用・報酬の関係 12 件
 - ・報酬を上げてほしい。
 - ・診療報酬が低い。
 - ・機材の金額が高い。
 - ・同一施設で2名診る場合、3割負担（医療保険）だと高額になる。介護保険の2割負担が絡むと、いっそう高額になる。
 - ・医療保険と介護保険の両方から請求されるのを二重取りと感じる家族がおられます。
- ④ 時間の都合 10 件
 - ・家族、ケアマネジャー、主治医との連絡に時間がかかり、タイムリーな治療を行いにくい。
- ⑤ 感染が心配 6 件
 - ・コロナ感染下での往診はフェイスシールド、アイソレーションガウン、帽子等感染予防のために時間、手間がかかり、負担が通常よりかかる。
 - ・歯科医院と同程度のコロナ対策（感染対策）ができないため。
- ⑥ 依頼がない 6 件
 - ・痛い、かめないなどの治療に比べて、口腔ケアに対する患者、家族、施設関係者の優先順位が低いのが理由だと思います。
- ⑦ 機材がない 6 件
 - ・訪問の機材がない。
 - ・歯科医師会のレンタル機材のため、すぐに訪問できないこともある。
- ⑧ 人材がない 4 件
 - ・訪問を行うには、訪問専任の歯科医師、歯科衛生士を雇用しないと、現実的には無理。
- ⑨ 交通手段 4 件
 - ・車等のアクセスが確保できない。
- ⑩ 自院の患者のみ診療 4 件
- ⑪ 不明、その他 8 件
 - ・介護や訪問看護の現場の人たちから怖い話をたくさん聞いて、私には対応しきれない。
 - ・義歯調整や口腔ケアばかりに目がいき、摂食、嚥下、呼吸リハに歯科医師、歯科衛生士の意識が向かない。言語聴覚士との連携も必要かと思う。

問 4 昨年 1 年間で訪問歯科診療から訪問口腔ケアに繋がりましたか と

問 6 訪問歯科診療・訪問口腔ケアを実施する上での問題点・課題 とのクロス表（複数回答）（n=107）

問 6 訪問歯科診療・訪問口腔ケアを実施する上での問題点・課題	問 4 訪問口腔ケアの繋ぎ		合 計
	① はい	② いいえ	
① 報酬に対して費用が見合わない、他の患者を診る機会を逃す	34 49.3%	35 50.7%	69 100.0%
② 歯科医師が時間を確保できない	41 49.4%	42 50.6%	83 100.0%
③ 訪問口腔ケアを実施する歯科衛生士がいない	21 29.2%	51 70.8%	72 100.0%
④ 訪問に必要な機材器具がない	9 17.3%	43 82.7%	52 100.0%
⑤ 退院時カンファレンスなどに入っていないため、患者情報が入ってこない	22 50.0%	22 50.0%	44 100.0%
⑥ 家族・ケアマネジャーなどから訪問歯科診療の依頼がこない	26 35.6%	47 64.4%	73 100.0%
⑦ 介護報酬の請求などが複雑で、分かりにくい	28 27.2%	75 72.8%	103 100.0%
⑧ 患者や家族が理解しにくい	24 55.8%	19 44.2%	43 100.0%
⑨ 患者・家族の金銭的負担が大きい	34 68.0%	16 32.0%	50 100.0%
⑩ 雇用契約の問題	10 47.6%	11 52.4%	21 100.0%



ケアプラン作成時における口腔・栄養の関連サービスに関する調査結果 施設所属の介護支援専門員（ケアマネジャー）集計分

送付施設数：171 施設

回収施設数：126 施設（回収率 73.7%）

回答者数：151 名（同一施設内で複数のケアマネジャーによる回答があったため）

施設の内訳：特別養護老人ホーム（以下、特養）、介護老人保健施設（以下、老健）、
介護療養型医療施設（以下、介護医療院）

送付施設数（か所）

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	計
特養	14	9	7	9	18	7	9	18	19	110
老健	5	4	5	4	10	4	6	9	7	54
介護医療院	0	2	0	0	3	1	1	0	0	7
計	19	15	12	13	31	12	16	27	26	171

回収施設数（か所）

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	不明	計
特養	10	5	1	7	17	3	7	9	12	1	72
老健	3	2	4	4	8	3	5	8	4	2	43
介護医療院	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	4
無記入	1	2	0	0	1	0	1	2	0	0	7
計	14	9	5	11	28	7	14	19	16	3	126

回収率（%）

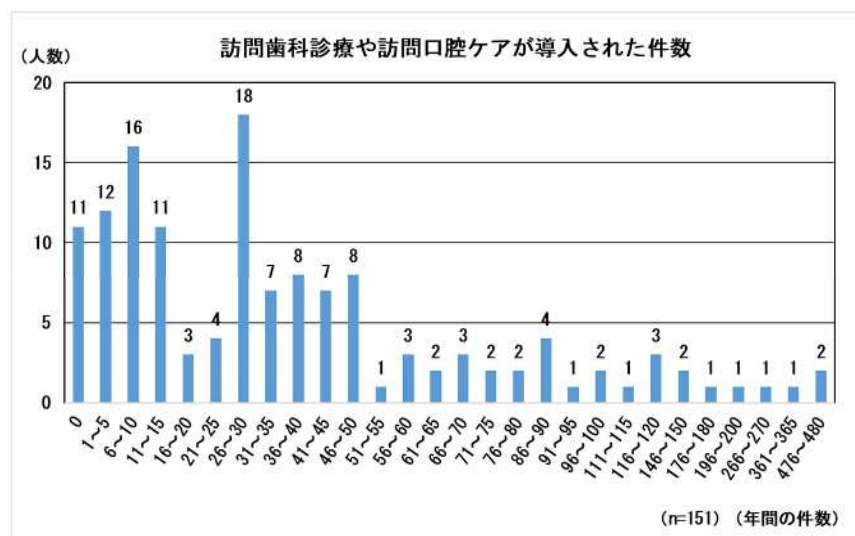
区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	計
特養	71.4	55.6	14.3	77.8	94.4	42.9	77.8	50.0	63.2	65.5
老健	60.0	50.0	80.0	100.0	80.0	75.0	83.3	88.9	57.1	79.6
介護医療院	0	0	0	0	66.7	100	100	0	0	57.1
計	73.7	60.0	41.7	84.6	90.3	58.3	87.5	70.4	61.5	73.7

回答者数（名）

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	不明	計
特養	10	5	4	7	22	3	8	9	14	1	83
老健	3	2	5	4	15	4	5	12	5	2	57
介護医療院	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	4
無記入	1	2	0	0	1	0	1	2	0	0	7
計	14	9	9	11	40	8	15	23	19	3	151

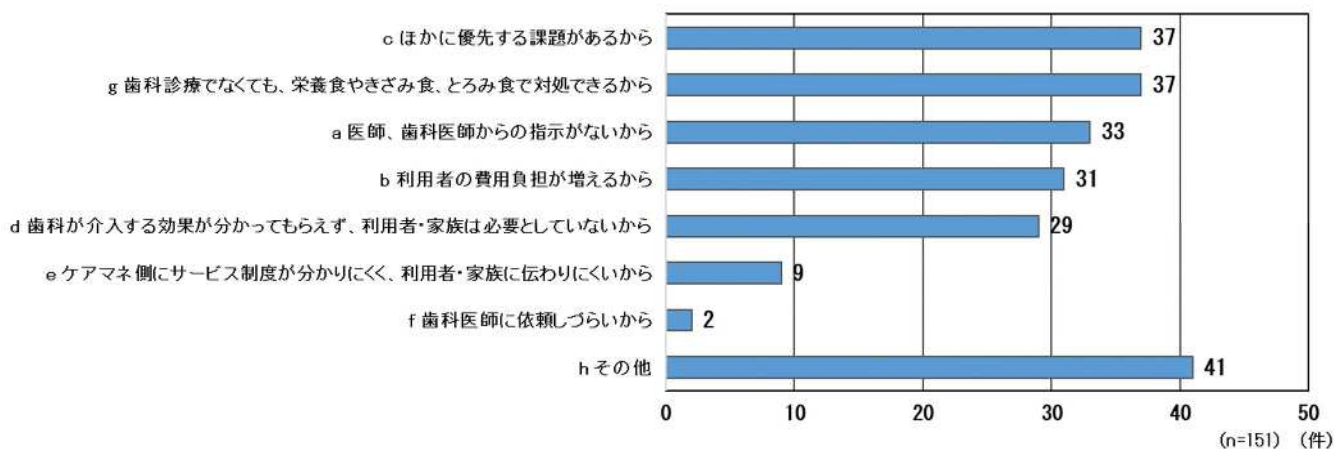
問1 昨年1年間に担当された事例のうち、訪問歯科診療や訪問口腔ケアが導入された事例についてお伺いします。(n=151)

統計	口腔件数
平均値	47.6
中央値	30.0
最頻値	30.0
標準偏差	72.9
最小値	0.0
最大値	480.0
パーセン	25
25	10.0
50	30.0
75	50.0



問2 上記問1のうち、口腔に関するサービスがケアプランに入らなかった事例についてお伺いします。ケアプランに入らなかった要因は何ですか？(複数回答)(n=151)

a 医師、歯科医師からの指示がないから	33
b 利用者の費用負担が増えるから	31
c ほかに優先する課題があるから	37
d 歯科が介入する効果が分かってもらえず、利用者・家族は必要としていないから	29
e ケアマネ側にサービス制度が分かりにくく、利用者・家族に伝わりにくいから	9
f 歯科医師に依頼しづらいから	2
g 歯科診療でなくても、栄養食やきざみ食、とろみ食で対処できるから	37
h その他	41

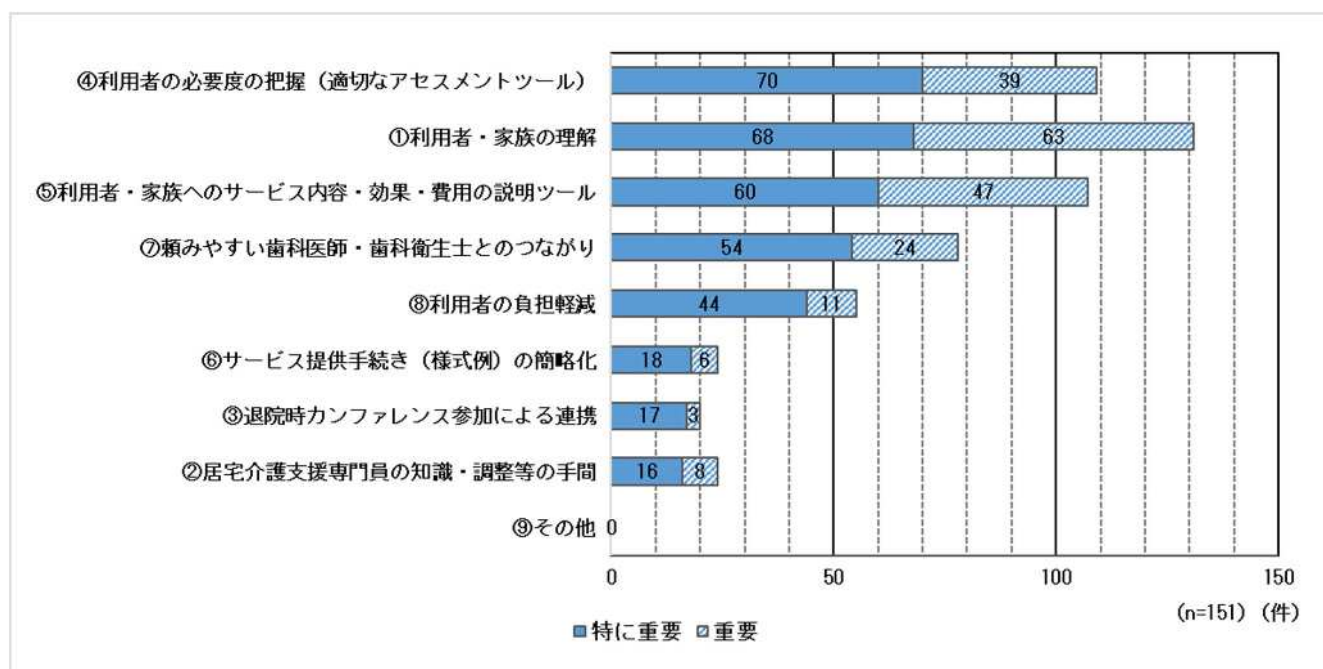


h その他の内訳

- ・希望していない (11)
- ・歯科診療を受けている (10)

問3 利用者が必要とする口腔の関連サービスをケアプランに入れるために重要と思われるものに○を、特に重要だと思うものに◎をつけてください。(◎、○共に複数回答) (n=151)

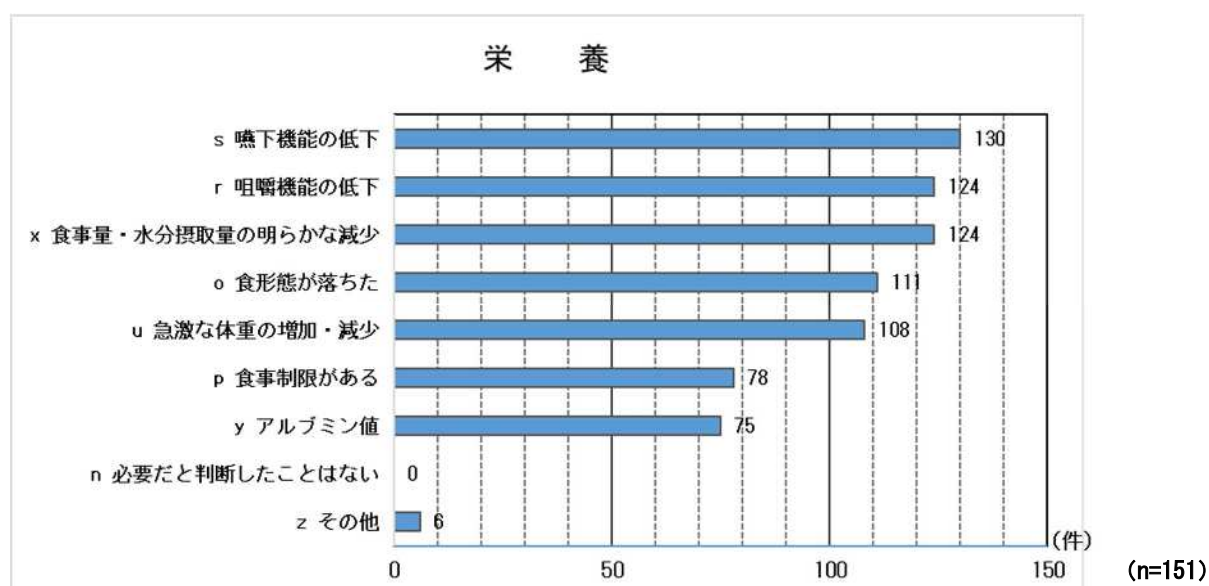
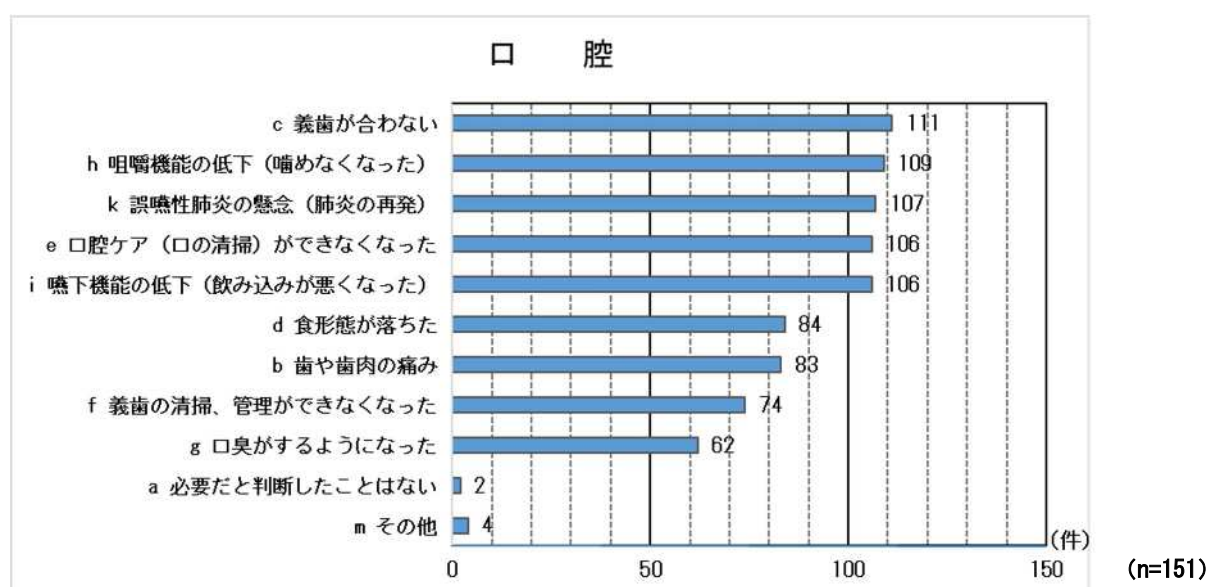
	特に重要 (件)	重要 (件)
①利用者・家族の理解	68	63
②居宅介護支援専門員の知識・調整等の手間	16	8
③退院時カンファレンス参加による連携	17	3
④利用者の必要度の把握 (適切なアセスメントツール)	70	39
⑤利用者・家族へのサービス内容・効果・費用の説明ツール	60	47
⑥サービス提供手続き (様式例) の簡略化	18	6
⑦頼みやすい歯科医師・歯科衛生士とのつながり	54	24
⑧利用者の負担軽減	44	11
⑨その他	0	0



問4 栄養と口腔は密接に関連するため、それぞれのケアプランが必要な患者像についてお尋ねします。これまでのケアプラン作成時の経験の中で、どのような時に口腔、栄養ケアが必要と判断していますか？（複数回答）（n=151）

口 腔	(件)	栄 養	(件)
a 必要だと判断したことはない	2	n 必要だと判断したことはない	0
b 歯や歯肉の痛み	83	o 食形態が落ちた	111
c 義歯が合わない	111	p 食事制限がある	78
d 食形態が落ちた	84	r 咀嚼機能の低下	124
e 口腔ケア（口の清掃）ができなくなった	106	s 嚥下機能の低下	130
f 義歯の清掃、管理ができなくなった	74	u 急激な体重の増加・減少	108
g 口臭がするようになった	62	x 食事量・水分摂取量の明らかな減少	124
h 咀嚼機能の低下（噛めなくなった）	109	y アルブミン値	75
i 嚥下機能の低下（飲み込みが悪くなった）	106	z その他	6
k 誤嚥性肺炎の懸念（肺炎の再発）	107		
m その他	4		

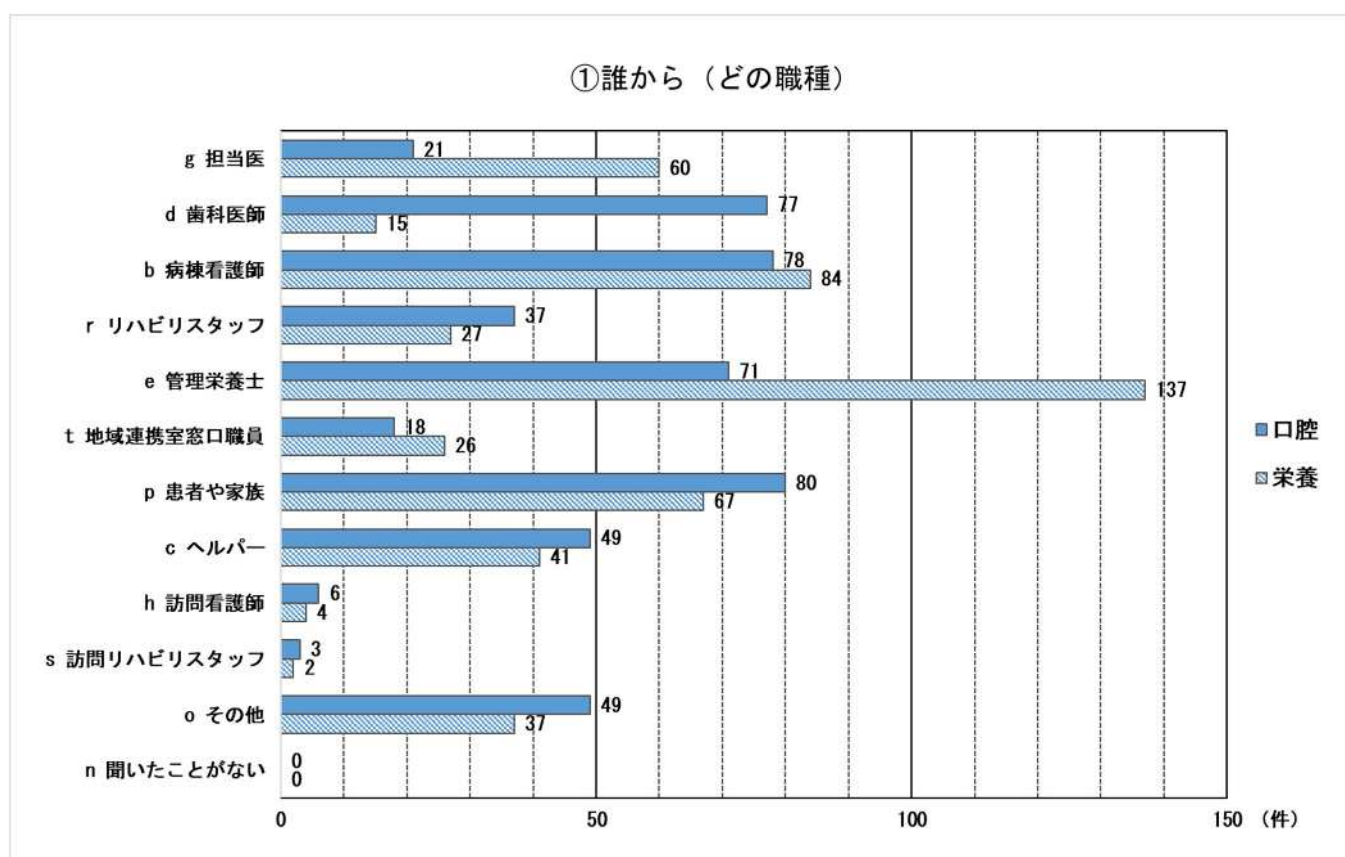
「t 食物アレルギーの存在」はチェック欄が不備のため除く



問5 ケアプラン作成時の経験の中で、利用者の口腔や栄養の課題となる情報は、①誰から②どのような方法で収集されましたか？（複数回答）（n=151）

①誰から

	口 腔	(件)	栄 養	(件)
①誰から（どの職種）	g 担当医	21	g 担当医	60
	d 歯科医師	77	d 歯科医師	15
	b 病棟看護師	78	b 病棟看護師	84
	r リハビリスタッフ	37	r リハビリスタッフ	27
	e 管理栄養士	71	e 管理栄養士	137
	t 地域連携室窓口職員	18	t 地域連携室窓口職員	26
	p 患者や家族	80	p 患者や家族	67
	c ヘルパー	49	c ヘルパー	41
	h 訪問看護師	6	h 訪問看護師	4
	s 訪問リハビリスタッフ	3	s 訪問リハビリスタッフ	2
	o その他	49	o その他	37
	n 聞いたことがない	0	n 聞いたことがない	0



o その他の内訳

「口腔」

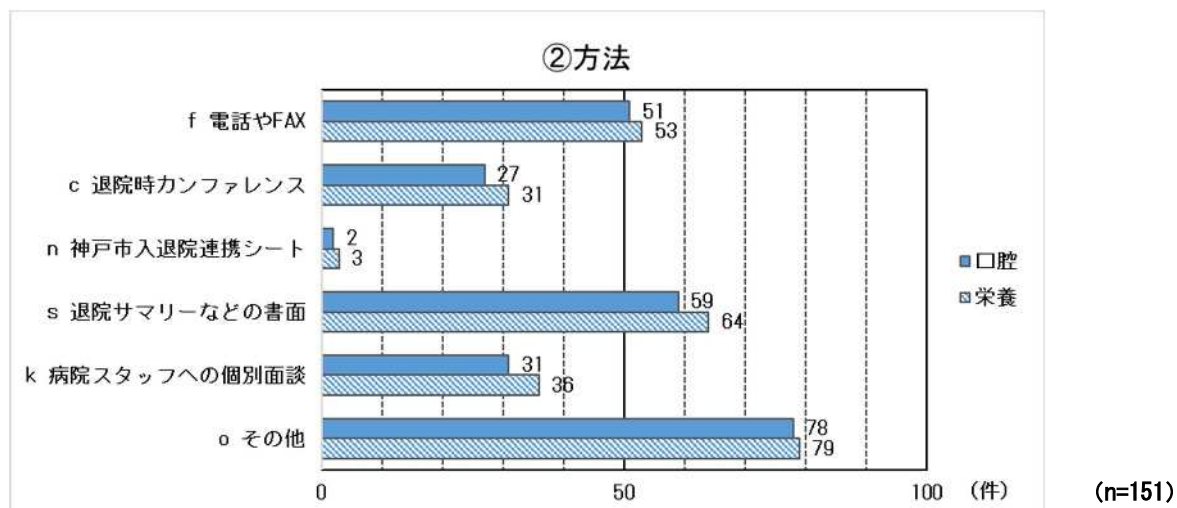
- ・ 介護士 (22)、歯科衛生士 (12)、看護師 (11)

「栄養」

- ・ 介護士 (20)、看護師 (11)、施設職員 (6)

②どのような方法

	口 腔	(件)	栄 養	(件)
② 方 法	f 電話やFAX	51	f 電話やFAX	53
	c 退院時カンファレンス	27	c 退院時カンファレンス	31
	n 神戸市入退院連携シート	2	n 神戸市入退院連携シート	3
	s 退院サマリーなどの書面	59	s 退院サマリーなどの書面	64
	k 病院スタッフへの個別面談	31	k 病院スタッフへの個別面談	36
	o その他	78	o その他	79



o その他 の内訳

「口腔」

- ・カンファレンス (18)、口頭・直接聴取 (18)、申し送り・日々の情報 (15)、施設スタッフとの連携 (11)

「栄養」

- ・カンファレンス (19)、口頭・直接聴取 (17)、申し送り・日々の情報 (17)、施設スタッフとの連携 (9)

問6 在宅要介護者や要支援者、施設におられる要介護者や要支援者の栄養や口腔の課題解決に関して、困難な事例、ご意見等がございましたらお聞かせください。(n=151)

① 開口拒否、ケア拒否 25件

- ・口腔に関しては要介護者が開口されずに、口腔ケアが実施できない。
- ・認知症があり、歯科のスタッフに対する拒否が強く、口を開けてくれない。

② 認知症 20件

- ・認知機能の低下が進行し、介護ケアへの拒否が強い利用者様への対応が困難。
- ・認知症の進行で、口腔ケアや診察に強い拒否があり、適切なケアや診察が受けられない。

③ 栄養・食事・食形態 14件

- ・食思不振による食事量の減少、体重減少、食べない、食べても体重が増えない。
- ・食事、水分摂取量が減少し、介助も受け入れられない場合の対応が困難。
- ・経口ラウンドで食事内容、食形態を変更している。
- ・トロミの濃度の管理が難しい。

④ 家族の理解 12件

- ・ご本人とご家族の思いの相違。
- ・家族が理解してもらえない場合の説明が難しい。

⑤ 施設従事者の理解、後回し 7件

- ・様々な介護支援の中で口腔ケアへの意識が薄く、後回しになってしまう。
- ・支援側の口腔ケアや栄養ケアに対するアプローチや知識不足を感じる。

⑤ 歯科衛生士による口腔ケア、歯科医師との連携 7件

- ・歯科衛生士による口腔ケアを受けている。
- ・ケアが難しい方、分からないときは、歯科衛生士に指導していただいている。
- ・当施設では、歯科衛生士が勤務しているので、必要な場合は歯科医師に診てもらう。

⑦ 費用 6件

- ・歯科受診後の支払いの事など、理解をなかなか得られない。
- ・口腔ケアの重要性については一定の理解を示されるが、歯科衛生士によるケアは費用の面で断られる場合が多い。

⑧ その他 19件

ケアプラン作成時における口腔・栄養の関連サービスに関する調査結果
居宅介護支援（えがおの窓口）の介護支援専門員（ケアマネジャー）集計分

送付施設数：456 施設

回収施設数：339 施設（回収率 74.3%）

回答者数：804 名（同一施設内で複数のケアマネジャーによる回答があったため）

送付施設数（か所）

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	計
送付施設数	38	43	54	41	64	41	49	66	60	456

回収施設数（か所）

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	不明	計
回収施設数	26	34	38	29	49	30	40	44	41	8	339

回収率（%）

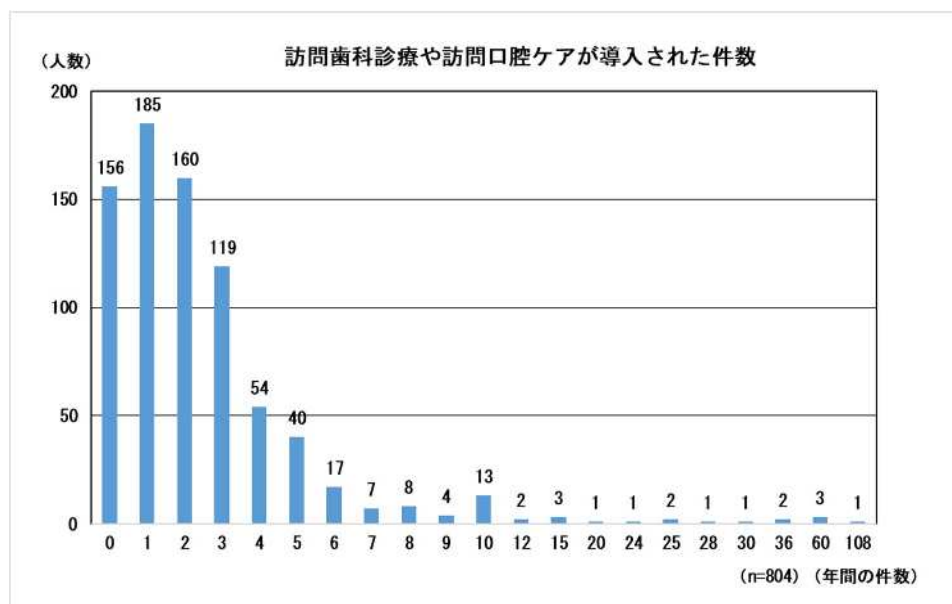
区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	計
回収率	68.4	79.1	70.4	70.7	76.6	73.2	81.6	66.7	68.3	74.3

回答者数（名）

区	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	不明	計
回答者数	86	64	82	59	118	68	84	127	102	14	804

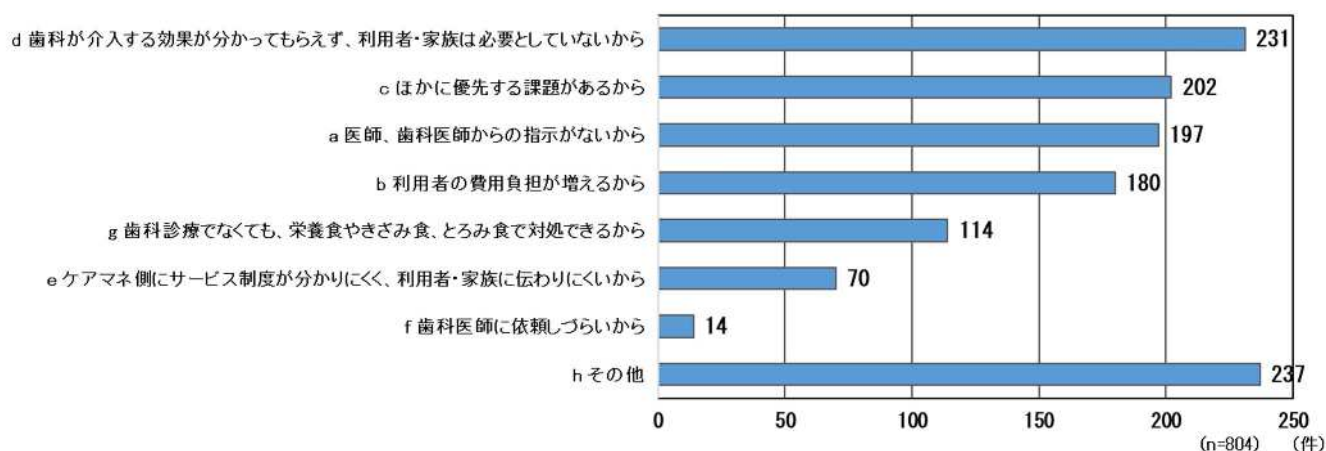
問1 昨年1年間に担当された事例のうち、訪問歯科診療や訪問口腔ケアが導入された事例についてお伺いします。(n=804)

統計	口腔件数	
平均値	2.9	
中央値	2.0	
最頻値	1.0	
標準偏差	6.2	
最小値	0.0	
最大値	108.0	
パーセン タイル	25	1.0
	50	2.0
	75	3.0



問2 上記問1のうち、口腔に関するサービスがケアプランに入らなかった事例についてお伺いします。ケアプランに入らなかった要因は何ですか？(複数回答)(n=804)

a 医師、歯科医師からの指示がないから	197
b 利用者の費用負担が増えるから	180
c ほかに優先する課題があるから	202
d 歯科が介入する効果が分かってもらえず、利用者・家族は必要としていないから	231
e ケアマネ側にサービス制度が分かりにくく、利用者・家族に伝わりにくいから	70
f 歯科医師に依頼しづらいから	14
g 歯科診療でなくても、栄養食やきざみ食、とろみ食で対処できるから	114
h その他	237

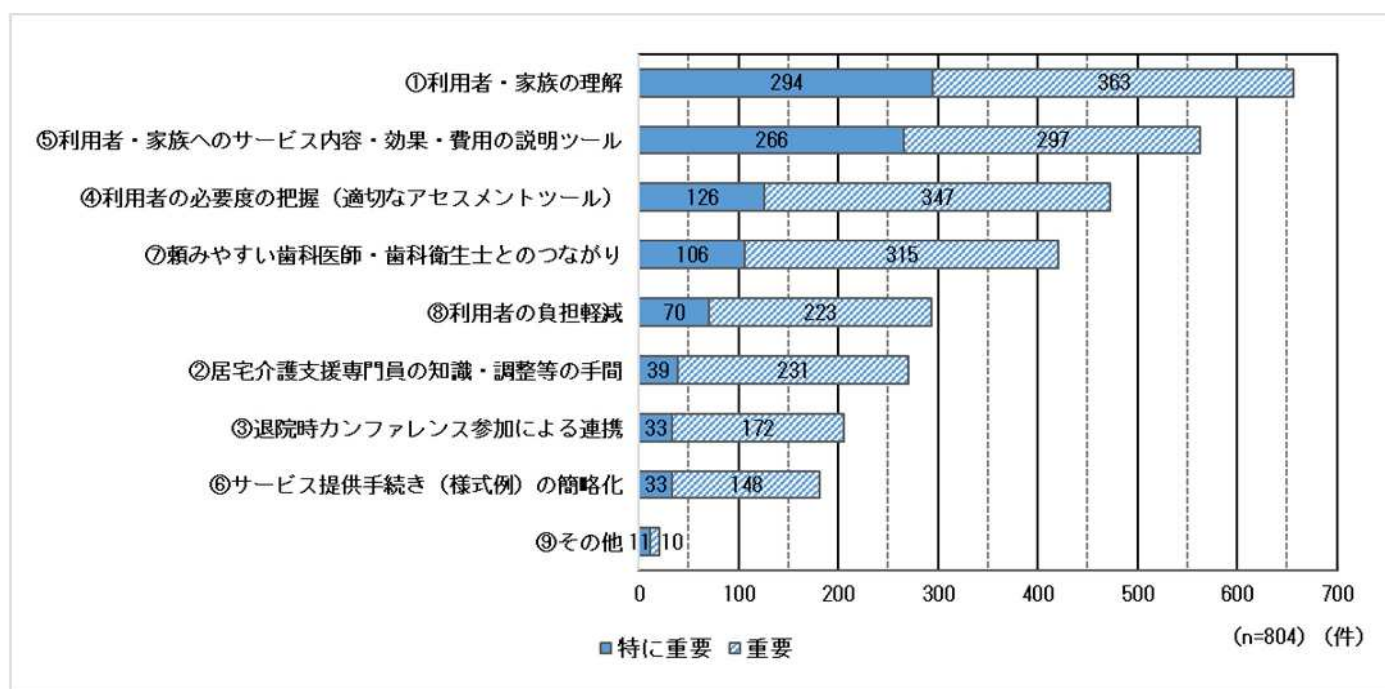


h その他の内訳

- ・ 自分で歯科受診 (94)
- ・ 必要ない (58)
- ・ 他の支援がある (デイサービス、ヘルパー、訪問介護、家族等) (28)

問3 利用者が必要とする口腔の関連サービスをケアプランに入れるために重要と思われるものに○を、特に重要だと思うものに◎をつけてください。(◎、○共に複数回答) (n=804)

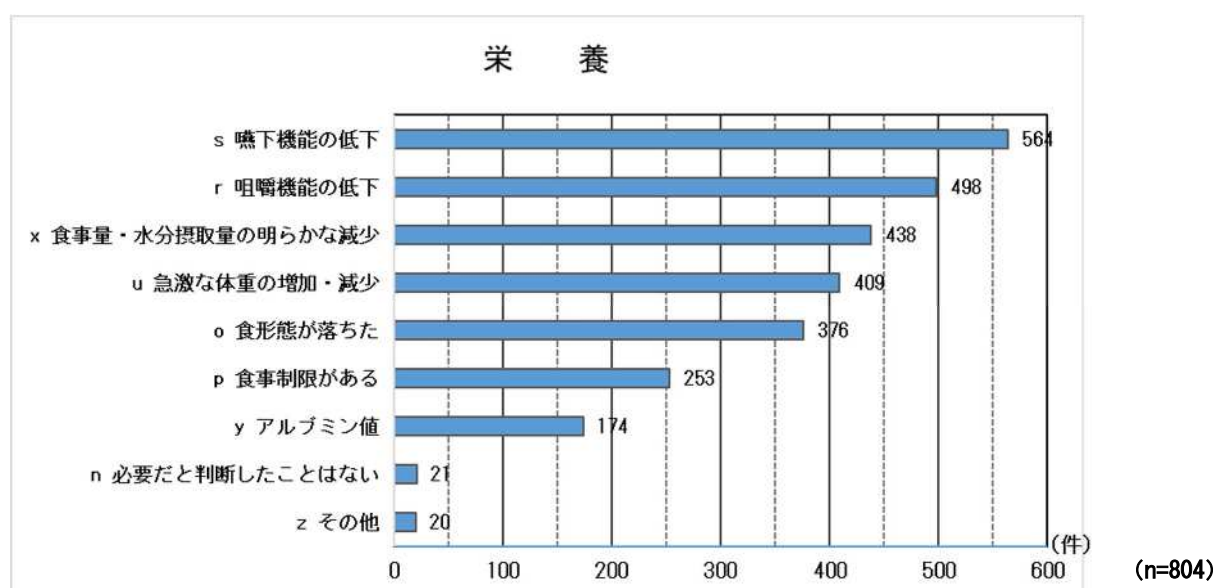
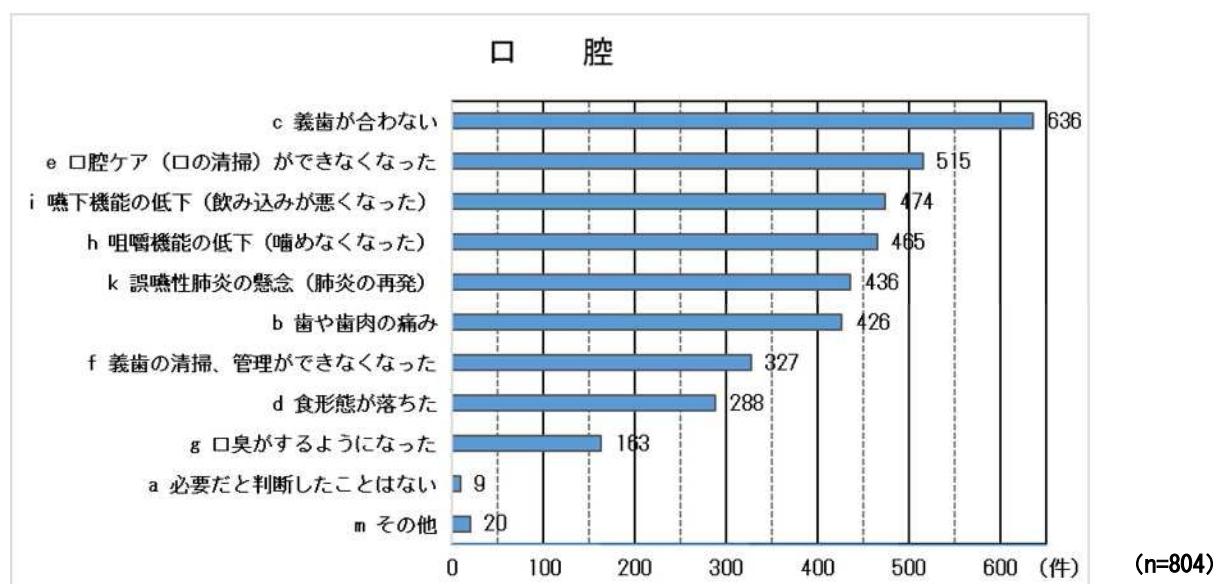
	特に重要 (件)	重要 (件)
①利用者・家族の理解	294	363
②居宅介護支援専門員の知識・調整等の手間	39	231
③退院時カンファレンス参加による連携	33	172
④利用者の必要度の把握 (適切なアセスメントツール)	126	347
⑤利用者・家族へのサービス内容・効果・費用の説明ツール	266	297
⑥サービス提供手続き (様式例) の簡略化	33	148
⑦頼みやすい歯科医師・歯科衛生士とのつながり	106	315
⑧利用者の負担軽減	70	223
⑨その他	11	10



問4 栄養と口腔は密接に関連するため、それぞれのケアプランが必要な患者像についてお尋ねします。これまでのケアプラン作成時の経験の中で、どのような時に口腔、栄養ケアが必要と判断していますか？（複数回答）（n=804）

口 腔	(件)	栄 養	(件)
a 必要だと判断したことはない	9	n 必要だと判断したことはない	21
b 歯や歯肉の痛み	426	o 食形態が落ちた	376
c 義歯が合わない	636	p 食事制限がある	253
d 食形態が落ちた	288	r 咀嚼機能の低下	498
e 口腔ケア（口の清掃）ができなくなった	515	s 嚥下機能の低下	564
f 義歯の清掃、管理ができなくなった	327	u 急激な体重の増加・減少	409
g 口臭がするようになった	163	x 食事量・水分摂取量の明らかな減少	438
h 咀嚼機能の低下（噛めなくなった）	465	y アルブミン値	174
i 嚥下機能の低下（飲み込みが悪くなった）	474	z その他	20
k 誤嚥性肺炎の懸念（肺炎の再発）	436		
m その他	20		

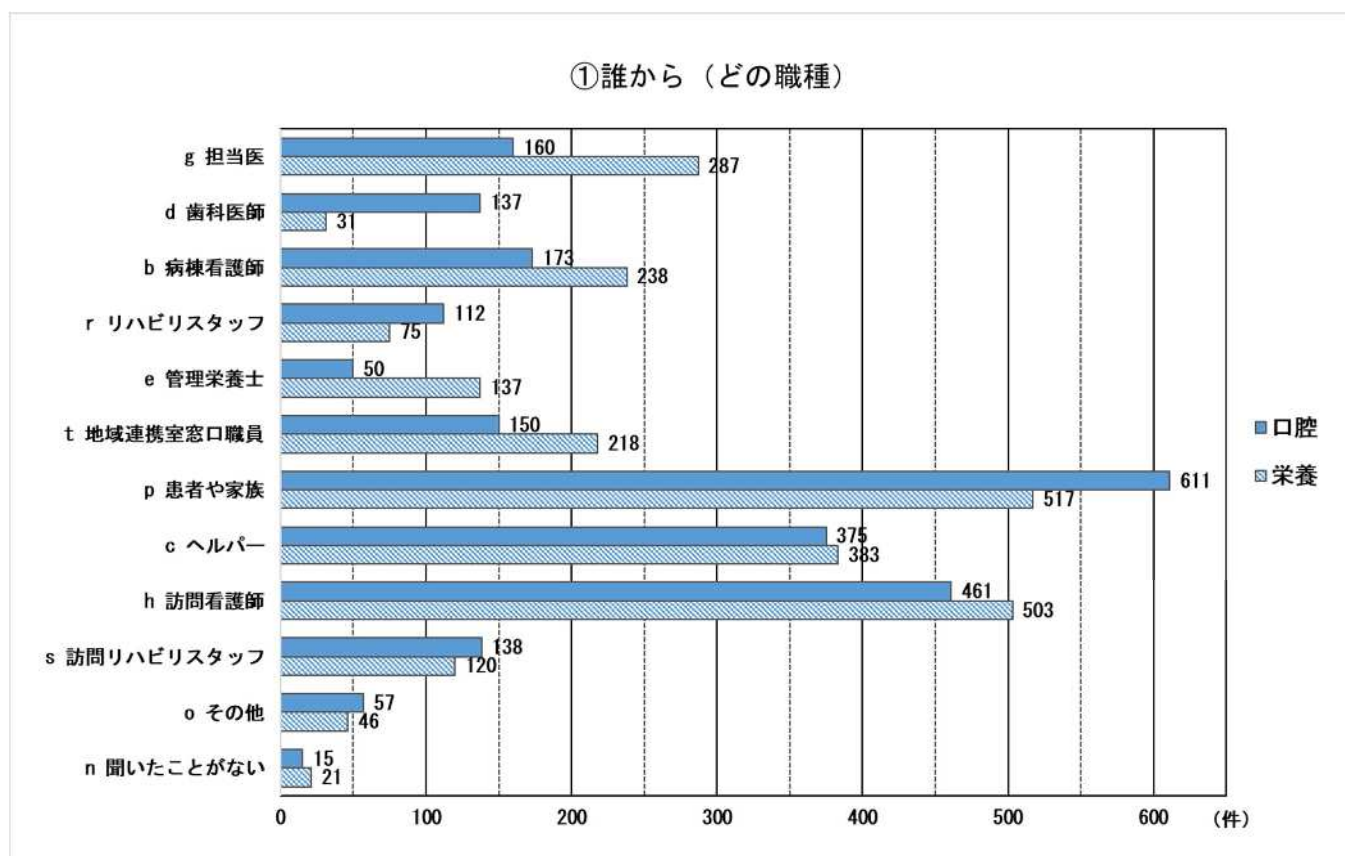
「t 食物アレルギーの存在」はチェック欄が不備のため除く



問5 ケアプラン作成時の経験の中で、利用者の口腔や栄養の課題となる情報は、①誰から②どのような方法で収集されましたか？（複数回答）（n=804）

①誰から

	口 腔	(件)	栄 養	(件)
①誰から (どの職種)	g 担当医	160	g 担当医	287
	d 歯科医師	137	d 歯科医師	31
	b 病棟看護師	173	b 病棟看護師	238
	r リハビリスタッフ	112	r リハビリスタッフ	75
	e 管理栄養士	50	e 管理栄養士	137
	t 地域連携室窓口職員	150	t 地域連携室窓口職員	218
	p 患者や家族	611	p 患者や家族	517
	c ヘルパー	375	c ヘルパー	383
	h 訪問看護師	461	h 訪問看護師	503
	s 訪問リハビリスタッフ	138	s 訪問リハビリスタッフ	120
	o その他	57	o その他	46
	n 聞いたことがない	15	n 聞いたことがない	21



(n=804)

o その他 の内訳

「口腔」

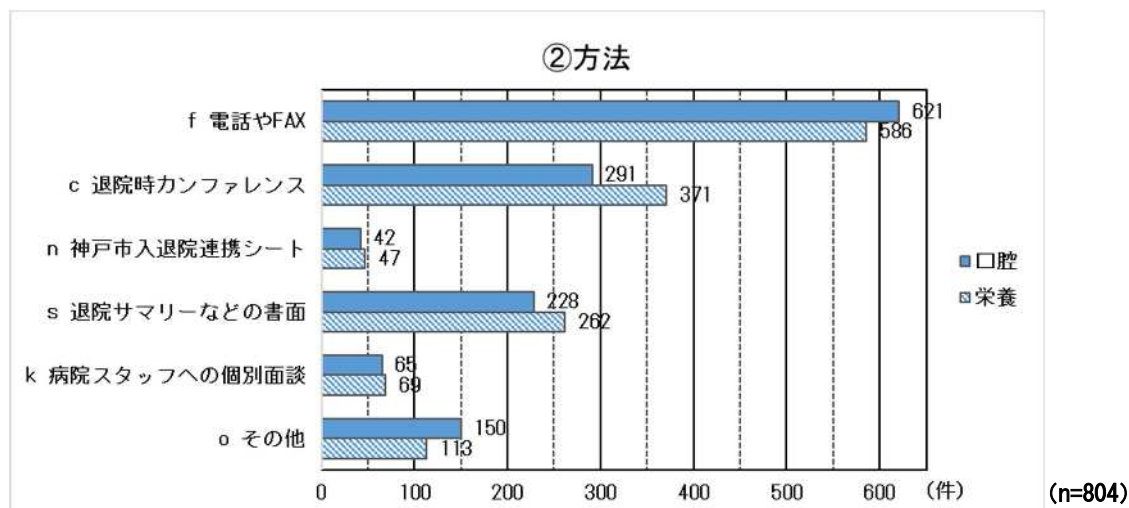
- ・ デイサービススタッフ・ショートステイスタッフ・通所サービススタッフ (43)

「栄養」

- ・ デイサービススタッフ・ショートステイスタッフ・通所サービススタッフ (38)

②どのような方法

	口 腔	(件)	栄 養	(件)
② 方 法	f 電話やFAX	621	f 電話やFAX	586
	c 退院時カンファレンス	291	c 退院時カンファレンス	371
	n 神戸市入退院連携シート	42	n 神戸市入退院連携シート	47
	s 退院サマリーなどの書面	228	s 退院サマリーなどの書面	262
	k 病院スタッフへの個別面談	65	k 病院スタッフへの個別面談	69
	o その他	150	o その他	113



o その他 の内訳

「口腔」

- ・ 訪問時 (49)、アセスメント・モニタリング (33)、家族 (21)、面談 (16)、本人 (13)、会議 (11) 他

「栄養」

- ・ 訪問時 (37)、アセスメント・モニタリング (23)、家族 (10)、面談 (10)、会議 (10) 他

問6 在宅要介護者や要支援者、施設におられる要介護者や要支援者の栄養や口腔の課題解決に関して、困難な事例、ご意見等がございましたらお聞かせください。(n=804)

- ① 家族または本人が口腔ケアに理解がない、拒否がある 145 件
 - ・ご本人ご家族ともに口腔ケアの必要性を感じていない
 - ・口腔ケアの重要性を、家族や本人が理解していないケースが多い
 - ・脳梗塞後遺症、パーキンソン病などによる嚥下の悪化について、家族の理解が乏しい
 - ・ケアの必要性があっても、本人の拒否が強く、導入できない
- ② 認知症などの障害がある 55 件
 - ・訪問歯科を導入した方が良いと判断しても、認知症や精神的な疾患で本人の理解が得られない
 - ・認知症の進行が強く、歯みがき等の理解が難しく、口をあける事ができず、口腔ケアができない
 - ・認知症で入れ歯の管理が困難（すぐはずして、なくす）
- ③ 栄養・食形態について 53 件
 - ・好き嫌いが激しい、こだわりが強い、意欲低下がひどくあると解決しにくい
 - ・食事形態を落とすことに家族が難色を示す
 - ・在宅での栄養相談や訪問が、訪問看護の手続きのようにできれば、もっと活用したい
 - ・栄養と口腔は密接に関連しているという認識がほとんどない
- ④ 歯科医師との連携ができていない 44 件
 - ・サービス導入後に歯科往診が入っていた場合があるので、導入前に担当ケアマネに連絡してほしい
 - ・往診での治療が困難のため、通院が必要と判断されたが、通院の介助者がいない、歯科医院が車椅子に対応していなかった（階段のみ）等
 - ・歯科衛生士に訪問を依頼するには、まず歯科医の訪問が必要なため、ハードルが高い
- ④ 費用が負担 44 件
 - ・利用者の負担金額がどれくらいになるか不明なので提案しにくい
 - ・歯科によって費用のばらつきあり、実際利用されても費用が高く、継続を希望されないこともあった
- ⑥ 治療内容について不満がある 24 件
 - ・義歯の不具合で訪問歯科診療を受けたが、結局、改善されなかった
 - ・訪問歯科に関しては、治療方法の説明不足を言われる利用者様、家族様が多い
- ⑦ 独居 21 件
 - ・独居で認知症が進行し、理解力、判断力などが低下している方に対して、課題があっても、どう説明しご理解を頂くかが困難
 - ・認知症で独居のため、指導して頂いた事を持続実施できない
- ⑧ 主治医との連携 8 件
 - ・栄養は医師、看護師から提案はあるが、口腔ケアに関しては、ほとんどない
- ⑨ 誤嚥性肺炎 5 件
 - ・誤嚥性肺炎等にかかる要介護者は今後も増加するようと思われる。予防をかねて口腔ケア等の充実は必要と思う
- ⑩ その他 37 件
 - ・プラン作成時に他のサービスに重点を置きがちで、口腔が大切だと理解していても手続きの面倒さにほったらかしになる
 - ・こんな場合には、導入が必要という研修があれば参加したい

退院連携シートに関するアンケート調査結果

対 象：神戸市内の 99 病院

（歯科または歯科・口腔外科（以下、歯科口腔外科とする）がある病院は、22 施設）

方 法：神戸市民間病院協会、神戸市第二次救急病院協議会および神戸市民病院機構等を通じて
電子メールにて各病院の庶務課へ調査票（別紙）を送付。電子メールにて回答を頂く。

（2 病院は、FAX にて調査票を送付後、FAX にて回答。）

時 期：令和 3 年 12 月 10 日に送付。令和 4 年 1 月 17 日までに回答あり。

回答数：48 病院（回答率 48%）

1. 区別にみた回答率

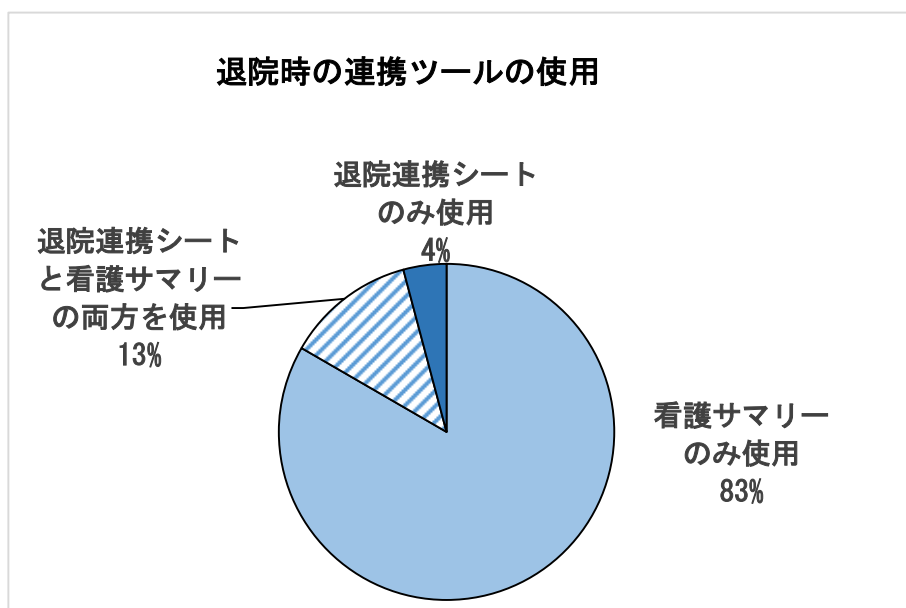
	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	西区	合計
対象数	6	8	21	10	16	8	10	6	14	99
回答数	3	7	10	4	9	4	5	2	4	48
回答率	50%	88%	48%	40%	56%	50%	50%	33%	29%	48%

2. 歯科口腔外科の有無別にみた回答率

	歯科口腔外科	
	有り	無し
対象数	22	77
回答数	14	34
回答率	64%	44%

問1：退院時の連携のために何をお使いですか（重複回答可）。

連 携 ツ ー ル	件数	割合
看護サマリーのみ使用	40	83%
退院連携シートと看護サマリーの両方を使用	6	13%
退院連携シートのみ使用	2	4%
使っていない	0	0%
計	48	100%

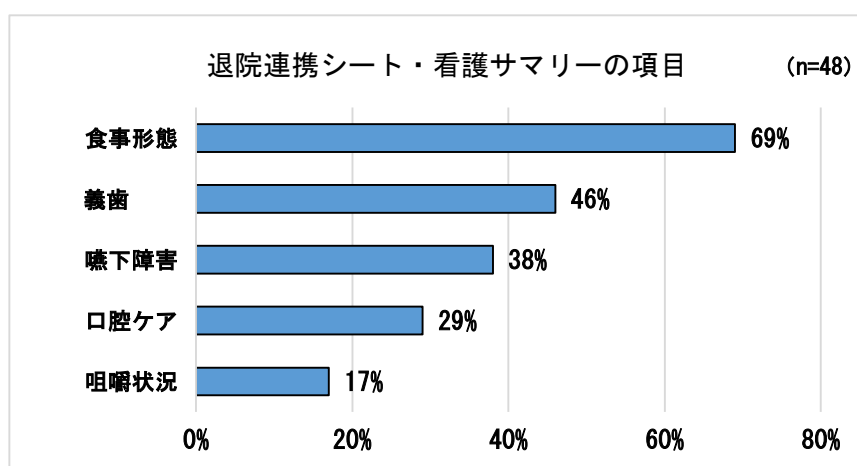


退院時の連携ツールは、すべての病院で使用されていることが分かった。その内訳は、看護サマリーのみ使用している病院が40件（83%）と多く、退院連携シートを使用している病院（併用含む）は、8件（17%）と少なかった。

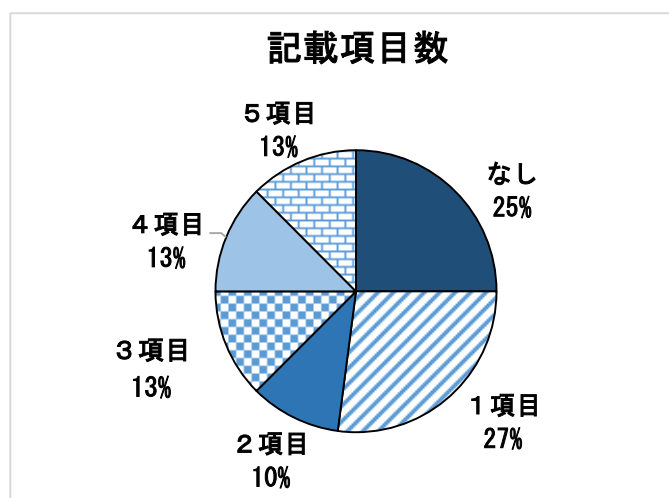
問2：貴院でお使いの退院連携シート（退院サマリー）および看護サマリーにつきまして、項目の有無について教えてください。どちらかに○印をお願いします。（n=48）

項目	項目あり	割合
口腔ケア	14	29%
義歯	22	46%
食事形態	33	69%
嚥下障害	18	38%
咀嚼状況	8	17%
その他	13	27%
必要があれば、個別に記載している（※）	11	23%

（※）・嚥下障害、咀嚼状況については、日常生活動作、入院中の経過に記載している
 ・必要があれば、「看護上の問題」「継続して欲しいケア」に記載



退院連携シート（退院サマリー）および看護サマリーに含まれる項目は、食事形態が69%と一番多く、次に義歯46%、嚥下障害38%、口腔ケア29%、咀嚼状況17%の順であった。



項目が全く含まれない病院は12件（25%）、一番多いのは1項目の13件（27%）、次に3、4、5項目で各6件（13%）、2項目5件（10%）となっていた。なお、5項目含まれる病院では、全て神戸市看護サマリー（標準様式）を使っていた。

問3：退院連携シート（看護サマリー）は誰に渡していますか（重複回答可）。（n=48）

連携する相手先	件数	割合
① ケアマネジャー	35	73%
② かかりつけ医	16	33%
③ その他	39	81%
（内訳）訪問看護ステーション、訪問看護師	16	33%
施設、施設看護師・スタッフ	11	23%
転院先の病院	7	15%
訪問介護、ケアマネジャー、家族、必要な場所へ	5	10%
④ 渡していない	5	10%
⑤ 未回答	1	2%

退院連携シート（看護サマリー）を渡す相手としては、①ケアマネジャー 73%、②かかりつけ医 33%、③その他のうち、訪問看護ステーション、看護師 33%、施設、施設看護師・スタッフ 23% の順に多かった。

問4：入院中に歯科治療（虫歯や義歯の治療）が必要な場合、どうされていますか（重複回答可）。（n=48）

	歯科口腔外科				合計（n=48）	
	有り（n=14）		無し（n=34）		件数	割合
	件数	割合	件数	割合		
① 院内の歯科へ依頼する	14	100%	0	0%	14	29%
② 外部の歯科医院へ依頼する	1	7%	34	100%	35	73%

入院中に歯科治療が必要な場合、歯科口腔外科がある病院は、すべて院内の歯科へ依頼（100%）しており、歯科口腔外科がない病院は、すべて外部の歯科医院へ依頼（100%）している。

問5：入院中の口腔ケアは、どうされていますか（重複回答可）。（n=48）

	歯科口腔外科				合計（n=48）	
	有り（n=14）		無し（n=34）		件数	割合
	件数	割合	件数	割合		
① 院内の歯科へ依頼する	14	100%	0	0%	14	29%
② 外部の歯科医院へ依頼する	0	0%	14	41%	14	29%
③ 院内の歯科以外のスタッフが実施している	8	57%	27	79%	35	73%
④ その他	1	7%	6	18%	7	15%
（内訳）在籍の歯科衛生士が実施	0	0%	2	6%	2	4%
訪問歯科	0	0%	2	6%	2	4%
看護師と言語療法士・療養型は、外部の歯科医院による定期口腔ケアを実施	0	0%	1	3%	1	2%
希望やかかりつけ歯科があれば相談	0	0%	1	3%	1	2%
歯科衛生士の指導を受けて病棟看護師が行う	1	7%	0	0%	1	2%

入院中の口腔ケアについては、歯科口腔外科がある病院では、すべて①院内の歯科へ依頼（100%）しており、加えて③院内の歯科以外のスタッフが実施する病院も57%であった。

歯科口腔外科がない病院では、③院内の歯科以外のスタッフが実施するが79%と多く、②外部の歯科医院へ依頼するが41%となっている。

令和4年度第1回(令和4年10月26日)
 多職種連携による口腔機能管理に関する専門部会資料
 (案)

訪問歯科診療及び訪問口腔ケア必要度チェック票

氏名 _____ 調査年月日 年 月 日

 記載者氏名／職種 _____

【チェック票①】

項目	レ	症 状
義歯 (入れ歯)		歯がないのに入れ歯がない、使用していない
		入れ歯が安定していない、落ちる、動く
		入れ歯が壊れている、(割れている、バネが壊れている)
むし歯		被せものや詰め物が外れている
歯周病		口臭がある
摂食・嚥下 (飲み込み・むせ)		食べこぼしがある
		食事中にむせることがある
		食事量が減って体重減少がある・食事に時間がかかる
		熱が出たり、肺炎を繰り返す
手入れ		介助者の歯みがきを嫌がる

- 表面【チェック票①】のどれか一つでも該当する場合
- 裏面【チェック票②】の「やや不良」または「病的」に一つでも該当する場合















訪問歯科診療・訪問口腔ケアが必要です。
 かかりつけ歯科医にご相談ください。

※歯科医療機関につなげる場合は、ご本人やご家族の意思を確認してください。
 ※かかりつけ歯科がない場合は、下記の「神戸市歯科医師会 歯科保健推進室」をご案内ください。

神戸市歯科医師会 歯科保健推進室 電話:078-391-8020
 FAX:078-391-6480

【チェック票 ②】

(OHAT 日本語版説明資料より)

項目	健全	やや不良	病的
唾液 (口腔乾燥)	 <p>湿潤 漿液性</p>	 <p>乾燥・べたつく粘膜 少量の唾液 口渇感若干あり</p>	 <p>赤く干からび干からびた状態 唾液はほぼなし 粘性の高い唾液</p>
口唇	 <p>正常 湿潤 ピンク</p>	 <p>乾燥・ひび割れ 口角の発赤</p>	 <p>腫脹や腫瘤 赤色斑・白色斑 潰瘍性出血 口角の出血・潰瘍</p>
歯肉	 <p>正常 湿潤・ピンク 出血なし</p>	 <p>乾燥・光沢・粗造・発赤 部分的な(1~6歯分)腫脹 義歯下の一部</p>	 <p>腫脹・出血(7歯以上) 歯の動揺・潰瘍 白色斑・発赤・圧痛</p>
義歯	 <p>清掃状態良好 食渣・プラーク(歯垢)・歯石なし</p>	 <p>1~2部位(少量)に食渣・ プラーク(歯垢)あり 歯ブラシや義歯洗浄剤で取れる</p>	 <p>多くの部位に食渣・プラーク (歯垢)・歯石・カビあり 歯ブラシや義歯洗浄剤で 取れない</p>

「やや不良」「病的」に該当する場合は、
ご本人の不快感などの訴えがない場合でも、
歯科医療機関への受診を勧めてください。

令和4年第1回（令和4年10月26日）
多職種連携による口腔機能管理に関する専門部会資料

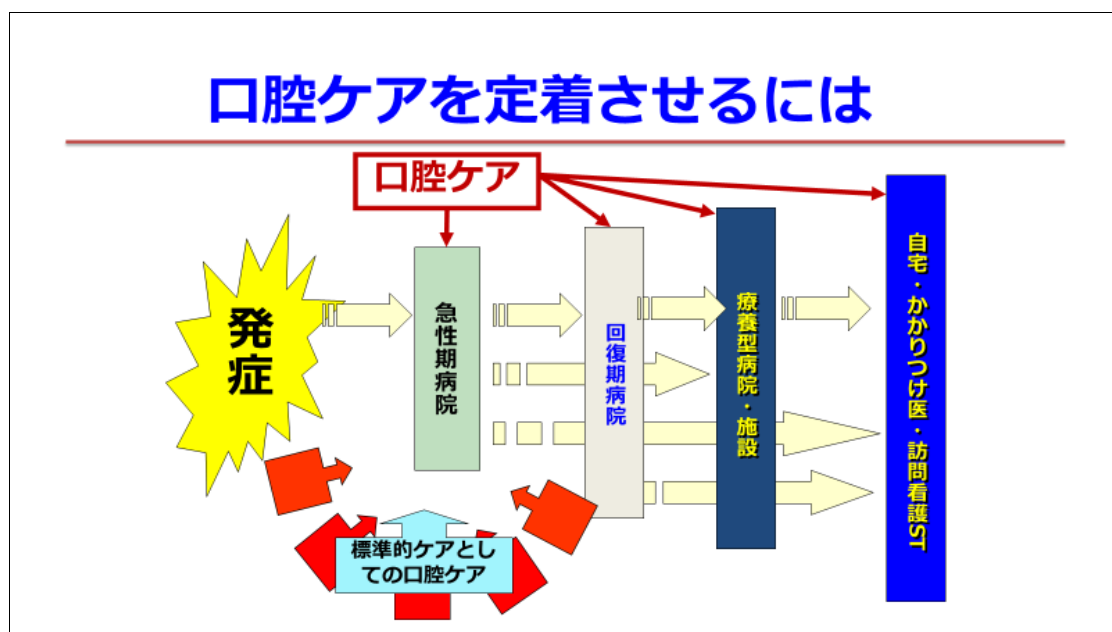
（案）

多職種による地域連携【高齢者の口腔ケア】 必要性解説チャート

【口腔ケアを定着させるために】

すべての場面で口腔ケアの提供が必要 が必要です

そのためには急性期病院入院時から口腔ケアを提供することが重要です。患者への標準的なケアの中に口腔ケアを組み込むことによって口腔ケアの介入を標準化することができます。それによって回復期病院あるいは施設や在宅療養の場に口腔ケアをつなげやすくなります。患者の居場所に合わせたシームレスなケアバンドル(ケアの束)の提供が求められています。



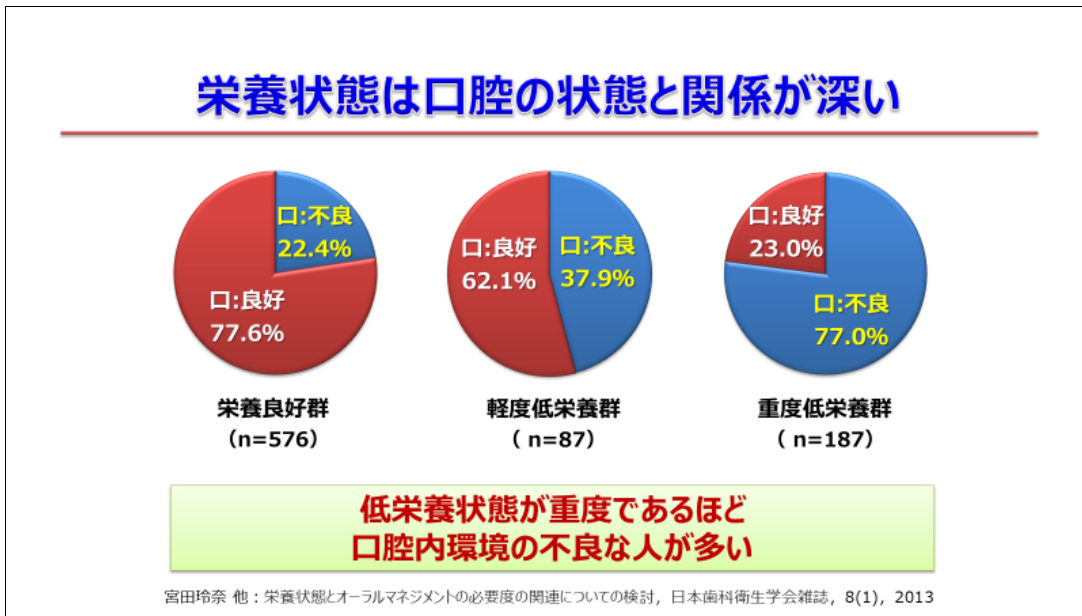
【咀嚼など口腔機能を向上させることで栄養状態が改善する】

回復期病床における入院患者の口腔の状態と栄養状態との関連を調べた研究によると、栄養状態は口腔の状態と関係が深いといいます。口腔に何らかの問題がある患者と問題のない患者との栄養評価を比較した結果、問題のある人のほうが低栄養状態がより重度であることがわかっています。

さらに詳細に調査を進めると、低栄養状態が重度であるほど口腔内の状態不良である人の割合が多いことがわかりました。全身の栄養状態の前に先行して口の衰えが存在することがわかります。

このような方に対して、総義歯の新たな作製に加えて簡便な食事指導を行うことによって食品摂取量が有意に増加し、たんぱく質、ナトリウム、マグネシウム、ビタミンB群などの栄養素摂取量が改善、さらに栄養状態も改善するとの報告があります（Suzuki H, Kanazawa M, Komagamine Y, et al.: Changes in the nutritional statuses of edentulous elderly patients after new denture fabrication with and without providing simple dietary advice. J Prosthodont Res 2019; 63: 288-292.）。栄養士など多職種

と歯科が連携できる新たなプラットフォームも必要です。

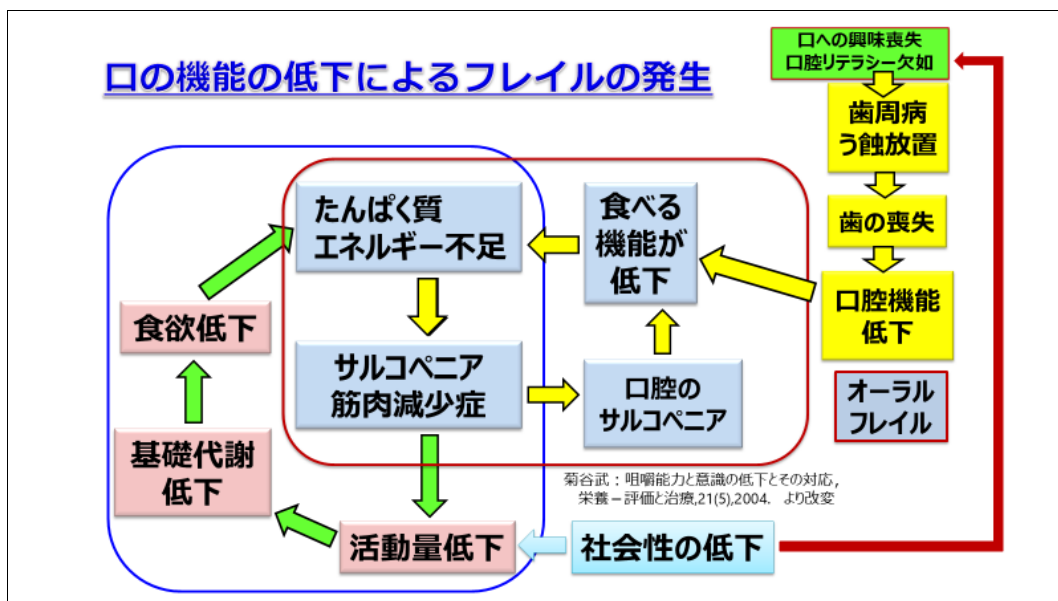


【フレイルの原因のひとつに口腔機能の低下がある】

すべての人に口腔ケアが提供される必要があります。フレイルの重要な原因のひとつに「口腔機能の衰え（オーラルフレイル）」があるからです。

身体的フレイルの実態はサルコペニアとよばれる筋肉量減少つまり低栄養です。一般的なフレイルサイクルは、社会性の低下による活動量の低下を招き、食欲低下、たんぱく質・エネルギー不足から筋肉量の減少をきたします（青線枠）。

一方、口腔機能の低下による食物の摂取量の低下がサルコペニアを引き起すこともわかっています（赤線枠）。口腔機能低下は歯の本数が減少することで起こりますが、その原因は歯周病やう蝕（むし歯）の放置です。さらにその上流には口への興味の喪失が存在します。これも社会性の低下が関連していると思われます。



（文責：神戸市健康局歯科専門役 足立了平）