

安佐地区 医療介護 連携マニュアル



2021年改訂版

広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会

安佐地区 医療介護 連携マニュアル



はじめに

超高齢社会を迎えた今、国は高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、安心して暮らすことができるよう、地域包括ケアシステムの構築を進めています。その中でも、在宅医療の推進は重要なテーマの一つとなっており、各地でさまざまな取り組みが行われています。

さて、在宅療養生活を送るためには、医療・介護の連携のもと、病気と上手につき合っていくことが求められますが、急変によって、ある日突然、入院しなければならない可能性も考えておく必要があります。また、入院治療から在宅医療へ移行する際には、退院する前から医療と介護が連携し、介護サービスを継続して利用できる環境づくりが大切になります。つまり、入院時、退院時ともに、病院・かかりつけ医とケアマネジャーが共通認識を持って、より良い連携を構築することが重要であると考えられます。

そこで今回、安佐医師会地域ケア推進委員会で活動している医師とケアマネジャー、地域包括支援センター職員、安佐地区内の病院に所属する医療ソーシャルワーカー（MSW）と看護師が中心となって、「安佐地区医療介護連携マニュアル」を作成いたしました。

このマニュアルが病院・かかりつけ医とケアマネジャーとの連携に活用され、地域で暮らす皆さまが住み慣れた地域で、自分らしい生活を送ることができるための一助となれば幸いです。

平成27年3月

安佐地区ケアカンファレンス推進協議会
安佐南区医師会在宅医療推進拠点整備事業
大本 崇

安佐地区医療介護連携マニュアル 改訂に当たって

介護保険制度の始まった2000年以降、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、私達は地域包括ケアシステムの構築を目指し、実現してきました。

その間、医療・介護の分野は進歩し続け、中でもICTの進歩は目覚ましく、電子カルテやオンライン診療、介護の分野でもタブレット端末の活用による情報共有や介護センサーの導入による転倒予防など、様々な分野に活用されています。国や厚生労働省も新しい機器やシステムの導入を強く推奨しており、我々医療・介護に携わる者は、常に新しいことを学び、取り組んでいかなければなりません。

前回平成30年にこの「安佐地区医療介護連携マニュアル」が改訂されましたが、それから3年が経ち、医療・介護を取り巻く様々な制度が変わりました。また令和2年には、広島市の委託により安佐医師会内に「広島市北部在宅医療・介護連携支援センター」が設立され、“多職種連携の拠点”として活動を開始しています。この度の「安佐地区医療介護連携マニュアル」の改訂も「安佐地区地域包括連携会議」から「広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会」に移行して行われることになりました。

今回のマニュアルでは、特に「入院前情報提供シート」と「退院時情報提供シート」、また、「安佐医師会連絡シート」の作成、改訂に注力しました。これまでの医療機関とケアマネジャー間の連携だけではなく、多職種の方々が利用しやすいシートになるよう努めたつもりです。これらのシートを多くの方々に使用して頂くことで、安佐地区内での情報共有がよりスムーズに行われ、さらにご意見をいただきながら、適宜改善して、安佐地区の医療介護連携がよりよいものになればと考えております。

また介護保険になじみの薄い医師や新人ケアマネジャーのために、介護保険の利用例を、介護区分ごとに作成しました。具体的にどの程度の介護度の方に、どのようなサービスが必要で、どのくらいお金がかかるのか、わかりやすく説明してあります。この他にも前回の「安佐地区医療介護連携マニュアル」に加筆し、多くの最新の情報を提供しております。

このマニュアルが、安佐地区の医療介護に関わる人たちの連携に大いに活用されることを願って改訂の序文とさせていただきます。

令和3年9月

広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会
委員長 高橋 祥一

目次

C o n t e n t s

I	より良い連携のために	1
I-1	より良い連携のために	1
I-2	多職種で行うカンファレンス等について	2
II	安佐地区連携シートと連携の流れ	3
II-1	安佐地区連携シート	3
(1)	安佐地区入院前情報提供シート	6
(2)	安佐地区退院時情報提供シート	12
(ア)	看護情報提供書（広島県看護協会北支部作成）と合わせて使用	12
(イ)	入院前情報提供シートと表記を揃えたシート（将来的に導入を考えているシート）	19
(3)	安佐医師会連絡シート	28
(ア)	初回連絡シート	28
(イ)	多職種連絡シート①（介護事業所等⇒医療機関等）	30
(ウ)	多職種連絡シート②（医療機関等⇒介護事業所等）	32
II-2	連携の流れ（標準的なケース）	35
(1)	退院支援が必要な場合で、患者に担当するケアマネジャーがいるケース	36
(2)	退院支援が必要な場合で、患者に担当するケアマネジャーがいないケース	38
(3)	転院または施設入所が必要なケース	40
(4)	回復期リハビリテーション病棟	42
(5)	患者に担当ケアマネジャーがおり、退院支援が必要ないケース	43
II-3	フローチャート各項目の留意事項	44
	資料編	49
1	用語の定義	49
2	各医療機関の役割	51
(1)	高度急性期病棟	51
(2)	急性期病棟	51
(3)	回復期機能をもつ病棟	52
(3-1)	地域包括ケア病棟	52
(3-2)	回復期リハビリテーション病棟	52
(4)	慢性期機能をもつ病棟	53
(4-1)	療養病棟	53
(4-2)	介護医療院	53
(5)	精神病棟	53
(6)	緩和ケア病棟	54
(7)	有床診療所	55
(8)	訪問歯科診療	56
(9)	保険薬局	58

3 各施設の役割	59
<介護保険施設>	59
(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム「特養」）	59
(2) 介護老人保健施設（老健）	59
(3) 介護療養型医療施設（療養型）	59
(4) 介護医療院	59
<介護保険上在宅の扱いとなる施設>	59
(1) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	59
(2) 小規模多機能型居宅介護	59
(3) 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	60
(4) 短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）	60
(5) サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）	60
(6) 介護付き有料老人ホーム	60
(7) 住宅型有料老人ホーム	60
<医療保険での施設への訪問について>	63
4 居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの役割	66
(1) 居宅介護支援事業所とは	66
(2) 地域包括支援センターとは	66
(3) 介護支援専門員（ケアマネジャー）とは	67
(4) 介護保険サービス利用までの流れ	67
(5) 介護保険サービス利用に関する留意事項	67
(6) ケアマネジメント業務の月間スケジュール例	68
5 訪問看護ステーションの役割	69
(1) 訪問看護とは	69
(2) 外泊日の訪問看護について	69
(3) 介護保険サービス事業所との委託契約による健康管理等について	69
(4) 医療保険・介護保険の訪問看護対象者について	70
6 個人情報の取扱い	72
(1) 医療機関	72
(2) 介護支援専門員等	72
(3) 主な関連法令等	73
7 連携することによって算定できる報酬	74
(1) 診療報酬	75
(2) 介護報酬	78
<ICT 活用に関する留意事項>	85
8 要介護認定申請の流れ	87
9 介護保険主治医意見書の記載例	89
10 主治医意見書作成のための予診票	92
11 認知症の日常生活自立度の判断	94
12 認知症症例の意見書の書き方	95
13 在宅における介護保険サービスの利用事例（要支援1～要介護5）	96

I

より良い連携のために

I-1 より良い連携のために

「第8期広島市高齢者施策推進プラン」において、広島市は、2025年のみならず、2040年も見据え、地域包括ケアシステムの推進と深化に向けて、重点施策Ⅳとして「在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の推進」が位置づけられています。取組方針として「75歳以上高齢者の更なる増加を踏まえ、できる限り人生の最期まで在宅で暮らしたいという高齢者のニーズに対応していくため、在宅医療の充実を図るとともに、医療や介護サービスをより円滑に提供することができるよう、在宅医療・介護連携を推進する」ことが掲げられています。

我々専門職が受け持つサービスは医療・看護・介護・リハビリ・口腔・栄養などがあり、それらは、有機的に連携していなければなりません。そこで多職種のより良い連携のために、以下のことが大切であると考えられます。

- 1) 第一に考えるべきは、患者・利用者の方々です。その人たちのして欲しいこと（デマンド）と、必要なこと（ニーズ）をしっかりと区別して判断し、多職種間の共通認識として協力して行動しましょう。
- 2) 多職種、であるからこそお互いの立場、得意分野を理解し、尊重しましょう。それぞれの専門領域のスキルアップに努めるだけでなく、その領域の啓発にいそしみ、お互いが信頼・尊重できる雰囲気の醸成に努めながら、医療・介護連携を推進しましょう。
- 3) 地域包括支援センターが地域のインターフェイス（窓口）となっています。地域包括支援センターがスムーズな活動を行うためには、関係する各機関はお互いの連携を強化し支援に努めましょう。
- 4) 安佐地区に限らず地域ごとに特性があります。その特性を理解し、早期に連絡調整、きめ細やかな対応を行いましょう。
- 5) 患者、利用者、その家族は個別の様々な事情を抱えています。個人情報適切な管理を心掛けましょう。

I-2 多職種で行うカンファレンス等について

多職種が連携して、患者・利用者及びご家族のために
カンファレンスを開催しましょう。

①退院前カンファレンス

患者の退院後の安定した療養と生活環境の確保のために当事者及び家族と複数の支援者間で情報の共有を行うことです。このカンファレンスのような普段の積み重ねが、医療機関と地域との連携の基礎となります。

(※退院支援における価値のある情報は、入院して医療的治療を受け、身体的・精神的・経済的な変化に揺れている患者・家族が安心して在宅療養できるための情報であり、患者・家族のQOLの向上につながるような情報です。)

②サービス担当者会議

本人が望むQOLを支援するため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、ケアプラン原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者と開催し、利用者の状況等に関する情報を共有し、専門的な見地からの意見を求め調整を図る会議です。効果的で実現可能な質の高いケアプランとするために開催しましょう。

③テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用したカンファレンス等について

感染防止や多職種連携促進の観点から、会議や多職種連携におけるICTの活用を推進しましょう。

<テレビ電話装置等のICTの活用が認められているカンファレンス等>

- ・ サービス担当者会議
- ・ その他「7. 連携することによって算定できる報酬」を参照

※「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守しましょう。

※ICTを活用したカンファレンス等で診療報酬や介護報酬の算定が可能な場合がありますが、各種要件を満たす必要がありますので、開催にあたっては要件を確認しましょう。

II

安佐地区連携シートと連携の流れ

II-1 安佐地区連携シート

(1)、(2)については、広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会「入院時・退院時情報提供シート作成WG」で、(3)については同委員会「安佐医師会連絡シート作成及び広報・周知検討WG」において協議し、多職種視点で作成・改訂したものである。

(1) 安佐地区入院前情報提供シート

(安佐地区入院時情報提供シートから名称・内容を改めたもの)

利用者(患者)の入院時に、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び介護保険施設等の担当者が、利用者の入院前までの生活環境や介護サービスの利用状況を記載して病院へ提出するものである。病院はシートの提供を受けて、早期に退院へ向けての支援体制を構築するとともに、退院時の円滑な連携に役立てることができる。

(2) 安佐地区退院時情報提供シート

(今回のマニュアル改訂において新規作成したもの)

(ア) 看護情報提供書(広島県看護協会北支部作成)と合わせて使用

(イ) 入院前情報提供シートと表記を揃えたシート

(将来的に導入を考えているシート)

医療機関や施設等から転院、退院、退所時に、入院・入所中の経過、利用者(患者)や家族の受け止め方、今後の希望、退院・退所後の診療の予定、介護保険情報、必要と思われるサービス等について各専門職の視点で記載して、退院・退所後を支援する担当者へ提供するものである。担当者はシートの提供を受けることで、入院・入所中の利用者(患者)の状態等を把握し、在宅での支援体制を構築するとともに、切れ目のない支援に役立てることができる。

退院時の情報提供として、現在、看護情報提供書を使用しており、直ぐの変更は難しい医療機関が多いことから、看護情報提供書に加えて(ア)を使用することとし、将来的には、入院前情報提供シートと表記を揃えた受取る側が分かりやすい(イ)を導入することとしている。

(3) 安佐医師会連絡シート

ケアマネジャー等が抱えている医療機関の敷居の高さを払拭し、医療と介護の連携強化を目指して発足された“安佐地区ケアカンファレンス推進協議会”にて、利用者(患者)や家族のより良い生活を支えるため、安佐地区の医療機関とケアマネジャー等がタイムリーに連携していくことを目的として作成された。

今回のマニュアル改訂において、医療機関(医科・歯科・薬局)と介護事業所等とで幅広く活用できるように名称を多職種連絡シートとし、内容も改めたものである。(基本FAX使用)

(ア) 初回連絡シート

ケアマネジャーが利用者（患者）の担当になった際、かかりつけ医や担当医へ連絡するシートである。内容は担当ケアマネジャーが誰で今後どのように支援したいのか連絡する。医師からは、利用者（患者）の医療面を含め生活上の注意点や、今後の連絡方法等の情報を返信してもらう。

(イ) 多職種連絡シート①（介護事業所等⇒医療機関等）

ケアマネジャー等からカンファレンス（担当者会議）への出席依頼や、利用者（患者）の細かい情報がかかりつけ医等へ相談・報告を行う。かかりつけ医等は返信依頼があった場合、医師等記載欄へ記入し情報交換を行う。

(ウ) 多職種連絡シート②（医療機関等⇒介護事業所等）

医療機関等から、ケアマネジャー等に、認知症の程度、生活の様子、通所サービスでの様子、内服管理、本人・家族の意向、週間予定表、ケアプラン等について情報提供を依頼する。その情報を元に、医療チームで治療方針を検討する。

MEMO

Ruled area for notes with horizontal dotted lines.

送付日 年 月 日

安佐地区入院前情報提供シート

(送付元 → 送付先 病院)
TEL・FAX ()

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
住所				電話			
				携帯電話			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号		
保険等情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> その他・特記事項 ()						
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 障害名:						
	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級						
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()				介護保険の負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
	有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日					<input type="checkbox"/> 不明	
<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日:) <input type="checkbox"/> 区分変更中 (申請日:)				介護保険負担限度額認定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
入院前の介護保険等サービス利用状況について							
※ <input type="checkbox"/> サービス詳細については別紙ケアプランをご参照ください。							
<input type="checkbox"/> 訪問サービス () (回/週) () (回/週) () (回/週)							
<input type="checkbox"/> 通所サービス () (回/週) () (回/週) <input type="checkbox"/> 配食サービス (日/週)							
<input type="checkbox"/> ショートステイ (利用先: 期間・頻度:) (利用先: 期間・頻度:)							
<input type="checkbox"/> 施設サービス ()							
<input type="checkbox"/> その他のサービス(インフォーマルを含む) ()							
現在治療中の疾患名		発症年月日	医療機関	主治医(主治医意見書作成者に☑)	診察方法・頻度等		
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
かかりつけ歯科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医療機関名:						
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬局名:			居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 職種:		
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付			お薬手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
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			喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日		
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			飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 合/日(日/週)		
主な入院歴	医療機関	疾患名	入院期間	特記事項			
入院頻度	<input type="checkbox"/> 今回初めての入院である <input type="checkbox"/> 最近半年間での入院がある <input type="checkbox"/> 最近1年間での入院がある <input type="checkbox"/> 不明						
転倒歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 頻度: 場所:						
特記事項:							
家族構成図		世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦のみ <input type="checkbox"/> 高齢夫婦と子 <input type="checkbox"/> 本人と子			家族構成員数	
<small>主:主介護者 次:キーパーソン ○:女性 □:男性</small>			<input type="checkbox"/> その他 ()			名	
		<input type="checkbox"/> 施設			<input type="checkbox"/> 日中独居		
		家族との関係・介護力等	家族との関係: <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い 介護力: <input type="checkbox"/> 介護力が見込める <input type="checkbox"/> 介護力が見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない				
		家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
		生活困窮について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
手書き可		住環境	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階)(エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				

本人/家族の意向について						
本人の生活歴						
本人の趣味・興味・地域での活動等	確認日： 年 月 頃					
入院前の本人の生活に対する意向	確認日： 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 別紙ケアプランをご参照ください。					
入院前の家族の生活に対する意向	確認日： 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 別紙ケアプランをご参照ください。					
今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)						
在宅生活に必要な要件、予想される課題等(今後のサービス利用を含む)						
身体・生活機能の状況/療養生活上の課題	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援者は必要事項のみ記入	特記事項
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
移 乗	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ	
排泄(排便)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> オムツ	
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 装具使用 <input type="checkbox"/> その他()	
更 衣	<input type="checkbox"/>	<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"/>		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食事内容	摂取状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食(<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養 特記事項:				
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 特記事項:				
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ベースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 特記事項:				
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (とろみの粘度:)	水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容:)	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 (上・下) <input type="checkbox"/> 総 (上・下))		
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない 特記事項:					
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()					
コミュニケーション	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 特記事項:				
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: 処置:)			
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 ()	眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養) <input type="checkbox"/> カテーテル(留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> その他()					
連絡事項・その他						
事業所名				電話番号		
担当者名				FAX番号		

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

退院時の連絡希望の有無: 有 (連絡先: 会社携帯) 無
書類を受け取った日 年 月 日 担当()
令和3年度改訂

送付日 年 月 日

安佐地区入院前情報提供シート(解説版)

(送付元

→ 送付先

病院)

TEL・FAX (

)

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
住所				電話			
				携帯電話			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号		
保険等情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> その他・特記事項 ()						
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級			障害名: ()			
	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> B			<input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級			
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()			有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日		介護保険の負担割合	
	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日:) <input type="checkbox"/> 区分変更中 (申請日:)					<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明	
入院前の介護保険等サービス利用状況について							
※ <input type="checkbox"/> サービス詳細については別紙ケアプランをご参照ください。							
<input type="checkbox"/> 訪問サービス () (回/週) (回/週) (回/週) (回/週)							
<input type="checkbox"/> 通所サービス () (回/週) (回/週) <input type="checkbox"/> 配食サービス (回/週)							
<input type="checkbox"/> ショートステイ (利用先: 期間・頻度:) (利用先: 期間・頻度:)							
<input type="checkbox"/> 施設サービス ()							
<input type="checkbox"/> その他のサービス(インフォーマルを含む) (介護予防サービス・支援計画書、居宅サービス計画書(第2表)、施設サービス計画書(第2表)を添付する。)							
現在治療中の疾患名		発症年月日	医療機関	主治医(主治医意見書作成者に☑)		診察方法・頻度等	
かかりつけ歯科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	医療機関名:	ポイント■普段からかかりつけ歯科、かかりつけ薬局と連携して情報を得る。		在宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 職種:		
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬局名:					
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付			お薬手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
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				喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日		
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				飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 合/日(日/週)		
主な入院歴	医療機関	疾患名	入院期間	特記事項			
入院頻度	<input type="checkbox"/> 今回初めての入院である <input type="checkbox"/> 最近半年間での入院がある <input type="checkbox"/> 最近1年間での入院がある <input type="checkbox"/> 不明						
転倒歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 頻度: 場所: 特記事項:						
家族構成図		世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦のみ <input type="checkbox"/> 高齢夫婦と子 <input type="checkbox"/> 本人と子			家族構成員数	
主: 主介護者 ☆: キーパーソン ○: 女性 <div style="border: 2px dashed red; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">同居を囲む</div>			<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 施設			名	
		家族との関係・介護力等 家族との関係: <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い 介護力: <input type="checkbox"/> 介護力が見込める <input type="checkbox"/> 介護力が見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない					
		家族や同居者等による虐待の疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合: 具体的な状況を記載する。)					
		生活困窮について <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合: 具体的な状況を記載する。)					
手書き可		住環境	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) (エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				

本人/家族の意向について												
本人の生活歴	<p>・本人の現在までの生活について(職業や転居、家族史、家族との関係、居住関係等)、主要な出来事を時間の経過順に記載する。</p>											
本人の趣味・興味・地域での活動等	<p>ポイント ■本人の「強み」に焦点をあてた情報を記載する。 ■記載される情報により医療機関はケア、リハビリテーションの目標設定に活かすことができる。</p>							確認日:	年	月	日	
入院前の本人の生活に対する意向								確認日:	年	月	日	
入院前の家族の生活に対する意向	<p>介護予防サービス・支援計画書、居宅サービス計画書(第1表)、施設サービス計画書(第1表)を添付する。</p>							<input type="checkbox"/> 別紙ケアプランをご参照ください。	確認日:	年	月	日
今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)												
在宅生活に必要な要件、予想される課題等(今後のサービス利用を含む)	<p>・入院から生活の場に帰ってくるという考えを持ち、利用者の在宅、施設での生活継続が可能となる状況を考慮し記載する。</p>							<p>ポイント■記載される情報により医療機関は支援の方針を検討することができる。</p>				
身体・生活機能の状況/療養生活上の課題	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援者は必要事項のみ記入				特記事項			
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
移乗	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ				
排泄(排便)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 差し込み便器	<input type="checkbox"/> オムツ				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室)	<input type="checkbox"/> 通所系サービス	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 清拭のみ				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行者	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 装具使用	<input type="checkbox"/> その他()			
更衣	<input type="checkbox"/>	<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"/>								
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
食事内容	摂取状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食(<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養							特記事項:			
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他							特記事項:			
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他							特記事項:			
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (とろみの粘度:)	水分制限		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	ありの場合: 量を記載する。 <input type="checkbox"/> 不明				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (内容:)	義歯		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 (上・下) <input type="checkbox"/> 総 (上・下))					
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない							特記事項:				
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()											
コミュニケーション	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難							特記事項:			
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難							眼鏡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
	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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (部位:)	褥瘡		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (部位: 処置:)						
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 不眠	不眠の場合: 具体的な症状を記載する。				眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	ありの場合: 薬剤名、飲み方等を記載する。		
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養) <input type="checkbox"/> カテーテル(留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> その他 ()											
連絡事項・その他												
<p>・上記項目にない、本人の身体・精神状況、性格、家族関係に関する特記事項、友人や近隣との関係等について記載する。 ・表面上は特に問題がなさそうに見えるが注意が必要なこと、本人や家族の聞き取りだけでは見えてこないこと等の情報を記載する。</p>												
事業所名								電話番号				
担当者名								FAX番号				

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

退院時の連絡希望の有無: 有 (連絡先: _____ 会社携帯 _____) 無
 書類を受け取った日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当(_____)
 令和3年度改訂

送付日 3 年 8 月 31 日

安佐地区入院前情報提供シート(記入例)

(送付元 B居宅介護支援事業所 → 送付先 F総合 病院)
TEL・FAX (082-×××-××××)

氏名	ふりがな ○○ ○○ A	生年月日	1938 年 1 月 1 日		年齢	83 歳	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
住所	広島市安佐〇〇区〇〇 △丁目××				電話	082-×××-××××		
					携帯電話	0×0-×××-××××		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号			
	〇〇〇 □□□	長女	広島市安佐〇〇区〇〇 〇丁目		0×0-×××-××××			
	〇〇〇 ××	長男	広島市〇区 △丁目		0×0-×××-××××			
保険等情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> その他・特記事項 ()							
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 障害名:							
	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級							
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1) 有効期限: 令和3年2月1日 ~ 令和4年2月28日				介護保険の負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明		
	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日:) <input type="checkbox"/> 区分変更中 (申請日:)				介護保険負担限度額認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
入院前の介護保険等サービス利用状況について								
※ <input type="checkbox"/> サービス詳細については別紙ケアプランをご参照ください。								
<input type="checkbox"/> 訪問サービス () (回/週) () (回/週) () (回/週)								
<input checked="" type="checkbox"/> 通所サービス (通所リハビリ) (2 回/週) () (回/週) <input type="checkbox"/> 配食サービス (回/週)								
<input type="checkbox"/> ショートステイ (利用先: 期間・頻度:) (利用先: 期間・頻度:)								
<input type="checkbox"/> 施設サービス ()								
<input checked="" type="checkbox"/> その他のサービス(インフォーマルを含む) (福祉用具貸与(玄関とベットサイド手すり)、広島市はいかい高齢者等SOSネットワーク登録)								
現在治療中の疾患名		発症年月日	医療機関	主治医(主治医意見書作成者に☑)	診察方法・頻度等			
高血圧症		H元年	D内科	<input checked="" type="checkbox"/> D医師	通院・月1回			
糖尿病		H10年	"	<input type="checkbox"/> "	"			
心不全		R元年5月1日	"	<input type="checkbox"/> "	"			
アルツハイマー型認知症		R3年1月	"	<input type="checkbox"/> "	"			
かかりつけ歯科	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 医療機関名: H歯科医院							
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 薬局名: I薬局 居宅療養管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 職種:							
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ※必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付 お薬手帳 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり							
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 checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 10 本/日		
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 checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 1合/日(7日/週)		
主な入院歴	医療機関	疾患名	入院期間	特記事項				
	F総合病院	第4腰椎圧迫骨折	H29年2月3日~3月3日	安静加療・リハビリテーション				
入院頻度	<input type="checkbox"/> 今回初めての入院である <input type="checkbox"/> 最近半年間での入院がある <input type="checkbox"/> 最近1年間での入院がある <input type="checkbox"/> 不明							
転倒歴	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 頻度: 年1~2回 場所: 自宅の玄関 特記事項: 認知機能の低下、下肢筋力の低下による転倒、圧迫骨折既往歴あり。玄関とベットサイドに手すりを設置している。							
家族構成図		世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢夫婦のみ <input type="checkbox"/> 高齢夫婦と子 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 施設					家族構成員数
			家族との関係・介護力等 家族との関係: <input type="checkbox"/> 良い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い 介護力: <input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める <input type="checkbox"/> 介護力が見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない 家族や同居者等による虐待の疑い <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 生活困難について <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					<input type="checkbox"/> 日中独居
手書き可		住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階) (エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)					

本人/家族の意向について						
本人の生活歴	広島市出身、高校卒業後、自動車工場へ60歳まで勤める。退職後は65歳までアルバイトで除草作業をしていた。長年、町内会役員を務めるなど、地域で活躍していたが、R2年頃からもの忘れが見られ、自宅に閉じこもりがちになった。R3年5月よりデイケアの利用を開始した。当初デイケアの利用に対して拒否があったが、最近ではデイケアに行くことを楽しみにしている。					
本人の趣味・興味・地域での活動等	・自宅の庭で花を育てている。・園芸のテレビ番組をみる。 ・以前は妻と花の苗を買いに行くことを楽しみにしていたが、ここ1年は妻が声をかけても断り出かけていない。		確認日: R3年 4月頃			
入院前の本人の生活に対する意向	デイケアに通いたい。できるだけ自宅で元気に過ごしたいが妻や子ども達に負担をかけたくない。趣味の花を続けたい。		確認日: R3年 7月頃 <input type="checkbox"/> 別紙ケアプランをご参照ください。			
入院前の家族の生活に対する意向	(妻)デイケアを利用しながら自宅で生活ができればよいと思う。できるだけ歩いて欲しい。 (長女)母の介護負担を減らすことができればよい。認知症の進行がゆっくりであって欲しいと思う。		確認日: R3年 7月頃 <input type="checkbox"/> 別紙ケアプランをご参照ください。			
今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)						
在宅生活に必要な要件、予想される課題等(今後のサービス利用を含む)	・自宅内は段差があり、廊下が狭いため、車イスの使用は不可である。本人はトイレの使用を希望しており、ベットからトイレまで10m程度長い歩きをする必要がある。認知機能の低下により杖の使用を忘れることがある。 ・妻、長女に対する疾患の理解(高血圧症、糖尿病、心不全、アルツハイマー型認知症)、栄養指導、服薬指導が必要である。 ・本人、妻、長女は可能な限り自宅での生活を希望している。主介護者である妻も高齢であるため、デイケア利用の再開と併せて一時的にショートステイや入所等の利用も必要かと考える。					
身体・生活機能の状況/療養生活上の課題	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援者は必要事項のみ記入	特記事項
食事	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		妻が調理する。
移乗	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
排泄(排尿)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ	時々失敗がある。リハビリパンツを使用する。リハビリパンツへの拒否はない。
排泄(排便)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> オムツ	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input checked="" type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	
移動方法	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 装具使用 <input type="checkbox"/> その他()	筋力低下があるため歩行時ふらつきあり。屋内は広い歩き、屋外は杖を使用する。
更衣	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		妻の声かけが必要である。機嫌が良い時は行う。
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		妻の声かけが必要である。機嫌が良い時は行う。
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		自己管理だが飲み忘れがある。妻が時々声かけを行う。
食事内容	摂取状況	<input checked="" type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食(<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養				特記事項: 食欲がなく味付けの濃いものを好む。
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他				特記事項:
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他				特記事項:
	水分とろみ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(とろみの粘度:)	水分制限		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明	
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:)	義歯		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> 部分(<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下))		
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込みめない				特記事項: お茶を飲むときにむせることがある。	
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input checked="" type="checkbox"/> その他(意欲の低下やもの忘れがある。)					
コミュニケーション	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				特記事項:
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
麻痺の状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)		褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: 処置:)		
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠(2時間おきに目が覚める)		眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> ○○○(不眠時))		
入院前に実施している医療処置	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスプレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養) <input type="checkbox"/> カテーテル(留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> その他()					
連絡事項・その他	*身長:160cm 体重:50kg BMI:19.5(R3年8月23日)・両下肢の浮腫、1週間で2kg以上の体重の増加(52kg)、息切れがあり8月30日D内科を受診し、同日D内科の紹介にてF総合病院を受診し入院となる。・本人は高血圧症、糖尿病、心不全、アルツハイマー型認知症に対する病歴はない。 ・左耳が聞こえにくく、右側から話しかけた方が聞こえる。 ・主介護者である同居の妻は最近身体がだるく食事は簡単なものでもませていた。・長女が週1回訪問し、買い物や掃除を手伝っている。					
事業所名	B居宅介護支援事業所		電話番号	082-xx-xx-xxxx		
担当者名	C		FAX番号	082-xx-xx-xxxx		

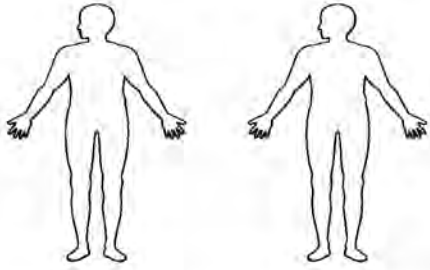
この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

退院時の連絡希望の有無: 有(連絡先: C 会社携帯 0×0-xx-xx-xxxx) 無
書類を受け取った日 R3 年 8 月 31 日 担当(G)
令和3年度改訂

看護情報提供書

担当者様

フリガナ 氏名	男 様 女	主たる病名
M・T・S・H	年 月 日生 歳	感染症 HBs () HCV ()
入院期間	年 月 日～年 月 日	MRSA () 検出部位 ()
住所		アレルギー 無・有 ()
TEL		その他
家族状況 キーパーソン () 様) 主介護者 () 様) 連絡先 TEL ① _____ 主介護者の健康状態 ② _____ ③ _____		家族構成
既往歴		転院先・在宅療養上の本人・家族の希望
入院中等の経過		内服・点滴・その他
医師からの病状説明 本人 家族		本人・家族の説明の受け取り方 本人 家族
継続される問題		

	現 状	社会資源活用状況
食 事	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯(有・無) 食事の種類 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 治療食 () 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)最終交換日(/) カテーテルの種類() サイズ(Fr) 栄養剤の種類() _____ ml × _____ 回/日 白湯 _____ ml × _____ 回/日	医療保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他() 医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> その他() 介護保険 認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中(/) 介護度 (要支援・1・2・3・4・5) 居宅介護支援事業所名・連絡先 _____ 担当介護支援専門員名 _____ 最近の在宅サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸し出し <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿便器(自立・介助) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(自立・介助) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パルン留置 カテーテルの種類() サイズ(Fr) 最終交換日(/) 最終排便日 (/) 緩下剤の使用() 便の性状 _____ 排便 _____ 回 _____ 日	
移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他	
清 潔	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 最終保清日(/)	
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 完全に通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 言語障害() <input type="checkbox"/> 聴覚障害() <input type="checkbox"/> 視力障害() <input type="checkbox"/> 補聴器 有・無 コミュニケーションの手段	かかりつけ医 (無・有) かかりつけ医名 _____ 次回外来受診予定(無・有) 外来主治医 病院名 _____ 主治医 _____ 受診日 / _____ 病院名 _____ 主治医 _____ 受診日 / _____ 病院名 _____ 主治医 _____ 受診日 / _____
医療装着物の管理	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> CAPD	
ドレーン挿入部等・処置部・装具・麻痺部位		記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
		発信元施設名 _____
		住 所 _____
		TEL・FAX _____
		担当部署 _____
		記 載 者 _____
		病棟責任者 _____
		患者・家族サイン _____

*以上よろしくお願ひ致します。なおご不明な点があればご連絡をお願いいたします。

送付日 年 月 日

安佐地区退院時情報提供シート

(送付元 → 送付先)

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
食事・栄養に関する現状/療養生活上の課題							
摂取状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 (<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養						
食事内容	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()					
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()					
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (とろみの粘度:)	水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明			
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない 特記事項:						
食事に関する特記事項							
身体・生活機能の現状/療養生活上の課題							
リハ	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)					
リハに関する特記事項							
歯科	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分 (上・下) <input type="checkbox"/> 総 (上・下)					
歯科に関する特記事項							
薬	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
服薬に関する特記事項							
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()						
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 ()		眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: 処置:) (部位: 処置:)						
社会資源							
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 障害名:						
	療育	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> B		精神	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()					介護保険の負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明
	有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日:) <input type="checkbox"/> 区分変更中 (申請日:)						介護保険負担程度額認定
退院後必要と思われるサービスについて	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 () <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 住宅改修 () <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> その他サービス (インフォーマル含む) () <input type="checkbox"/> 施設サービス ()						
かかりつけ 歯科							
かかりつけ 薬局							

入退院支援担当者: _____

シート記載者: _____

送付日 年 月 日

安佐地区退院時情報提供シート(解説版)

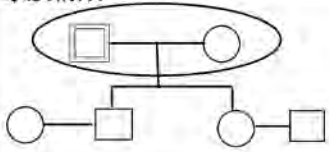
(送付元 → 送付先)

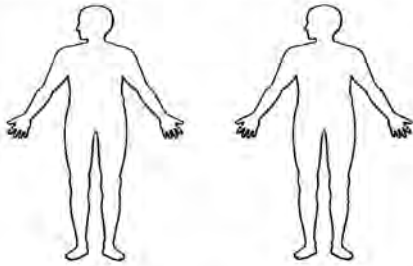
氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女	
食事・栄養に関する現状/療養生活上の課題								
摂取状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 (<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養							
食事内容	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()						
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()						
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (とろみの粘度:)	水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合:量を記載する。) <input type="checkbox"/> 不明				
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない 特記事項:							
食事に関する特記事項	<input type="checkbox"/> ・生活に備えた注意事項 ・本人、家族への指導内容 等を記載する。							
身体・生活機能の現状/療養生活上の課題								
リハ	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合:障害内容を記載する。)						
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)						
リハに関する特記事項	<input type="checkbox"/> ・具体的な介助内容 ・入院中のリハビリ内容(制限等) ・生活に備えた注意事項 ・本人、家族への指導内容 ・退院後に必要なリハビリテーション 等を記載する。							
歯科	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分(上・下) <input type="checkbox"/> 総(上・下)						
歯科に関する特記事項	<input type="checkbox"/> ・具体的な介助内容 ・口腔内の状況 ・生活に備えた注意事項 ・本人、家族の指導内容 ・退院後の治療方針 等を記載する。							
薬 服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
服薬に関する特記事項	<input type="checkbox"/> ・具体的な介助内容 ・必要と思われる薬剤上の工夫 ・生活に備えた注意事項 ・本人、家族への指導内容 等を記載する。							
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な問題(症状)を記載する。)							
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (不眠の場合:具体的な状態を記載する。)	眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合:薬剤名、飲み方等を記載する。)					
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: 処置:) (部位: 処置:)							
社会資源								
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 障害名:							
	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級							
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()					介護保険の負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明	
	有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日						介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
退院後必要と思われるサービスについて	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問介護							
	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ							
	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 ()							
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ()							
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> その他サービス(インフォーマル含む) ()		<input type="checkbox"/> ポイント■在宅では介護者の負担が大きくなることを配慮し、医療以外のサポートも確認することが必要である。					
	<input type="checkbox"/> 施設サービス ()							
かかりつけ 歯科								
かかりつけ 薬局								

入退院支援担当者: _____ シート記載者: _____

看護情報提供書（記入例）

B 居宅介護支援事業所 担当者様

フリガナ ○○ ○○ 氏名 A 様 男	主たる病名 慢性心不全急性増悪
M・T・(S)・H 13年 1月 1日生 83 歳	感染症 HBs (-) HCV (-)
入院期間 R3年8月30日 ~ R3年9月14日	MRSA (-) 検出部位 ()
住所 広島市安佐○○区○○ △丁目××	アレルギー (無)・有 ()
TEL 082-×××-××××	その他
家族状況 キーパーソン (○○○ □□□ 様) 主介護者 (妻) 連絡先 TEL ①0×0-××××-×××× 主介護者の健康状態 不良 ②0×0-××××-××××	家族構成 
既往歴 H 元年 高血圧症 H10 年 糖尿病 R 元年 5月1日 心不全 R3 年 1月 アルツハイマー型認知症	転院先・在宅療養上の本人・家族の希望 本人：早く家に帰りたい。デイケアに通いながらできるだけ家で元気に過ごしたい。妻や子どもたちにあまり迷惑をかけたくない。 家族：自宅退院を希望する。デイケアを利用しながらできるだけ自宅で過ごすことができればよいと思う。 (妻) できるだけ自分で歩いてトイレに行って欲しい。 (長女) 母親の介護の負担を減らしたい。
入院中等の経過 R3年8月30日慢性心不全の急性増悪のため入院となる。入院後安静の保持、点滴、内服による治療を実施し、利尿作用により胸水の減少、浮腫の改善、SpO2の改善(97%)あり。胸部症状なく経過する。認知症、下肢筋力の低下があり転倒リスクが高い状態であったが、ナースコールを押さずに行動することがあるため、入院中は夜間センサーマットを利用した。夜間不眠が見られたため、眠剤の使用、日中の覚醒を促した。症状安定後、リハビリテーション開始となった。現在病棟内は本人の持参した杖を使用し、見守りにて歩行可能となっている。入院中は減塩食(1日の食塩摂取量6g未満)を提供し、妻、長女へ管理栄養士による栄養指導を行った。主治医の許可あり、本人、家族の希望にて退院の運びとなる。	内服・点滴・その他 ・高血圧治療薬 ・糖尿病治療薬 ・利尿剤 ・認知症治療薬 ・眠剤
医師からの病状説明 本人・家族 心不全に対する治療を行いました。自宅でも内服を確実にを行い、食事、血圧、体重管理に気をつけ、デイケアで体を動かすことを続けましょう。	本人・家族の説明の受け取り方 本人：リハビリテーションを通じて身体を動かすことに対する意欲の向上がみられた。分かりやすい言葉で繰り返し説明を行った。説明に対する反応はよいがアルツハイマー型認知症のため、記憶にとどめることが十分にできない。 家族：妻、長女へ疾患、今後の治療、生活上の注意点について説明し理解を得た。家族は今後も自宅でのリハビリテーションの継続を希望している。
継続される問題 内服の中断、食塩摂取過多による心不全の増悪、認知機能の低下、QOLの低下の可能性がある。	

	現 状	社会資源活用状況
食 事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 (有・無) 食事の種類 <input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 治療食 (減塩食 (1日の食事摂取量6g未満)) 経管栄養 (経鼻・胃瘻・腸瘻) 最終交換日(/) カテーテルの種類 () サイズ (F r) 栄養剤の種類 () _____ml × _____回/日 白湯 _____ml × _____回/日	医療保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (後期高齢) 医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> その他 () 介護保険 認定 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 (/) 介護度 (要介護1) 居宅介護支援事業所名・連絡先 B 居宅介護支援事業所 082-×××-×××× 担当介護支援専門員名 C 最近の在宅サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 通所サービス <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具の貸し出し <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input checked="" type="checkbox"/> その他 広島市はいかい高齢者等 SOS ネットワーク登録
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿便器 (自立・介助) <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ (自立・介助) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン留置 カテーテルの種類 () サイズ (F r) 最終交換日(/) 最終排便日 (9/13) 緩下剤の使用 (なし) 便の性状 普通便 排便 1回 2日	
移 動	<input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助) <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他	
清 潔	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 最終保清日 (9/13)	
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 完全に通じる <input checked="" type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 言語障害 () <input type="checkbox"/> 聴覚障害 () <input checked="" type="checkbox"/> 視力障害 (眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 補聴器 有・無 コミュニケーションの手段 会話	かかりつけ医 (無・有) かかりつけ医名 D 内科 D 医師 次回外来受診予定 (無・有) 外来主治医 病院名 主治医 受診日 /
医療装着物の管理	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> CAPD	病院名 主治医 受診日 / 病院名 主治医 受診日 /
ドレーン挿入部等・処置部・装具・麻痺部位		記載年月日 R3年 9月 14日
		発信元施設名 F 総合病院
		住 所 広島市安佐〇〇区
		TEL・FAX 082-×××-××××
		担当部署 △
		記 載 者 □□□ □□□
		病棟責任者 ○○ ○○
		患者・家族サイン ○○○ □□□

*以上よろしくお願ひ致します。なおご不明な点があればご連絡をお願いいたします。

広島看護協会広島北支部共通 2004.12作成

安佐地区退院時情報提供シート(記入例)

(送付元 **F総合病院** → 送付先 **B居宅介護支援事業所**)

氏名	ふりがな 〇〇 〇〇 A	生年月日	1938 年 1 月 1 日	年齢	83 歳	性別	(男)・女	
食事・栄養に関する現状/療養生活上の課題								
摂取状況	<input checked="" type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 (<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養							
食事内容	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()						
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()						
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (とろみの粘度: 弱)	水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明				
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない 特記事項: お茶などの水分でむせることがある。							
食事に関する特記事項	・減塩食(1日の食塩摂取量6g未満)を提供した。妻、長女へ塩分量、減塩のポイント(酸味や香辛料の使用等)、血糖値の安定の為にも、主食、主菜、副食がバランス良くとれるよう指導を行った。・お茶などの水分にとろみを使用したため、妻、長女へとろみ調整食品の情報提供を行った。							
身体・生活機能の現状/療養生活上の課題								
リハ	移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	高次脳機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()						
	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)						
リハに関する特記事項	・状態安定後、ベッド上のストレッチからリハビリテーションを開始し、その後歩行訓練を行った。歩行時には息切れの確認を行った。下肢筋力の低下、認知機能の低下があったため、歩行時には近くでの見守り、転倒注意に関する声かけを行った。・妻、長女へ退院後のリハビリテーションの継続と禁煙の必要性を説明した。							
歯科	口腔ケア	<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						
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 部分 (<input checked="" type="checkbox"/> 上 <input checked="" type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 総 (上・下)						
歯科に関する特記事項	・食後本人が機嫌が良いときに口腔ケアを行った。・妻、長女へ部分義歯の不具合があり、口腔内が不衛生であったため、退院後の継続した歯科受診の必要性を説明した。・妻へ誤嚥予防のため、椅子に深く腰をかけた安定した姿勢で口腔ケアを行うよう指導した。							
薬	服薬管理	<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						
服薬に関する特記事項	・本人が認知機能の低下により、内服を覚えることができないため、一包化し、毎食後手渡しをした。妻、長女へ、薬の効果、必要性を説明し、お薬カレンダーの使用や内服時の声かけを行うよう指導した。							
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (認知機能の低下やもの忘れがある。)							
夜間の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (眠剤内服にて6時間程度)		眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (〇〇〇 (就寝前))				
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: 処置:) (部位: 処置:)							
社会資源								
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 障害名:							
	<input type="checkbox"/> 療育 <input checked="" type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級							
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ()					介護保険の負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明	
	有効期限: 令和3年2月1日～令和4年2月28日					介護保険負担限度額認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
退院後必要と思われるサービスについて	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問介護							
	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ							
	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (玄関、ベッドサイド手すり) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 ()							
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ()							
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input checked="" type="checkbox"/> その他サービス(インフォーマル含む) (認知症カフェ、広島市はいかい高齢等SOSネットワーク、配食サービス)							
	<input type="checkbox"/> 施設サービス ()							
かかりつけ歯科	H歯科医院							
かかりつけ薬局	I薬局							

入退院支援担当者: Gソーシャルワーカー

シート記載者: □□ □□

送付日 年 月 日

安佐地区退院時情報提供シート

(送付元

→ 送付先

)

氏名	ふりがな	生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
住所						電話			
						携帯電話			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所			電話番号			
	①								
	②								
家族構成図		家族状況	キーパーソン	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 緊急連絡先② <input type="checkbox"/> その他 ()					
主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性 手書き可			主介護者	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 緊急連絡先② <input type="checkbox"/> その他 () 介護者の健康状態: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()					
			世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦のみ <input type="checkbox"/> 高齢夫婦と子 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他 ()			家族構成員数		
			<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 名 <input type="checkbox"/> 日中独居					
		家族との関係・介護力等	家族との関係: <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い 介護力: <input type="checkbox"/> 介護力が見込める <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない						
主たる病名						感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA 検出部位:		
入院期間						アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
既往歴	時期	疾患名			医療機関				
入院中の経過					内服・点滴・その他				
手術: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名)									
医師からの病状説明					継続される問題・問題に対する助言				
	告知の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
本人の受け取り方・理解度					家族の受け取り方・理解度				
転院先・在宅療養上の本人の希望					転院先・在宅療養上の家族の希望				

食事・栄養の現状/療養生活上の課題	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
摂取状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 (<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 栄養の種類: () kcal × 回/日 白湯: () ml × 回/日 最終交換日: / /
食事内容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()
	副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> パーセント <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()
	水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (とろみの粘度:)
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない
治療食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容:
水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明
食事に関する特記事項	
身体・生活機能の現状/療養生活上の課題	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動方法	動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	補助具 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助)
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン留置 カテーテルの種類 () サイズ () Fr 最終交換日 (/ /)
	緩下剤の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 便の性状: 排便の頻度: 回/日 最終排便日: / /
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 最終保清日: / /
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
嚙歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分 (上・下) <input type="checkbox"/> 総 (上・下)
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
コミュニケーション	高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 特記事項:
	視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
ドレーン挿入部等・処置部・装具・麻痺部位 	認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり HDS-R: 点 <input type="checkbox"/> 不明 MMSE: 点
	夜間の状態 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 ()
	服薬使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	麻痺の状況 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位:
	褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位: 処置:
退院後に継続が必要な医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル(留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> その他 ()

社会資源			
保険等情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> その他 ()		
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級	障害名: _____	
	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()		介護保険の負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明
	有効期限: _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日: _____) <input type="checkbox"/> 区分変更中 (申請日: _____)		介護保険負担程度認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
居宅介護支援事業所・入所施設名等		担当介護支援専門員・相談員等	連絡先
退院後必要と思われるサービスについて	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 () <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 住宅改修 () <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> その他サービス(インフォーマル含む) () <input type="checkbox"/> 施設サービス ()		
	連絡事項・その他		
次回外来受診予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/)	かかりつけ医	
外来主治医	①	かかりつけ歯科	
	②	かかりつけ薬局	
発信元施設名			
住所			
TEL・FAX			
記載者	担当部署	病棟責任者	
入退院支援担当者			
記載年月日	_____年 _____月 _____日		
患者・家族サイン			

送付日 年 月 日

安佐地区退院時情報提供シート(解説版)

(送付元

→ 送付先

)

氏名	ふりがな	生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
住所						電話				
						携帯電話				
緊急連絡先	氏名	続柄	住所			電話番号				
	①									
	②									
家族構成図		家族状況	キーパーソン	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 緊急連絡先② <input type="checkbox"/> その他 ()						
<small>主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性</small> <div style="border: 1px dashed red; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">同居を囲む</div>			主介護者	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 緊急連絡先② <input type="checkbox"/> その他 () 介護者の健康状態: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()						
			世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦のみ <input type="checkbox"/> 高齢夫婦と子 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 施設					家族構成員数	
			家族との関係・介護力等	家族との関係: <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い 介護力: <input type="checkbox"/> 介護力が見込める <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない						
主たる病名						感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA 検出部位:			
入院期間						アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
既往歴	時期	疾患名	医療機関							
入院中の経過					内服・点滴・その他					
手術: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名: ありの場合:手術名を記載する。)										
医師からの病状説明	告知の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				継続される問題・問題に対する助言	本人・家族が、安心した生活の継続ができ、QOLの向上につなげるため、どのような支援が必要か、退院後の生活を見据えた注意事項等を記載する。				
本人の受け取り方・理解度	ポイント ■本人・家族の病状や治療の理解度、希望する生活場所の意思決定プロセスを確認することが、生活の継続には不可欠である。				家族の受け取り方・理解度					
転院先・在宅療養上の本人の希望					転院先・在宅療養上の家族の希望					

食事・栄養の現状/療養生活上の課題	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
摂取状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 (<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 最終交換日: / 栄養の種類: () kcal × 回/日 白湯: () ml × 回/日
食事内容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()
	副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> パーセント <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()
	水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (とろみの粘度:)
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない
治療食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容:
水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明
食事に関する特記事項	・生活に備えた注意事項・本人、家族への指導内容等を記載する。
身体・生活機能の現状/療養生活上の課題	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動方法	動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	補助具 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす(<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助)
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン留置 カテーテルの種類 () サイズ () Fr 最終交換日 (/)
	緩下剤の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 便の性状: 排便の頻度: 回 日
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分 (上・下) <input type="checkbox"/> 総 (上・下)
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
コミュニケーション	高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合: 障害内容を記載する。)
	言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 特記事項:
	視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
ドレーン挿入部等・処置部・装具・麻痺部位 	認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり HDS-R: 点 <input type="checkbox"/> 不明 MMSE: 点
	夜間の状態 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (不眠の場合: 具体的な状態を記載する。)
	眼剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合: 薬剤名、飲み方等を記載する。)
	麻痺の状況 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位:
	褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位: 処置:
退院後に継続が必要な医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスプレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル(留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> その他 ポイント■退院後の医療処置継続が確実に実行されるよう記載する。

社会資源				
保険等情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> その他 ()			
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級	障害名:	
	<input type="checkbox"/> 療育	<input type="checkbox"/> ㉠ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ㉢ <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()		介護保険の負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明
	有効期限:		介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
申請中 (申請日:)	区分変更中 (申請日:)			
居宅介護支援事業所・入所施設名等		担当介護支援専門員・相談員等	連絡先	
退院後必要と思われるサービスについて	<input type="checkbox"/> 訪問診療		<input type="checkbox"/> 訪問看護	
	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	
	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導		<input type="checkbox"/> 訪問介護	
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療		<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導		<input type="checkbox"/> 通所介護	
	<input type="checkbox"/> 施設サービス ()		<input type="checkbox"/> ショートステイ	
	<input type="checkbox"/> その他サービス(インフォーマル含む) ()		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()	
		<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 ()		
連絡事項・その他				
次回外来受診予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/)		かかりつけ医	
外来主治医	①		かかりつけ歯科	
	②		かかりつけ薬局	
発信元施設名				
住所				
TEL・FAX				
記載者		担当部署		病棟責任者
入退院支援担当者				
記載年月日	年 月 日			
患者・家族サイン	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">患者・家族へ説明し、署名をいただく。</div>			

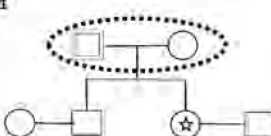
障害支援区分等を記載する。

ポイント■在宅では介護者の負担が大きくなることを配慮し、医療以外のサポートも確認することが必要である。

送付日 R3 年 9 月 14 日

安佐地区退院時情報提供シート(記入例)

(送付元 F総合病院 → 送付先 B居宅介護支援事業所)

氏名	ふりがな ○○ ○○	生年月日	1938 年 1 月 1 日		年齢	83 歳	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	
	A								
住所	広島市安佐〇〇区〇〇 Δ丁目××				電話	082-×××-××××			
					携帯電話	0×0-××××-××××			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号				
	①	〇〇〇 □□□	長女	広島市安佐〇〇区〇〇 〇丁目		0×0-××××-××××			
	②	〇〇〇 ××	長男	広島市〇区 Δ丁目		0×0-××××-××××			
家族構成図		家族状況	キーパーソン	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 緊急連絡先② <input type="checkbox"/> その他 ()					
<small>主:主介護者 次:キーパーソン ○:女性 □:男性</small> 			主介護者	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 緊急連絡先② <input checked="" type="checkbox"/> その他 (妻)					
			世帯構成	介護者の健康状態: <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 ()				家族構成員数	2 名
			家族との関係・介護力等	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢夫婦のみ <input type="checkbox"/> 高齢夫婦と子 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 施設 家族との関係: <input type="checkbox"/> 良い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い 介護力: <input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない				<input type="checkbox"/> 日中独居	
主たる病名	慢性心不全急性増悪				感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA 検出部位:			
入院期間	R3年8月30日～令和3年9月14日				アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
既往歴	時期	疾患名	医療機関						
	H元年	高血圧症	D内科						
	H10年	糖尿病	D内科						
	R元年5月1日	心不全	D内科						
	R3年1月	アルツハイマー型認知症	D内科						
入院中の経過			内服・点滴・その他						
R3年8月30日慢性心不全の急性増悪のため入院となる。入院後安静の保持、点滴、内服による治療を実施し、利尿作用により胸水の減少、浮腫の改善、SPO2の改善(97%)あり。胸部症状なく経過する。認知症、下肢筋力の低下があり転倒リスクが高い状態であったが、ナースコールを押さずに行動することがあるため、入院中は夜間センサーマットを利用した。夜間不眠が見られたため、眠剤の使用、日中の覚醒を促した。症状安定後、リハビリテーション開始となった。現在病棟内は本人の持参した杖を使用し、見守りにて歩行可能となっている。入院中は減塩食(1日の食塩摂取量6g未満)を提供し、妻、長女へ管理栄養士による栄養指導を行った。主治医の許可あり、本人、家族の希望にて退院の運びとなる。			・高血圧治療薬 ・糖尿病治療薬 ・利尿剤 ・認知症治療薬 ・眠剤						
手術: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名:)									
医師からの病状説明	心不全に対する治療を行いました。自宅でも内服を確実にし、食事、血圧、体重管理に気をつけ、デイケアで体を動かすことを続けましょう。 告知の有無: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		継続される問題・問題に対する助言	内服の中断、食塩摂取過多による心不全の増悪、認知機能の低下、QOLの低下の可能性があるので、介護保険サービスの利用、専門職の指導、支援を受けるよう助言した。					
本人の受け取り方・理解度	リハビリテーションを通じて身体を動かすことに対する意欲の向上がみられた。分かりやすい言葉で繰り返し説明を行った。説明に対する反応はよいが、アルツハイマー型認知症のため、記憶にとどめることが十分にできない。		家族の受け取り方・理解度	妻、長女へ疾患、今後の治療、生活上の注意点について説明し理解を得た。家族は今後も自宅でのリハビリテーションの継続を希望している。					
転院先・在宅療養上の本人の希望	早く家に帰りたい。デイケアに通いながらできるだけ家で元気に過ごしたい。妻や子どもたちにあまり迷惑をかけたくない。		転院先・在宅療養上の家族の希望	(妻、長女)自宅退院を希望する。デイケアを利用しながらできるだけ自宅で過ごすことができればよいと思う。(妻)できるだけ自分で歩いてトイレに行きたくしたい。(長女)母親の介護の負担を減らしたい。					

食事・栄養の現状/療養生活上の課題	
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
摂取状況	<input checked="" type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 (<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 最終交換日: / / 栄養の種類: () kcal × 回/日 白湯: () ml × 回/日
食事内容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()
	副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()
	水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (とろみの粘度: 弱)
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない
治療食	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 内容: 減塩食(1日の食事摂取量6g未満)
水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明
食事に関する特記事項	・減塩食(1日の食事摂取量6g未満)を提供した。妻、長女へ塩分量、減塩のポイント(酸味や香辛料の使用等)、血糖値の安定の為にも主食、主菜、副食がバランスがとれるよう指導を行った。・お茶などの水分にとろみを使用したため、妻、長女へとろみ調整食品の情報提供を行った。
身体・生活機能の現状/療養生活上の課題	
移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動方法	動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	補助具 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input checked="" type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす(<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助)
排泄	<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 <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン留置 カテーテルの種類 () サイズ () Fr 最終交換日 (/)
	緩下剤の使用: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 便の性状: 普通便 排便の頻度: 1 回 2 日
入浴	<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 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭
更衣	<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
口腔ケア	<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
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 部分 (上・下) <input type="checkbox"/> 総 (上・下)
服薬管理	<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
コミュニケーション	高次脳機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	言語 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 特記事項:
	視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (意欲の低下やもの忘れがある。)
 ドレーン挿入部等・処置部・装具・麻痺部位	認知症 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり HDS-R: 16 点 <input type="checkbox"/> 不明 MMSE: 点
	夜間の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (眠剤内服にて6時間程度)
	眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (○○○(就寝前))
	麻痺の状況 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位:
	褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位: 処置:
退院後に継続が必要な医療処置	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル(留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> その他 ()

社会資源				
保険等情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> その他 ()			
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 障害名:			
	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1)		介護保険の負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明
	有効期限: 令和3年2月1日~令和4年2月28日		介護保険負担限度額認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
居宅介護支援事業所・入所施設名等	B居宅介護支援事業所		担当介護支援専門員・相談員等	C
			連絡先	082-×××-××××
退院後必要と思われるサービスについて	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問介護			
	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ			
連絡事項・その他	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与(玄関、ベッドサイド手すり) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入()			
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ()			
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input checked="" type="checkbox"/> その他サービス(インフォーマル含む)(認知症カフェ、広島市はいいかい高齢者等SOSネットワーク、配食サービス)			
	<input type="checkbox"/> 施設サービス ()			
連絡事項・その他 ・入院中より心不全手帳の利用を開始した。・禁煙を指導した。				
次回外来受診予定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/)		かかりつけ医	D内科 D医師
外来主治医	①		かかりつけ歯科	H歯科医院
	②		かかりつけ薬局	I薬局
発信元施設名	F総合病院			
住所	広島市安佐〇〇区			
TEL・FAX	082-×××-×××× 082-×××-××××			
記載者	□□ □□	担当部署	△	病棟責任者
入退院支援担当者	Gソーシャルワーカー			
記載年月日	R3 年 9 月 14 日			
患者・家族サイン	〇〇〇 □□□			

初回連絡シート

ケアマネジャー ⇒ 病院・診療所 歯科診療所 薬局

添付文書 (本票含む)	枚
----------------	---

先生 御侍史 (送付先FAX:)

私は、下記の患者様の担当ケアマネジャーとなりました。
今後、ケアプラン作成や介護サービスの利用等についてご意見、ご指導をいただきますよう
よろしく申し上げます。

《本票送付の目的》 連絡 相談 報告 返信願います 返信不要です

ふりがな		性別	生年月日	年	月	日	年齢	歳
氏名		男・女						
要介護度	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中・区変中・未申請							
ケアマネジャーからの質問・連絡等								
添付書類	<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> 週間計画表 <input type="checkbox"/> その他 ()							

ご回答欄

◆先生へのご連絡の際ご都合の良い方法について教えてください

電話 (時頃) FAX E-mail ()

◆質問のご回答、その他ご意見等をお聞かせください

ご回答 ご意見等	
	年 月 日

◆ケアマネジャーから欲しい情報のご希望をお伺いいたします

--

◆下記へご回答(送付)をお願いいたします◆

事業所名	電話 (時頃)	FAX
担当ケアマネジャー	E-mail	

※個人情報につき取り扱いにはご注意ください。
※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。
令和3年度改訂

安佐医師会連絡シート
(安佐歯科医師会・安佐薬剤師会 共用)

送付日 令和3年4月1日

初回連絡シート（記入例）

ケアマネジャー ⇒ 病院・診療所 歯科診療所 薬局

D内科

添付文書 (本票含む)	1 枚
----------------	-----

D 先生 御侍史 (送付先FAX: 082-XXXX-XXXX)

私は、下記の患者様の担当ケアマネジャーとなりました。
今後、ケアプラン作成や介護サービスの利用等についてご意見、ご指導をいただきますよう
よろしくお願ひします。

《本票送付の目的》 連絡 相談 報告 返信願ひます 返信不要です

ふりがな	〇〇 〇〇	性別		生年月日	1938年1月1日	年齢	83歳
氏名	A	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女					
要介護度	事業対象者 要支援1・2 要介護①・2・3・4・5・申請中・区変中・未申請						
ケアマネジャーからの質問・連絡等 介護保険の認定結果が出たため自宅を訪問し、ご本人、奥様と今後の支援についてお話をさせていただきました。令和2年頃より自宅に閉じこもって生活をされています。閉じこもり予防と筋力向上が必要と考え、デイケア利用についての可否、併せて高血圧、糖尿病、心不全の治療中のため、日常生活上の留意点についてもご意見をお聞かせください。 どうぞよろしくお願ひいたします。							
添付書類	<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> 週間計画表 <input type="checkbox"/> その他 ()						

ご回答欄

◆先生へのご連絡の際ご都合の良い方法について教えてください

電話 (時頃) FAX E-mail ()

◆質問のご回答、その他ご意見等をお聞かせください

ご回答 ご意見等	デイケア利用については望ましいと思ひますので進めてください。 高血圧、心不全については減塩食とし、糖尿病については日々の食事摂取量を確認してください。 リハビリについては室内は遠い歩きで耐久力が低下しているため、無理のない範囲で徐々に負荷を上げていくようにしてください。
	令和3年4月1日

◆ケアマネジャーから欲しい情報のご希望をお伺ひいたします

本人の状態が変わった時やケアプラン作成時、変更時には連絡をください

◆下記へご回答（送付）をお願ひいたします◆

事業所名	電話 (12 時頃)	FAX
B 居宅介護支援事業所	082-XXXX-XXXX	082-XXXX-XXXX
担当ケアマネジャー	E-mail	
C	*****@*****	

※個人情報につき取り扱ひにはご注意ください。
※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。
令和3年度改訂

多職種連絡シート①

送付元 _____ ⇒ 病院・診療所 歯科診療所 薬局

添付文書 (本票含む)	枚
----------------	---

(職種: _____)

様 (送付先FAX: _____)

<本票送付の目的> <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 返信	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
---	---

◆ケアマネジャー等記載欄◆

ふりがな		性別	生年 月日	年	月	日	年齢	歳
氏名		男・女						
要介護度	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中・区変中・未申請							
<内容> <input type="checkbox"/> 受診状況 <input type="checkbox"/> 状況変化報告 <input type="checkbox"/> サービス利用について <input type="checkbox"/> 介護保険見直しについて <input type="checkbox"/> その他 (_____)								

◆医師等記載欄◆

<内容>		
年 月 日		

◆下記へご回答(送付)をお願いいたします◆

事業所名	電話 (_____ 時頃)	FAX
担当者名(職種: _____)	E-mail	

※個人情報につき取り扱いにはご注意ください。
 ※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。
 令和3年度改訂

安佐医師会連絡シート
(安佐歯科医師会・安佐薬剤師会 共用)

送付日 令和3年 8 月 30 日

多職種連絡シート① (記入例)

送付元 E テイクア ⇒ 病院・診療所 歯科診療所 薬局

D 内科

添付文書 (本票含む)	1 枚
----------------	-----

(職種：医師)

D 様

(送付先FAX： 082-XXXX-XXXX)

<<本票送付の目的>> <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input checked="" type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 返信	<input checked="" type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
---	--

◆ケアマネジャー等記載欄◆

ふりがな	〇〇 〇〇	性別	生年 月日	1938 年 1 月 1 日	年齢	83 歳
氏名	A	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女				
要介護度	事業対象者 要支援 1・2 要介護 ①・2・3・4・5・申請中・区変中・未申請					
<内容>	<input type="checkbox"/> 受診状況 <input checked="" type="checkbox"/> 状況変化報告 <input type="checkbox"/> サービス利用について <input type="checkbox"/> 介護保険見直しについて <input type="checkbox"/> その他 ()					
本日のA様のテイクアでの状況を報告します。テイクアは週2回利用の計画ですが、最近は本人が行きたがらないとのことで休みがちでした。本日来所されましたが、労作時の息切れや両下肢の浮腫を認めました。また、1週間で体重が2キロ増加し、SPO ₂ ：92～93%への低下が見られました。ご家族と連絡がとれ、受診を勧めたところ、本日ご家族と一緒に受診されます。よろしく願います。						

◆医師等記載欄◆

<内容>
〇〇様 拝診しました。ご指摘の通り心不全の増悪を認め、胸部x線写真でも胸水の貯留を確認しました。早速緊急でF総合病院循環器内科に紹介し、そのまま入院となりました。今後ともよろしく願います。
D内科 医師 D
令和3年 8 月 31 日

◆下記へご回答(送付)をお願いいたします◆

事業所名	電話 (14 時頃)	FAX
E テイクア	082-XXXX-XXXX	082-XXXX-XXXX
担当者名(職種：看護師)	E-mail	
〇〇 〇〇	*****@*****	

※個人情報につき取り扱いはご注意ください。
 ※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。
 令和3年度改訂

多職種連絡シート②

添付文言 (本票含む)	枚
----------------	---

(送付先)
事業所名

様

(発信元)

医療機関・薬局名
所在地
氏名
職種
電話番号
FAX番号
E-mail

(送付先FAX : _____)

≪本票送付の目的≫ <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 返信	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
--	---

◆医療機関等記載欄◆

ふりがな	性別	生年 月日	年 月 日	年齢	歳		
氏名	男・女						
<内容> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 認知症の程度 <input type="checkbox"/> 生活の様子 <input type="checkbox"/> 通所サービスでの様子 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 本人・家族の意向 <input type="checkbox"/> 週間予定表 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他 </td> <td style="vertical-align: top; text-align: center;"> 具体的に確認したい内容 </td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 認知症の程度 <input type="checkbox"/> 生活の様子 <input type="checkbox"/> 通所サービスでの様子 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 本人・家族の意向 <input type="checkbox"/> 週間予定表 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他	具体的に確認したい内容
<input type="checkbox"/> 認知症の程度 <input type="checkbox"/> 生活の様子 <input type="checkbox"/> 通所サービスでの様子 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 本人・家族の意向 <input type="checkbox"/> 週間予定表 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他	具体的に確認したい内容						
診療予定日	年 月 日	予約時間	有・無	:			

◆ケアマネジャー等記載欄◆

要介護度	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中・区変中・未申請
<内容> 	
年 月 日	
事業所名	電話 (時 頃) FAX
担当者名 (職種 : _____)	E-mail

※個人情報につき取り扱いはご注意ください。
 ※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。
 令和3年度改訂

安佐医師会連絡シート
(安佐歯科医師会・安佐薬剤師会 共用)

送付日 令和3年 4 月 30 日

多職種連絡シート② (記入例)

添付文書 (本票含む)	1 枚
----------------	-----

(送付先)

事業所名

B 居宅介護支援事業所

C 様

(発信元)

医療機関・薬局名 D 内科

所在地 安佐〇区〇〇〇〇

氏名 D

職種 医師

電話番号 082-XXXX-XXXX

FAX 番号 082-XXXX-XXXX

E-mail *****@*****

(送付先FAX: 082-XXXX-XXXX)

《本票送付の目的》 相談 報告 返信 返信願います 返信不要です

◆医療機関等記載欄◆

ふりがな	〇〇 〇〇	性別		生年月日	1938 年 1 月 1 日	年齢	83 歳
氏名	A	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女					
<p>＜内容＞</p> <p style="text-align: center;">具体的に確認したい内容</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症の程度</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 生活の様子</p> <p><input type="checkbox"/> 通所サービスでの様子</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 内服管理</p> <p><input type="checkbox"/> 本人・家族の意向</p> <p><input type="checkbox"/> 週間予定表</p> <p><input type="checkbox"/> ケアプラン</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>本日、受診をされましたが、血圧が180/100と高く、Aさんと妻に服薬の確認をしたが、返答が曖昧で服薬状況が分からなかったため、自宅での服薬状況と併せて生活についても教えてください。</p>							
診療予定日	令和3 年 5 月 14 日	予約時間	有・ <input checked="" type="radio"/> 無				

▶ケアマネジャー等記載欄▶

要介護度	事業対象者 要支援 1・2 要介護①・2・3・4・5・申請中・区変中・未申請
<p>＜内容＞</p> <p>いつもお世話になっております。</p> <p>服薬状況については、ご本人が自己管理しており飲み忘れがあるようです。次回訪問時に残薬の確認を行いたいと思います。</p> <p>生活面については、3食食べていますが食欲がなく味の濃い物を好まれています（ご飯は茶碗3分の1、漬物、しょうゆたっぷりの冷奴、味の濃い味噌汁を毎食）。</p> <p>毎日、煙草を10本吸い、日本酒を1合飲んでます。禁煙を勧めていますが全く止める気配はありません。</p> <p>残薬を確認しましたらご連絡させていただきます。</p>	
令和3 年 4 月 30 日	
事業所名	電話 (12 時頃) FAX
B 居宅介護支援事業所	082-XXXX-XXXX 082-XXXX-XXXX
担当者名 (職種: ケアマネジャー)	E-mail
C	*****@*****

※個人情報につき取り扱いにはご注意ください。
※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。
令和3年度改訂

多職種連絡シート② (記入例)

添付文言 (本票含む)	1 枚
----------------	-----

(送付先)

事業所名

Eデイケア

〇〇 〇〇 様

(発信元)

医療機関・薬局名 D内科
所在地 安佐〇区〇〇〇〇
氏名 D
職種 医師
電話番号 082-XXXX-XXXX
FAX番号 082-XXXX-XXXX
E-mail *****@*****

(送付先FAX: 082-XXXX-XXXX)

《本票送付の目的》 相談 報告 返信 返信願います 返信不要です

◆医療機関等記載欄◆

ふりがな	〇〇 〇〇	性別		生年月日	1938年 1月 1日	年齢	83歳
氏名	A	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女					
<p><内容></p> <input type="checkbox"/> 認知症の程度 <input type="checkbox"/> 生活の様子 <input checked="" type="checkbox"/> 通所サービスでの様子 <input checked="" type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 本人・家族の意向 <input type="checkbox"/> 週間予定表 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他		<p>具体的に確認したい内容</p> <p>本日、受診をされましたが、血圧が180/100と高く、Aさんと妻に服薬の確認をしたが、返答が曖昧で服薬状況が分からなかったため、デイケアでの服薬状況と併せて血圧と体重のデータについて教えてください。</p>					
診療予定日	令和3年 5月 14日	予約時間	有・ <input checked="" type="radio"/> 無				

◆ケアマネジャー等記載欄◆

要介護度	事業対象者 要支援 1・2 要介護 <input checked="" type="radio"/> 1・2・3・4・5・申請中・区変中・未申請		
<p><内容></p> <p>いつもお世話になっております。 デイケアは週2日利用されておられます。昼食後の菓がないためデイケアで菓の服用は行っておりません。奥様からは自宅での薬は時々飲み忘れがあると聞いております。前回利用時、4月26日の血圧は165/95です。血圧は比較的高く150~160/90~95程度で推移しています。体重は前回測定時4月26日の時点で50kg。ここ1か月で体重の変動はありません。ご本人物忘れがあり記憶が曖昧ですので、その都度声をかけさせていただき過ぎていただいております。時々、排尿の失敗があり紙パンツの履き替えをお手伝いさせていただくこともあります。引き続きどうぞよろしくお願いいたします。</p> <p style="text-align: right;">令和3年 4月 30日</p>			
事業所名	Eデイケア	電話 (14時頃)	FAX
		082-XXXX-XXXX	082-XXXX-XXXX
担当者名(職種: 看護師)	E-mail		
〇〇 〇〇	*****@*****		

※個人情報につき取り扱いはご注意ください。
 ※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。
 令和3年度改訂

II-2 連携の流れ（標準的なケース）

入院（入院予約時）から退院までの連携に関する5つの標準的なケースの流れをフローチャート図に表す。個々のケースによって、業務の手順等が変わる場合がある他、医療機関の機能によって流れの速度が異なる。フローチャート図の中にある☒はII-3フローチャート各項目の留意事項の欄に記載。

5つの標準的なケースの想定例は下記の通り。

（1）退院支援が必要な場合で、患者に担当ケアマネジャーがいるケース

介護保険の認定を受けており、入院前から介護サービスを受けていた。

入院スクリーニングによるアセスメント、多職種カンファレンスにおいて、退院に何らかの問題・不安があり、入退院支援担当者による退院支援が必要と判断された。

（2）退院支援が必要な場合で、患者に担当ケアマネジャーがいないケース

介護保険の認定を受けておらず、入院前は介護サービスを利用していなかった。入院スクリーニングによるアセスメント、多職種カンファレンスにおいて、退院に何らかの問題・不安があり、入退院支援担当者による退院支援が必要と判断された。

（3）転院または施設入所が必要なケース

治療やリハビリ目的または療養目的での入院継続や施設入所が必要と判断された。

（4）回復期リハビリテーション病棟

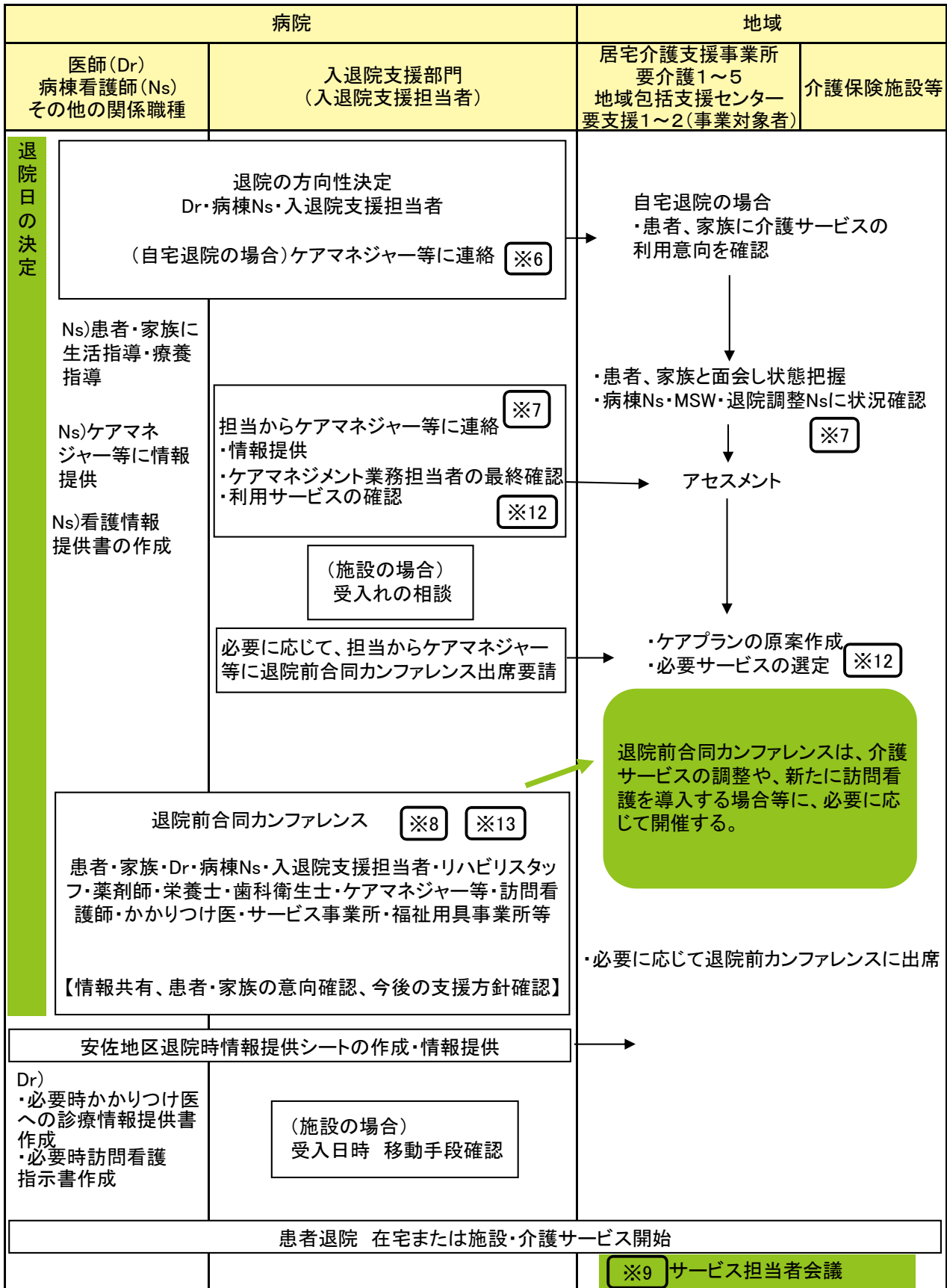
（5）患者に担当ケアマネジャーがおり、退院支援が必要ないケース

介護保険の認定を受けていたが、退院に問題・不安がないため退院支援は行わず、担当ケアマネジャーとの情報共有のみ行う。

(1) 退院支援が必要な場合で、患者に担当するケアマネジャーがいるケース

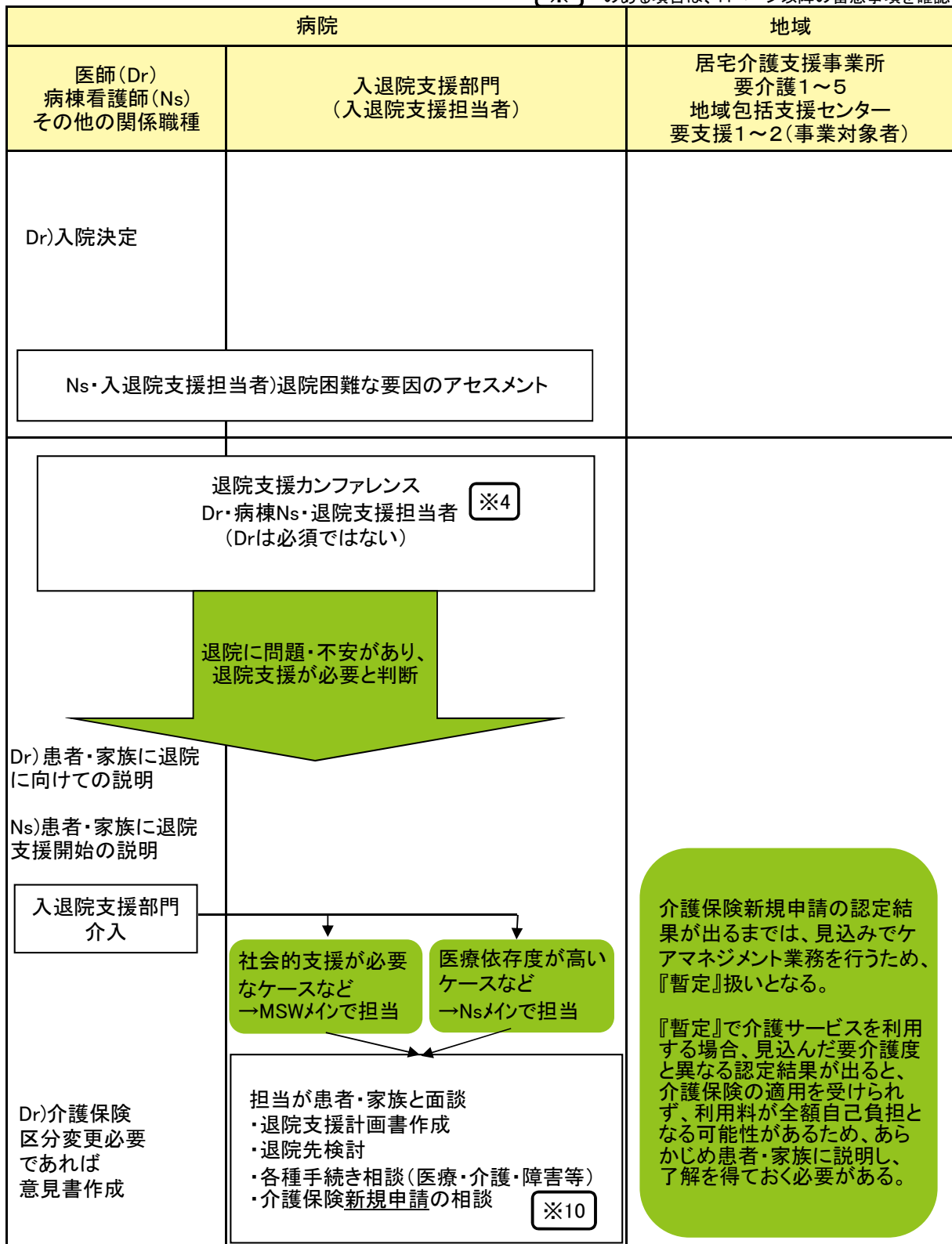
※ のある項目は、44ページ以降の留意事項を確認

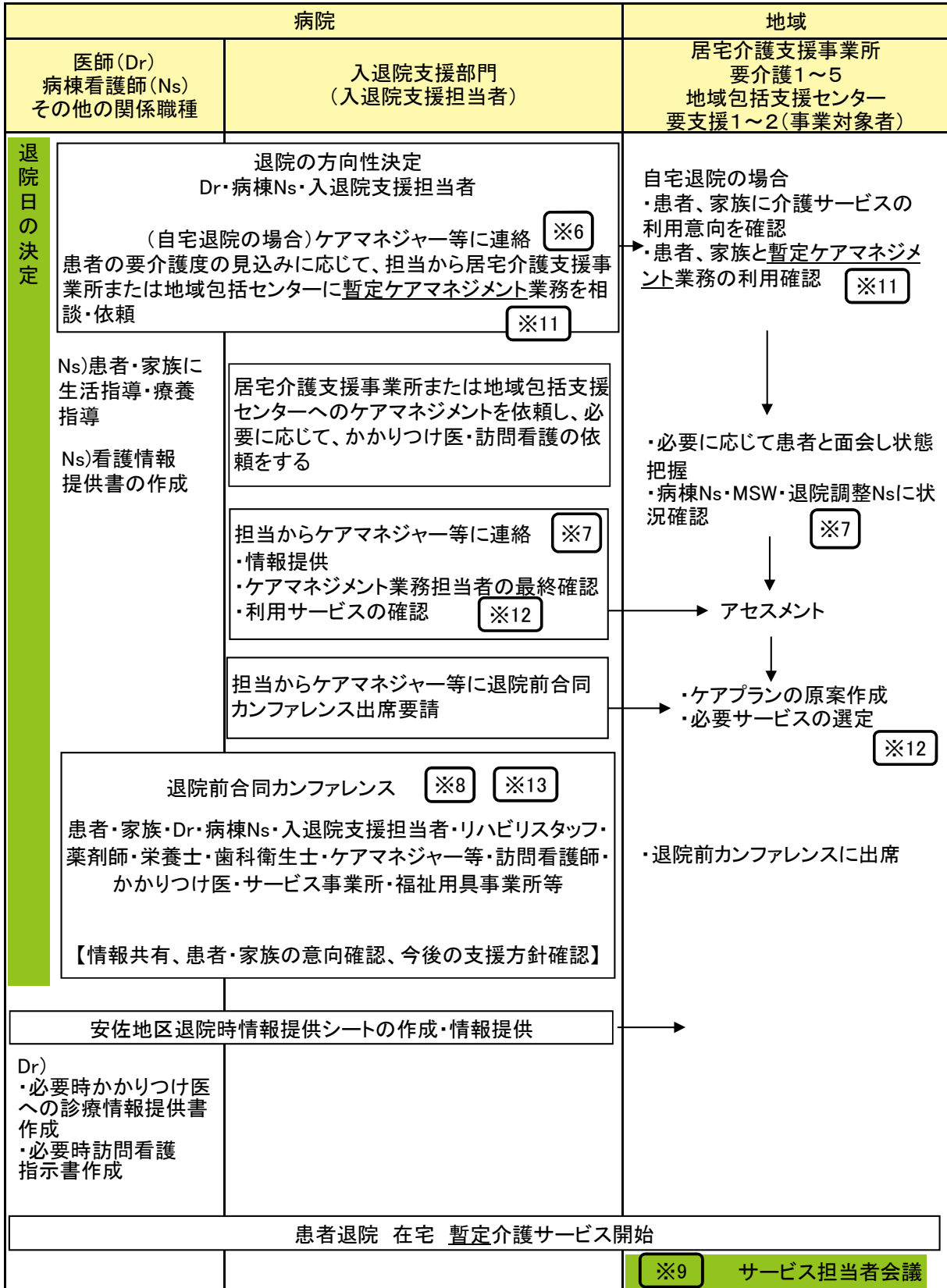
病院		地域	
医師(Dr) 病棟看護師(Ns) その他の関係職種	入退院支援部門 (入退院支援担当者)	居宅介護支援事業所 要介護1~5 地域包括支援センター 要支援1~2(事業対象者)	介護保険施設等
Dr)入院決定		安佐地区入院前情報提供シート提出 (FAXまたは持参) ※2	
Ns)ケアマネジャー等に 情報提供 ※1		病棟訪問・入院情報取得 病棟Nsに状況確認 ※3	
Ns・入退院支援担当者)退院困難な要因のアセスメント			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 退院支援カンファレンス Dr・病棟Ns・入退院支援担当者 ※4 (Drは必須ではない) 【情報収集、退院支援の要否評価】 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="background-color: #92d050; padding: 5px; display: inline-block;">退院に問題・不安があり、 退院支援が必要と判断</div> </div>			
Dr)患者・家族に退院 に向けての説明			
Ns)患者・家族に退院 支援開始の説明			
入退院支援部門 介入	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="background-color: #92d050; padding: 5px; text-align: center;">社会的支援が必要な ケースなど →MSWメインで担当</div> <div style="background-color: #92d050; padding: 5px; text-align: center;">医療依存度が高い ケースなど →Nsメインで担当</div> </div>		
Dr)介護保険 区分変更必要 であれば 意見書作成	担当が患者・家族と面談 ・退院支援計画書作成 ・退院先検討 ・各種手続き相談(医療・介護・障害等) ・介護保険区分変更の推奨 ※5	必要な助言・情報提供	



(2) 退院支援が必要な場合で、患者に担当するケアマネジャーがないケース

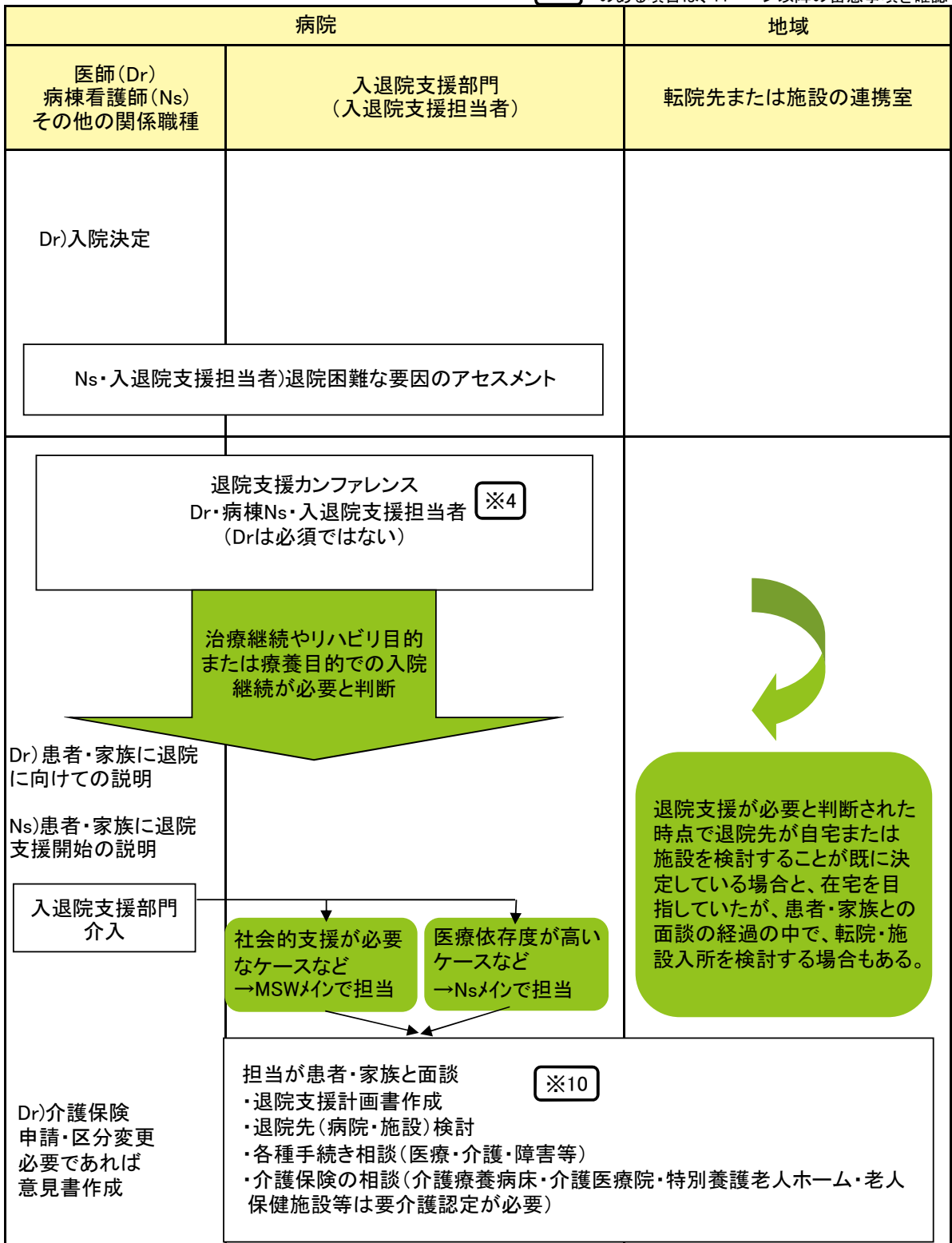
※ のある項目は、44ページ以降の留意事項を確認

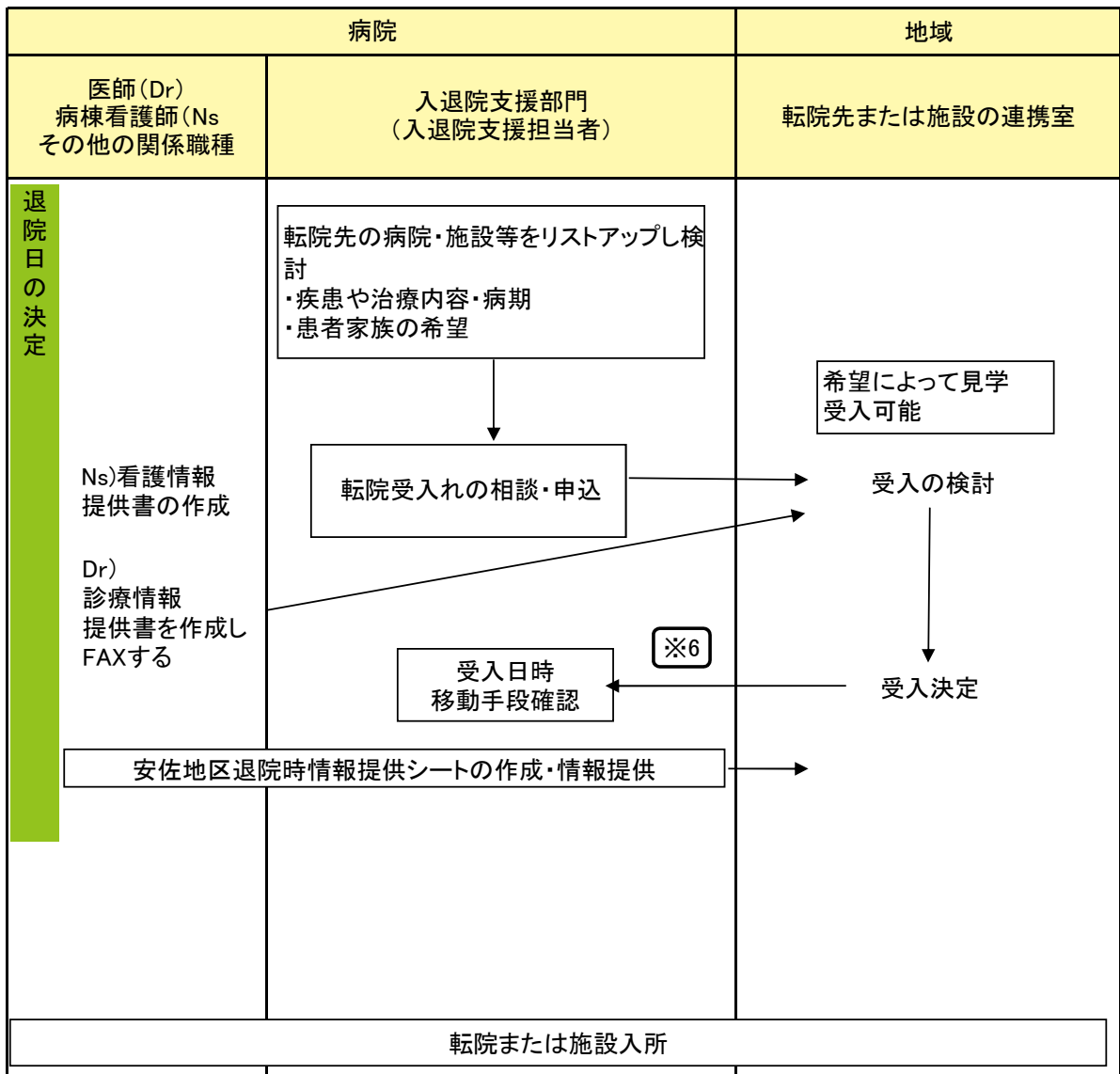




(3) 転院または施設入所が必要なケース

※ のある項目は、44ページ以降の留意事項を確認





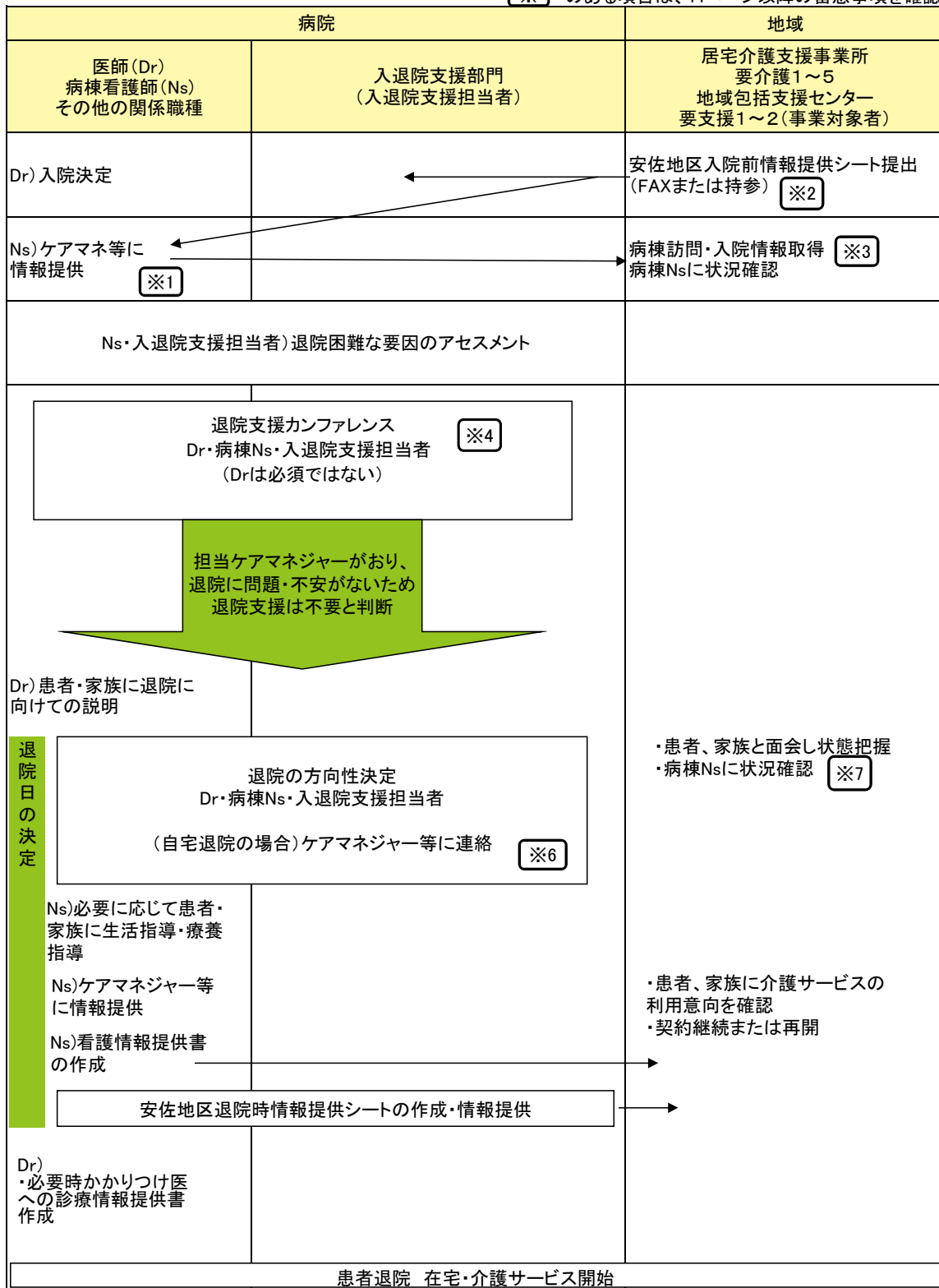
(4) 回復期リハビリテーション病棟

※回復期リハビリテーション病棟では、専従MSWが対応する

病院		地域	
医師(Dr) 病棟看護師(Ns) その他の関係職種	MSW	TH(PT・OT・ST)	居宅介護支援事業所 要介護1～5 地域包括支援センター 要支援1～2(事業対象者)
入院相談:事前にMSWが入院相談を受け家族と面接を行う場合あり			
(入院決定) オリエンテーション・インターク・スタッフカンファレンス・リハビリ総合実施計画書作成			※入院前に担当ケアマネジャーがいる場合 安佐地区入院前情報提供シート提出(FAXまたは持参)
入院前の生活状況の把握などを行う・家族面談(インフォームドコンセント)を行うことが多い			病棟訪問・入院情報取得・家族面談に同席
本人・家族指導の開始	介護保険情報、その他活用できる社会資源の確認・必要な手続きなどの相談援助・介護保険の区分変更申請の必要性の判断、助言など	リハビリテーションの実施・本人家族へのリハビリ指導・必要であれば家族評価の実施など	家屋評価への同行・ケアプランの原案作成 病棟Nsに状況確認
<p>★患者によって、入院期間に違いがあり、その間、定期的な家族面談にケアマネジャーが同席するなど、退院に向けた支援を継続する</p> <p>★家族面談(インフォームドコンセント)日程調整・家屋評価の日程調整・必要に応じて、担当ケアマネジャーはじめ関係機関との連絡調整を行う</p>			
<p>退院前カンファレンス Dr・病棟Ns・MSW・リハビリスタッフなど (Drは必須ではない)</p> <p>かかりつけ医、介護サービス、退院後の留意点確認、残された課題などについて確認</p>			
<p>担当ケアマネジャーがおり、退院に問題・不安がない場合は、カンファレンスを行わないこともある</p>			<p>・患者、家族に介護サービスの利用意向を確認</p> <p>・契約継続または再開</p>
Dr)患者・家族に退院に向けての説明			
Ns)看護情報提供書の作成	退院時情報提供書など作成	ケアマネジャー宛他、情報提供書作成	必要な助言、情報提供
<p>安佐地区退院時情報提供シートの作成・情報提供</p>			
<p>★(注)回復期リハビリテーション病棟では、MSWが専従ですべての患者に介入する。</p> <p>★在宅退院だけでなく、施設入所や転院が必要になる場合もある。担当MSWが退院支援の中心になり、相談援助を進める。</p>			
<p>患者退院 在宅または施設・介護サービス開始</p>			
			サービス担当者会議

(5) 患者に担当ケアマネジャーがあり、退院支援が必要ないケース

※のある項目は、44ページ以降の留意事項を確認



Ⅱ-3 フローチャート各項目の留意事項

Ⅱ-2 標準的なケースのフローチャート中、※がある項目の留意事項を記載したので、フローチャートと併せて確認する。

※1 入院決定時

- 入院時の介護保険情報の確認

医師が入院を決定すると、入院手続きに入る。この過程で、介護保険の認定の有無等を確認する。ただし、正確な要介護度、担当ケアマネジャー等や介護サービス利用状況までは把握しにくいことが多い。

利用者の入院把握後早期にケアマネジャー等から「安佐地区入院前情報提供シート※2」の提出があると退院支援の方向性を協議しやすくなる。

- 病院からケアマネジャー等への入院連絡

担当ケアマネジャー・事業所が把握できれば、病院から連絡をする、または、患者・家族からの連絡を依頼する。

※2 安佐地区入院前情報提供シート提出

- シート使用の4つのケース

ケース1：居宅介護支援事業所の担当者がシートを作成する場合

ケース2：地域包括支援センターの担当者がシートを作成する場合

ケース3：介護保険申請のみで介護サービス利用等がなく、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターでは情報がほとんどない場合

ケース4：介護保険施設等の担当者がシートを作成する場合

- 上記4つのケースのうち、ケース1・2・4の場合は必ずシートを作成し、ケース3の場合は把握している情報でシートを作成する。

- 利用者入院の連絡を受け、シートをFAXまたは持参にて提出する。

①病棟訪問の予定の有無に関わらず、担当者は利用者入院の連絡があったらシートを作成し、医療機関の連携窓口等へFAXする。

②退院時、病棟より担当の地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ、利用者退院の連絡をする。

③医療機関側は看護情報提供書、安佐地区退院時情報提供シートを準備し、退院時に患者・家族へ渡す。(患者・家族⇒担当ケアマネジャー等へ)

- 情報提供可能な時期

入院が決定してから入院期間中随時対応可能。退院後のサービス調整を急ぐケース、患者・家族が何らかの問題を抱えているケース等、ケアマネジャー等が特に連携が必要と考える患者については、早期に提出の上情報提供を受けることが望ましい。

※Ⅱ-1 (1) 安佐地区入院前情報提供シート参照

※3 ケアマネジャー等の病棟訪問

- ケアマネジャー等への情報提供

患者・家族の同意が得られた場合、原則として、病棟看護師等から必要な情報を提供しましょう。

- ケアマネジャー等から事前に患者の入院中の情報確認の希望があった場合は、業務に支障がない時間帯を提示し、情報提供を行う。

※4 退院支援カンファレンス

- 患者入院後、退院困難な要因を有する患者を抽出し、7日以内に病棟看護師、入退院支援担当者等が集まって行う会議をいう。医師の参加があることが望ましいが必須ではない。
- カンファレンスでは傷病の状況のみならず、患者を取り巻く生活環境等の情報収集、退院支援・退院調整の要否評価、緊急介入の要否評価を行う。
- 退院支援が必要と判断された場合は、「退院支援計画書」を作成する。
※資料編 7 連携することによって算定できる報酬（1）診療報酬「入退院支援加算1」参照

※5 介護保険区分変更申請の相談

- 区分変更申請の相談
現在の要介護度が患者の状態にそぐわず、変更申請を検討する場合は事前に担当ケアマネジャー等に相談する。
- 区分変更申請の留意点
サービス事業所は、介護サービスを提供すると、介護保険者（市町村）に対し介護報酬を請求するが、区分変更申請中で認定結果が出るまでの間は請求することができない。この間に請求した場合は審査を通過せず、報酬が支払われずにサービス事業所に差し戻される。
区分変更申請により要介護度が重度になると、通所サービスや施設入所サービスなどでは利用料が高くなるため、申請を検討するときは、あらかじめ患者・家族に説明し了承を得ておく必要がある。

※6 退院日の決定

- 退院日の決定時期
退院許可は医師の指示である。入院時の医師からの治療等の説明・入院診療計画書により、概ねの入院期間を把握できる。
退院日の決定時期は、個々のケースにより様々で、治療やリハビリの進行状況だけでなく、退院後の介護等の支援体制が整うか否かによっても変わる。
- 比較的早期に退院日が明確になるケース
クリニカルパス適応入院の場合はクリニカルパスの入院診療計画に沿って経過するため、ほぼ予定通りの退院日となる。

※7 退院情報取得

- ケアマネジャー等への情報提供
担当ケアマネジャー等へ退院日の見通しを連絡する。
患者・家族の同意が得られた場合、原則として、病棟看護師等から必要な情報を提供しましょう。

※8 退院前合同カンファレンス

- 退院前合同カンファレンスとは
退院する前に、患者・家族、医師、病棟看護師、MSW、入退院支援担当者、リハビリスタッフ、薬剤師、かかりつけ医、ケアマネジャー、サービス事業所、訪問看護師等が集まり、医療機関が主体となって行う会議をいう。カンファレンスでは、患者の傷病の現況と見通し、患者を取り巻く環境等の情報共有、患者・家族の意向確認、今後の支援方針の確認等を行う。
- 開催時期
退院前、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション等が確定次第、適宜開催する。
- 退院前合同カンファレンスの開催調整は入退院支援担当者が行う。

※9 サービス担当者会議

- サービス担当者会議とは、ケアマネジャー等がケアプラン作成のために利用者・家族、サービス事業所等を招集して行う会議をいう。
- 開催時期
退院前合同カンファレンス後、利用者・家族が退院した日の午後等に開催されることが多い。

※10 介護保険新規申請の推奨

- 介護保険の認定を受けておらず、退院にあたり、介護サービスの利用や訪問看護の導入、介護施設への入所が考えられる場合には、患者・家族に対し介護保険の新規申請を推奨する。
- 入院中に申請が受理されると、主治医意見書が送付されてくる。退院直後のサービス利用のためには、入院中早期に意見書を作成することが望まれる。また、入院中に認定調査が行われるため、患者・家族の同意を得て、病棟看護師が情報提供を行う。

※11 暫定ケアマネジメント業務の相談・依頼

- 介護保険の認定結果が出るまでには、申請から1か月程度かかる。退院の方向性が自宅退院となり、認定結果が出る前に介護サービスを利用しなければならない場合は、担当ケアマネジャー等に暫定ケアマネジメント業務の相談・依頼を行う。
- 相談・依頼に当たっては、患者の状態から要介護度を見込んで事業所を選択する
要介護1～5と見込まれる場合：居宅介護支援事業所
要支援1～2と見込まれる場合：地域包括支援センター
要介護か要支援か予測がつかない場合や要支援1～2と見込まれるが近い将来要介護となる可能性がある場合：居宅介護支援事業所
- 暫定で介護サービスを利用する場合のリスク
手続きが煩雑となるリスク：ケアマネジメント業務は、要介護1～5の場合は患者・家族が選択した居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、要支援1～2の場合は居住している地区を担当する地域包括支援センター職員が担当となり、利用者と契約を結び業務を行う。暫定で介護サービスを利用する場合（認定結果が出る前にサービスを利用する場合）、見込んだ認定と異なる結果が出るとケアマネジメント業務の担当が変わり、契約することになる。
金銭的リスク：暫定で介護サービスを利用する場合（認定結果が出る前にサービスを利用する場合）、見込んだ認定と異なる結果が出るとサービス内容によっては介護保険の適用を受けられず、利用料が全額自己負担となる可能性がある。このため、あらかじめ患者・家族に説明し、了解を得ておく必要がある。

※12 軽度者に対する福祉用具貸与

- 要支援1～2及び要介護1の方に対する特殊寝台等の特定の福祉用具貸与については原則として保険給付の対象外となっている。しかしながら、①福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当することについて医師の医学的所見に基づき判断されており、②サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより特定の福祉用具が特に必要である旨が判断されている場合であって、③これらについて市町村が確認する方法で給付貸与が受けられることになった。
- 居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は地域包括支援センターの担当者から、軽度者に対しての書類が必要という申し出を受けた場合、主治医に作成を依頼する。

※13 在宅療養における関係機関との連携

● かかりつけ医との連携

退院後の在宅医療を支えるのが地域のかかりつけ医であり、退院時はスムーズな連携が望まれる。MSW もしくは看護師が先方へ連絡し、患者の対応可能かどうかを判断してもらう。かかりつけ医の了承が得られれば、主治医へ診療情報提供書作成を依頼し、先方との日程調整を行い診療情報提供書持参のうえで本人・家族が受診する。必要に応じて診療情報提供書・看護情報提供書等を FAX しておく。

● 訪問看護師との連携

患者・家族の希望に応じて事業所の選定、打診を行う。(居住区、病状なども配慮する。) 対応可能であれば、退院前合同カンファレンスの日程調整を行い、看護情報提供書にて情報提供を行なう。

連携に必要な書類：訪問看護指示書、特別訪問看護指示書、精神訪問看護指示書、在宅患者訪問点滴注射指示書など。必要な指示書の記載を主治医へ依頼し、退院時患者・家族に手渡す。

● 調剤薬局

在宅での点滴治療が必要だが、通院困難、持ち帰り困難な場合、配達薬局がある。高カロリー輸液などの混注可能な薬局もある。

MEMO

Lined area for writing a memo, consisting of 20 horizontal dotted lines.

資料編

1 用語の定義

〔MSW〕

医療ソーシャルワーカー

〔PSW〕

精神科で働くソーシャルワーカー

〔入退院支援担当者〕

看護師・MSW

〔TH〕

セラピストの総称

〔PT〕

理学療法士

〔OT〕

作業療法士

〔ST〕

言語聴覚士

〔在宅復帰・病床機能連携率〕

急性期医療（急性期一般入院料1）では在宅復帰率・病床機能連携率8割以上が求められている。

【対象となる退院先】

- ・ 自宅
- ・ 居住系介護施設<介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護医療院、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、ケアハウス、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅>
- ・ 地域包括ケア病棟
- ・ 回復期リハビリテーション病棟
- ・ 療養病棟
- ・ 有床診療所
- ・ 介護老人保健施設

「在宅復帰率」

地域包括ケア病棟入院料（1・2）・回復期リハビリテーション病棟入院料（1～4）では在宅復帰率7割以上が求められている。

【対象となる退院先】

- ・自宅
- ・居住系介護施設<介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護医療院、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、養護老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅>
- ・有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）

「ケアマネジャー」

介護支援専門員

「ケアプラン」

要介護1～5の認定者に対する介護サービス計画書又は要支援1～2の認定者に対する介護予防サービス計画書

「介護サービス」

要介護1～5と認定された方が利用できるサービス（介護給付）

要支援1～2と認定された方が利用できるサービス（予防給付）

【サービスの種類】

1. 施設サービス

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム「特養」）
- 介護老人保健施設（老健）
- 介護療養型医療施設（療養型）
- 介護医療院

2. 居宅サービス

通所系：通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）

訪問系：訪問介護（ヘルパー）、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、訪問看護

その他：短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）、福祉用具（レンタル・購入）、住宅改修、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム）

3. 地域密着型サービス

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

*地域密着型サービスにおいては広島市に住民票があることが条件となっている

2 各医療機関の役割

2014年に制定された医療介護総合確保推進法（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律）によって策定された地域医療構想は、将来人口推計をもとに、2次医療圏内での2025年に必要となる病床数（病床の必要量）を、「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」、「慢性期機能」の4つの医療機能ごとに推計した上で、病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取組みである。

今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要がある。各医療機関（有床診療所を含む）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択し、都道府県に報告する義務がある（病棟機能報告制度）。

（1）高度急性期病棟

〔内容〕

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、救命救急病棟やICU、HCUで実施するような診療密度が特に高い医療（一般病棟で実施する医療も含む）を行う。

※高度急性期と考えられる病棟の例：集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室など

〔対象者〕

急性期治療が必要な患者の中でも、特に難易度の高い手術が必要な患者、重症度が高く複雑な治療が求められる患者が対象となる。

〔入院期間〕

主治医の判断となるが、原則として急性期治療の終了と同時に入院の適応ではなくなる。入院期間は概ね14日以内（特定集中治療室管理料等の算定が行われる期間）であるため、退院調整部門が地域の医療機関へとバトンをつなぐ役割を担っている。

（2）急性期病棟

〔内容〕

急性期の患者（一般的な急性疾患、外科的治療を必要とする疾患）に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する。

高度急性期医療を終えた患者を速やかに受け入れ、継続して急性期医療を行うことも役割の一つである。二次医療圏では、地域からの受け入れが主となる。急性期医療を終えたら速やかに回復期機能を持つ病床への転院や介護施設への入所、自宅退院など次の療養環境への移行が必要となる。

〔対象者〕

急性期治療を必要とする病態及び状態が不安定で外科的手術、集中的な治療や処置、検査、投薬など医学的管理が日常的に必要な病態の方が対象となる。

〔入院期間〕

主治医が判断するが、平均在院日数は急性期一般入院料1にあっては18日以内、急性期一般入院料2～7にあっては21日以内が目安である。看護必要度などにより、入院基本料が細かく診療報酬で分けられていることや、DPC採用医療機関は比較的短期となることが多い。回復期機能を持つ

病床への転院、介護施設への入所、もしくは自宅への退院など、患者に合った次の療養環境の選択、決定が短期間に行われる必要があるため、退院支援は入院後早期にスタートする。

(3) 回復期機能をもつ病棟

急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する。

(3-1) 地域包括ケア病棟

[内 容]

急性期治療を終え、病状は安定したもののすぐに在宅復帰・施設復帰には不安がある患者や、在宅や介護施設等にて療養中の患者の緊急時の受け入れを行う。医師や看護師、PT、OT、STなどのリハビリテーションを専門とするセラピスト、MSWなどが在宅復帰に向けて患者の治療、リハビリテーションに取り組むと同時に退院支援を行う。

[対象者]

急性期治療後、または在宅での療養に不安がある患者が対象となる。入院日数は最大60日、地域包括ケア病棟入院料（1・2）は在宅復帰率7割以上の条件があり、自宅や介護施設などへの退院が可能な患者が概ねの対象者と言える。

[入院期間]

主治医が判断するが、原則として入院日数は60日以内である。

(3-2) 回復期リハビリテーション病棟

[内 容]

脳血管疾患、骨折、外科手術後などの一定の疾患の急性発症後、ADLの向上による寝たきりの防止と、在宅・社会復帰を目的として、集中的なリハビリテーションを行う。地域包括ケア病棟と同様に、多職種がチームとなり在宅復帰に向けて患者の治療、リハビリテーションに取り組むと同時に退院支援を行う。多くの回復期リハビリテーション病棟では、個別のリハビリテーション以外に、病棟生活の中でリハビリの効果を上げるため離床時間を確保し、日常生活動作への積極的な働きかけを行い、個別のリハビリテーション以外に、体操やレクリエーションなどの取り組みが行われている。

[対象者]

下表にあるとおり、脳血管疾患、骨折、外科手術などの治療後の患者が対象となる。

[入院期間]

下表のとおり、疾患、状態によって上限が決められている。

算定対象となる回復期リハビリテーションを要する状態		算定上限日数
①	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	150日以内
	高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	180日以内
②	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	90日以内
③	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	90日以内
④	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	60日以内
⑤	股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日以内

(4) 慢性期機能をもつ病棟

(4-1) 療養病棟

[内 容]

長期に渡っての医学的管理や処置、リハビリなどの療養が必要な場合に医療と介護を提供する。

[対象者]

急性期の治療が終了した後も、上記の療養が必要な患者が対象となる。

医療療養病床：病状が慢性期の状態にあつて密度の高い医学的管理や積極的なリハビリテーションなどの入院医療を必要とする患者に対するサービスを医療保険で提供する。「医療区分」(1～3)と「ADL区分」(1～3)により入院基本料が定められており、「医療区分」については酸素療法や中心静脈栄養、頻回な吸引などを実施している、気管切開が行われている、難病であるなどの要件によって定められている。療養病棟の入院基本料は1・2があり、1についてはさらに対象要件がある。

介護療養病床：病状が安定期にあり、療養上の管理・看護・介護・機能訓練が必要な要介護者に対するサービスを介護保険で提供する。主に要介護4、5の患者が入院の対象となる。

※2006年に2011年度末で廃止が決定していたが、介護老人保健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、現在経過措置期限が2023年度末の廃止へ延長されている。

(4-2) 介護医療院

[内 容]

2018年の介護保険法の改正法施行により、医療と介護の複合的ニーズに対応する施設として創設された。療養上の管理、看護、医学的管理の下で介護及びリハビリテーションなど、医療と日常生活上の世話を行うことを目的とされている。介護医療院は生活施設としての機能を併せ持っていることから、在宅の扱いとなる。

[対象者]

要介護者であり、主として長期にわたり療養が必要な方が対象となり、要支援1・2の方は利用できない。

(5) 精神病棟

●精神疾患に関する病棟

[内 容]

精神疾患（例えば、統合失調症や躁うつ病、アルコール依存症、発達障害、思春期における問題など）を有し、通院治療では症状の改善が困難な患者に対して入院治療を行う。

[対象者]

精神疾患の症状に対して、入院治療が必要な患者が対象である。

[入院期間]

定められた期間はなく主治医の判断によるが、早期の退院を目標にチーム医療を行っている。

●認知症に関する病棟

[内 容]

認知症に伴う精神症状や徘徊、暴言・暴力など周辺症状（BPSD）が著しく、在宅などでは看護や介護が困難な患者が入院し、治療を行う専門病棟である。

[対象者]

認知症による周辺症状（BPSD）のため、自宅や高齢者施設などで療養することが困難な患者が対象である。

[入院期間]

定められた期間はなく主治医の判断によるが、早期の退院を目標にチーム医療を行っている。

[入院制度]

精神科医療機関への入院は、精神保健福祉法に基づいており、主に以下の入院制度が定められている。

- ①任意入院…本人が同意をして入院する。
- ②医療保護入院…精神保健指定医による診察の結果、医療と保護のために入院治療の必要性を認めるが、本人の同意が得られず、家族等の同意を得て入院する。
- ③応急入院…精神保健指定医による診察の結果、医療と保護のために直ちに入院の必要があると判断されたものの、その家族等の同意を得ることができない場合、72時間以内に限り応急入院指定病院に入院となる。
- ④措置入院…2名以上の精神保健指定医の診察により自傷他害に及ぶおそれがあると判断された場合、都道府県知事（指定都市市長）の権限により措置入院となる。

(6) 緩和ケア病棟

[内 容]

緩和ケアとは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の QOL を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ」と定義されている。

緩和ケア病棟は「緩和ケア病棟入院料の施設基準」を満たす施設のことを指し、医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、心理の専門職など多職種が協働し、痛みや不安などの症状を和らげることに取り組む。

[対象者]

主に身体的、精神的苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍（がん）及び後天性免疫不全症候群の方で、治癒（完全に治ること）が困難になった方、症状の進行などで自宅での生活が困難になった方が対象となる。

[入院期間]

特に上限はないが、平均の入院期間は1か月程度の病院が多い。看取りだけでなく、外来や在宅への円滑な移行を支援する機能も持ち合わせている。

多くの緩和ケア病棟が、外来で入院相談を受け、若干の待機期間を経て入院となる。相談窓口は医師、がん看護専門看護師や認定看護師、研修を受けた医療ソーシャルワーカーなどが担当することが多い。

[その他]

在宅でも一般病院の外来や入院でも緩和ケアチームによって、緩和ケアが実践されているが、緩和ケア病棟は入院という形で緩和ケアを行う。広島県内には緩和ケア病棟が13医療機関あり、安佐地区では2014年10月に広島共立病院、2020年12月にメリィホスピタルに緩和ケア病棟が開設された。

(7) 有床診療所

[内容]

有床診療所とは、昭和23年の医療法で「19床以下のベッドを備える診療所」と規定され、以来、患者にとって身近な入院施設として地域医療の中核としての様々な役割を担ってきた。

地域に於ける役割は、1) 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能 2) 専門医療を担い病院の役割を補完する機能 3) 緊急時に対応する医療機能 4) 在宅医療の拠点としての機能 5) 終末期医療を担う機能といった複数の機能を有し、長い間わが国の中核的医療単位として地域社会に貢献してきた。病床には「一般病床」「医療療養病床」「介護保険療養病床」などがある。

[対象者]

急性期の治療が終了した後も、医学的管理や処置、リハビリなどの療養が必要な場合に医療と介護の提供を必要とする患者が対象となる。

一部有床診療所には介護療養病床があり、長期療養の場合、介護保険が適用される。

[入院期間]

主治医の判断による。病期は急性期から慢性期、終末期にわたり多様であり、在院日数も短期から長期に幅広くわたる。有床診療所の入院基本料は在院日数により決定するが、病院に比べて診療報酬が低く抑えられており、社会的入院の場となることがある。

(8) 訪問歯科診療

[訪問歯科とは]

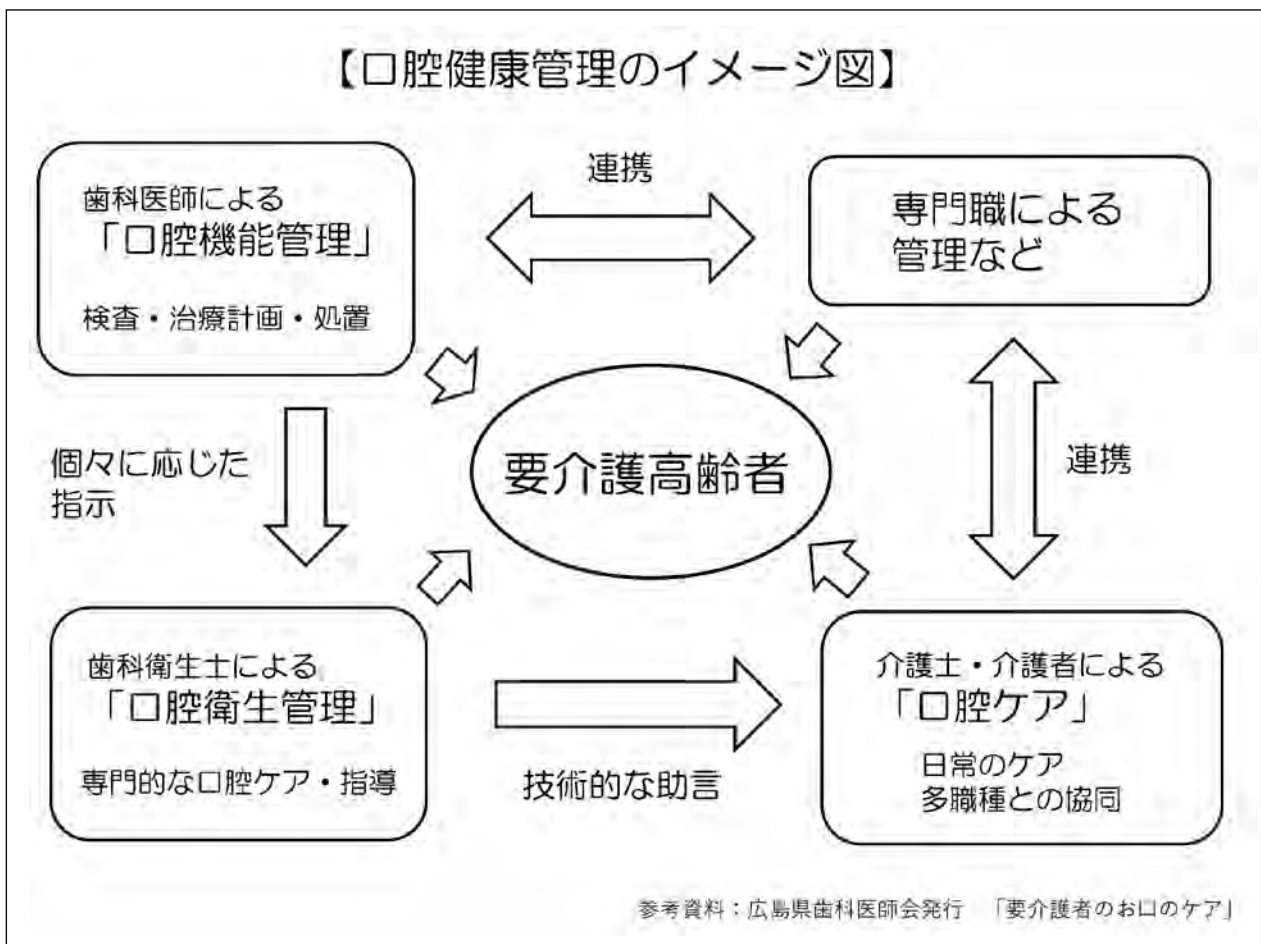
寝たきりなど通院困難と判断された患者・利用者に対して歯科医師ないし歯科衛生士が居宅もしくは施設に訪問し歯科治療、口腔ケア（内容は後述）を行うものである。

主な内容としては口腔内の不調（痛み、歯肉などからの出血）、義歯の不調、摂食・嚥下障害に代表される口腔機能の低下に対する処置、加えて口腔ケア（患者・利用者に対する口腔機能管理、口腔衛生管理や家族、多職種への指導・支援も含む）が挙げられる。

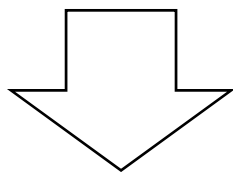
[訪問歯科の流れ]

患者本人・家族からの依頼に加え近年はケアマネジャー、地域包括支援センター、訪問看護、訪問介護をはじめとする多職種からの依頼が増加してきている。寝たきりなどで通院が困難と判断される場合、まず「かかりつけ歯科医」があれば訪問歯科が可能かどうか問い合わせ、もし実施されていなければ安佐歯科医師会の安佐地区12包括エリア担当（別表参照）か介護・福祉医療担当理事に問い合わせを行っていただく。

また広島市の事業として「在宅訪問歯科健診事業」を行っており初回健診は無料となっている。その後治療計画を策定し患者・利用者の同意の上、処置・療養を開始する。



まずは「かかりつけ歯科医」への問い合わせ



実施されていない場合の問い合わせ先

【安佐歯科医師会在宅医療連携推進各地区包括担当者】

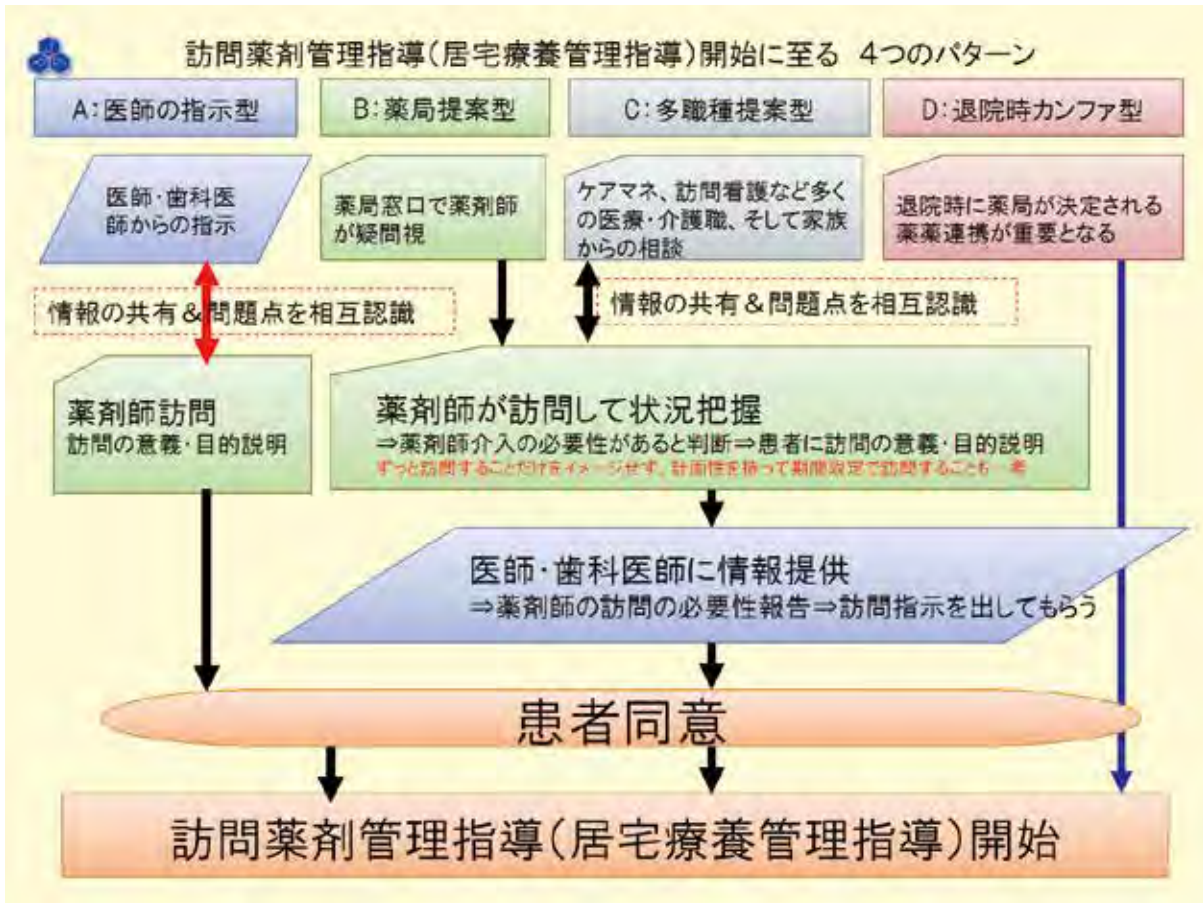
エリア	医院名	氏名	〒	住所	電話	FAX	休診日
安佐・安 佐南	かしま歯科	加島弘之(担 当理事)	731- 0125	安佐南区大町西 1 丁 目 4-38	870- 7089	870- 7089	水午後、 日祝
東原・祇 園東	さおとめ歯科 医院	早乙女裕彦	731- 0113	安佐南区西原 2 丁目 11-8-101	850- 1740	850- 1741	日祝
祇園・長 束	亀宝歯科医院	藪健一郎	731- 0138	安佐南区祇園 2 丁目 31-16-1	555- 5577	555- 5578	木、日祝
高取北・ 安西	大原駅前歯科	湯浅賢一	731- 3164	安佐南区伴東 7 丁目 59-1-3F	849- 0305	849- 0305	水 土 午 後、日祝
城山北・ 城南	ゆかり 歯科ク リニック	河原夕佳	731- 0102	安佐南区川内 3 丁目 1-22	879- 0008	555- 0077	木、日祝
戸山・ 伴・大塚	ゆめ歯科クリ ニック	尾尻秀夫	731- 3168	安佐南区伴南 1 丁目 5-18-8-302	811- 8241	811- 8241	水日祝
三入・可 部	うつのみや歯 科	宇都宮誠	731- 0231	安佐北区亀山 2 丁目 6-18	815- 5551	815- 5531	日祝
口田	山下歯科クリ ニック	山下浩朗	739- 1734	安佐北区口田 1 丁目 15-6	843- 8148	847- 3555	水、日祝
高陽・亀 崎・落合	山村歯科医院	山村健	739- 1751	安佐北区深川 3 丁目 25-19	841- 3741	841- 3745	木、日祝
亀山	河野歯科医院	河野美紀	731- 0231	安佐北区亀山 9 丁目 12-40 山本ビル 2F	814- 0418	814- 0418	日祝
清和・日 浦	アルパカ歯科	林英貴	731- 3363	安佐北区安佐町鈴張 1953	835- 1215	553- 0330	日祝
白木	あざみクリニ ック	平川正彦	739- 1301	安佐北区白木町小越 二	828- 3350	828- 3351	土、日祝

※令和3年4月1日現在

(9) 保険薬局

厚生労働省の「患者のための薬局ビジョン」では、かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能として、①服薬情報の一元的・継続的把握、②24時間対応・在宅対応、③医療機関等との連携の3つの機能が求められている。

薬中心の業務（対物業務）から患者中心の業務（対人業務）へと転換を図ることで、かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局としての役割を発揮し、地域包括ケアシステムの構築に寄与する。



在宅医療・介護の場において、調剤・服薬指導・飲み合わせのチェック・副作用のモニタリングをはじめ、多職種との連携も図りながら有効で安全かつ医療経済にも配慮した薬物療法のサポートを行う。

●費用・訪問回数について

月4回まで算定できる（ただし、間隔は6日以上あけることとする）

※がん末期患者及び中心静脈栄養を受けている者については、週2回かつ月8回までに限り算定可

注1) 要介護及び要支援認定者は、介護保険（居宅療養管理指導）を優先する。

注2) 薬剤師の居宅療養管理指導は、介護保険の区分支給限度基準額に含まれない。

注3) 介護認定を受けていない方（小児や若年者含む）は医療保険（訪問薬剤管理指導）を適用。

3 各施設の役割

<介護保険施設>

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム「特養」）

一般に「老人ホーム」という時、多くの方がイメージされる施設。医療の必要性が高くなり、入所が継続できなくなることもあるが、生活の場としての施設なので、概ね長期入所が前提であり、住民票を移すこともできる。

原則要介護3以上の方から申込みができる。要介護1または要介護2の方であっても、やむを得ない事情により居宅での日常生活を営むことが困難であると認められる場合には、特例で入所対象となる場合がある。

(2) 介護老人保健施設（老健）

特養と比較すれば、医師や看護師、理学療法士や作業療法士といったリハビリスタッフが配置されている。元々急性期病院から在宅退院の「中間施設」の役割があり、長期入所を前提とはしていない。

また、入所中の薬の処方包括扱いのため、高額薬剤の使用は難しく、基本的に他院受診もできない。要介護1以上から入所ができる。

(3) 介護療養型医療施設（療養型）

慢性疾患を有し、長期の療養が必要な方のための施設である。病状は安定していても自宅での療養生活が難しい方が入所し、必要な医療サービス、日常生活における介護、リハビリテーションなどを受けることができる施設である。要介護1以上から入所ができる。2023年度末に廃止予定である。

(4) 介護医療院

現行の介護療養病床相当のサービスと老人保健施設相当以上のサービスの2つのサービスが提供される施設である。

現在の介護療養病床が担っている、「慢性期の医療機能」「看取り・ターミナルケア機能」とともに、介護老人保健施設のような「生活の場としての機能」を併せ持つ介護保険施設である。要介護1以上から入所ができる。

<介護保険上在宅の扱いとなる施設>

(1) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症のある方を家庭的な雰囲気の小規模な生活空間（1ユニット9名）で介護を行う施設である。要支援2以上から入居できる。生活拠点を移すという点では入所施設だが、介護保険上の扱いは在宅である。訪問診療や訪問看護は利用できるが、ベッドや車いすなどのレンタルは介護保険を利用することができない。

(2) 小規模多機能型居宅介護

通い（デイサービス機能）、泊まり（ショートステイ機能）、訪問（ヘルパー機能）を一体的に行う。入所施設同様、介護度により負担は一定となっている（食事代、宿泊代は別途負担が必要）。

顔なじみのスタッフが対応する安心感や、一般的には早期予約が必要なショートステイ機能が利用しやすくなるというメリットがある。

(3) 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

小規模多機能型居宅介護に「訪問看護」の機能を追加しているサービスである。看護と介護サービスを一体的に提供することで医療ニーズの高い要介護者への支援が可能である。

小規模多機能型居宅介護と同様、介護度により負担は一定となっている（食事代、宿泊代は別途負担が必要）。要介護1以上から利用が可能である。

(4) 短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）

生活介護は短期間入所し、入浴、食事、排せつなどの日常生活上の世話、または機能訓練などが受けられる。特別養護老人ホームなどが提供する。

療養介護は、短期間入所し、看護・医学的管理のもとで、介護・機能訓練・日常生活上の世話を受けることができる。介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所が提供するため、比較的医療依存度が高くても利用できる。

生活介護も療養介護も、一か月の中で30日を超えて利用することはできない。

(5) サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）

高齢者向けに整備されたバリアフリー住宅で、相談対応等のサービス機能はついているが、介護サービスはついていない賃貸住宅である。一般住宅同様、敷金礼金が入所時に必要な場合がほとんどである。基本的に介護サービスは外付けであるため、ケアマネジャーを決め、介護サービス計画を立てる必要がある。

しかし、事業所ごとに様々な料金体系があるため、入所相談時には詳細な情報を確認する必要がある。

(6) 介護付き有料老人ホーム

(5)とは違い、介護サービスが「付いている」住宅と言える。介護度によって利用料が変わる。入居時に一時金が必要な場合も多くあるので、負担金額についてはよく確認をする必要がある。

介護付き有料老人ホームは特定施設入居者生活介護の指定を受けている。

(7) 住宅型有料老人ホーム

自立可能な高齢者が対象で介護サービスが必要となった場合は、介護保険「居宅サービス」の利用が可能である。

MEMO

Ruled area for notes with horizontal dotted lines.

＜医療保険での施設への訪問について＞

	往診料	在宅患者訪問診療料	訪問看護	歯科訪問診療料	在宅患者訪問薬剤管理指導料	在宅訪問栄養食事指導料
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム「特養」)	○ (配置医師を除く) 患者の傷病が配置医師以外の専門外にわたるもので、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合、または緊急の場合で特養の管理者の求めに応じて行う場合に限る	△ 末期の悪性腫瘍患者、または死亡日から遡って30日以内の患者に限る。死亡日から遡って30日以内の患者については患者を特養(看取り介護加算の施設基準に適合)で看取った場合かつ在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、当該特養の協力医療機関の医師により行われたものに限る	△ 末期の悪性腫瘍患者に限る	○ ※2「特別の関係にある施設等」への訪問は訪問診療料にかわり初診料等を算定	△ ・末期の悪性腫瘍の患者に限る ・末期の悪性腫瘍の患者以外は薬剤服用歴管理指導料を算定	×
介護老人保健施設 (老健)	○ 併設保険医療機関以外の保険医療機関に限る	×	×	○ 特別の関係にある施設等への訪問は訪問診療料にかわり初診料等を算定	×	×
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	○	○	△ ※1「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当するもの、または特別訪問看護指示書が交付された場合に限る	○ 特別の関係にある施設等への訪問は訪問診療料にかわり初診料等を算定	×	×
特養、単独型施設における 短期入所生活介護 (ショートステイ)	○ (配置医師を除く)	△ 短期入所サービス利用前30日以内に患家を訪問し在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料を算定した医療機関の医師に限り、短期入所サービス利用開始後30日まで算定可 (末期の悪性腫瘍患者は30日を超えても算定可)	△ ・末期の悪性腫瘍患者のみ ・施設が在宅中重度者受入加算を算定する場合は施設と訪問看護ステーションの契約により訪問看護を提供できる	○ 特別の関係にある施設等への訪問は訪問診療料にかわり初診料等を算定	△ ・末期の悪性腫瘍の患者に限る ・末期の悪性腫瘍の患者以外は薬剤服用歴管理指導料を算定	×
老健における 短期入所療養介護 (ショートステイ)	○ 併設保険医療機関以外の保険医療機関に限る	×	×	○ 特別の関係にある施設等への訪問は訪問診療料にかわり初診料等を算定	×	×
サービス付高齢者向け住宅 (サ高住)	○	○	○	○ 特別の関係にある施設等への訪問は訪問診療料にかわり初診料等を算定	○ 要介護認定を受けていない患者のみ算定可。要介護認定者は介護保険の居宅療養管理指導を算定	○ 要介護認定を受けていない患者のみ算定可。要介護認定者は介護保険の居宅療養管理指導を算定

平成30年度報酬内容

※1(厚生労働大臣が定める「疾病等」)

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症)、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態の者

※詳細は訪問看護業務の手引き(社会保険研究所)を参照

※2(特別の関係にある施設等とは)

(イ) 開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合(ロ) 代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合(ハ) 代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合(ニ) 理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合(ホ)(イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合

4 居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの役割

(1) 居宅介護支援事業所とは

介護保険法に位置付けられた事業所で、介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャーが心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等に沿ってケアプランを作成したり、さまざまな介護サービスの連絡・調整などを行い、介護保険施設等への入所を要する場合は、当該施設への紹介を行う。自宅で生活する要介護1～5の認定者に対するケアマネジメント業務を担当する。利用者などが居宅介護支援事業所を選択し契約を結ぶことで、当該居宅介護支援事業所のケアマネジャーがその担当になる。その他、地域包括支援センターからの委託により、要支援1～2の認定者に対し介護予防ケアマネジメント業務を行うこともある。

職 員：ケアマネジャー（介護支援専門員）または主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）

設置主体：社会福祉法人・医療法人・営利法人など

(2) 地域包括支援センターとは

日常生活圏域（おおむね中学校区）を基本として、高齢者等が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、包括的及び継続的な支援を行う地域包括ケアを推進することを目的とする。

設置主体：広島市（保険者・市町村）

広島市の場合、医療法人や社会福祉法人などへ委託している。

担当職員：保健師等・主任介護支援専門員・社会福祉士・介護支援専門員

① 包括的支援業務

- ・介護予防ケアマネジメント業務

介護予防ケアマネジメントは、基本チェックリスト該当者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、訪問型、通所型サービス、その他の生活支援サービス等適切な事業が包括・効率的に実施されるよう支援する。

- ・総合相談支援業務（総合相談、地域包括支援ネットワーク、実態把握等）
- ・権利擁護業務（高齢者虐待や消費者被害の防止及び対応等）
- ・包括的・継続的ケアマネジメント業務（地域の基盤づくり、ケアマネジャーへの支援等）

② 高齢者地域支え合い業務

地域の実情に合わせ、地域で見守り支え合う仕組みづくりの立ち上げや運営支援を行う。

③ 地域介護予防拠点整備促進業務

地域住民が主体となり、運動を中心とした介護予防活動を実施する「通いの場」の立ち上げ支援及び運営の支援を行う。

④ 在宅医療・介護連携推進業務

⑤ 認知症地域支援体制づくり業務

⑥ 指定介護予防支援事業

介護保険における予防給付の対象となる要支援者が介護予防サービス等の適切な利用等を行うことができるよう支援する。

⑦ その他の事業

各区に1人ずつ認知症地域支援推進員を配置し、医療機関と連携を取りながら、認知症支援に関する連絡調整や若年性認知症の方の相談・支援を行っている。

配置包括：広島市安佐・安佐南地域包括支援センター（安佐南区）
広島市亀山地域包括支援センター（安佐北区）

今後の動きとして、「地域共生社会」の構築をめざし、地域包括ケアシステムを高齢者だけでなく子供や障がい者など地域の全世代を対象とした「地域包括ケアシステム」の深化を進めていくこととなる。

（3）介護支援専門員（ケアマネジャー）とは

介護保険法に位置付けられている専門職で、医療・介護・福祉等の実務経験を有する者で、介護支援専門員証の交付を受けたものである。居宅介護支援事業所や介護保険施設等に必置とされる専門職である。

要介護者（1～5）に対するケアマネジメント業務及び要支援者（1～2）に対する介護予防ケアマネジメント業務を担う。

具体的には、本人の自立した生活を目指し、認定者に適した介護サービスやその他社会資源を利用できるよう、介護保険者（市町村）やサービス提供事業所等との連絡調整を行う。利用者・家族の意向を踏まえて専門的見地から自立した生活を送るための介護サービス計画書（ケアプラン）または介護予防サービス計画書（ケアプラン）を作成する。介護サービスは、このケアプランに基づき、サービス事業所から提供される。

（4）介護保険サービス利用までの流れ

- ①契約：本人と居宅介護支援事業所または地域包括支援センター間で契約する
- ②アセスメントの実施：本人のおかれている現状を生活状況も踏まえ分析し、自立を目指した生活目標を設定する
- ③サービス調整：本人の力、家族の力、地域の力も踏まえてサービスの調整を行う
- ④介護サービス計画書（ケアプラン）または介護予防サービス計画書（ケアプラン）の作成：本人の自立支援をめざし、ケアマネジャー等が作成する
- ⑤サービス担当者会議：介護保険サービス利用開始に向け、関係者が集まり今後の方向性や役割分担を確認する
- ⑥サービス利用：各サービス提供事業所が個別プランに基づき、サービスを提供する

（5）介護保険サービス利用に関する留意事項

- ・介護保険サービスは、利用者と契約を結んだ事業所の担当ケアマネジャー等がアセスメントを経て、利用者・家族の意向、関係機関の専門的見地による意見等を踏まえてケアプランを作成し利用者が同意することで、その内容が決定される。
- ・認定結果が出る前のサービス利用については、要介護認定・要支援認定が出る見込みでケアマネジメント業務を行うため暫定扱いとなる。要介護認定・要支援認定結果が出る前のサービス利用は可能であるがサービス費は認定が出た後に確定する。そのため認定結果と利用したサービス量によっては区分支給限度額を超え（介護保険で賄えないサービスが発生し）、高額になる場合がある。
- ・利用する介護保険サービスが決まると、利用者がサービス事業所を選択し、当該サービス事業所と契約を結ぶ。利用者の同意なく、介護保険サービスを決定したり、サービス事業所を選択することはできない。
- ・新規のサービス利用と継続利用では、サービス調整に要す時間が異なる。
- ・新規利用の場合、サービス事業所によっては、診断書の提出、面談、利用の判定会議等に時間

がかかる場合がある。

- ヘルパーなどの訪問系サービスは一旦サービスを中止すると再開の調整が難しくなる場合がある。また、土・日曜日が休業のサービス事業所が多いため、週末をはさむと調整に時間がかかる。

(6) ケアマネジメント業務の月間スケジュール例

	内 容	備 考
上旬	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">介護報酬請求事務</div> <ul style="list-style-type: none"> 1～2日 <ul style="list-style-type: none"> サービス事業所から前月分の介護サービス提供の実績報告を受ける 3～5日（地域包括支援センターのみ） <ul style="list-style-type: none"> 委託先の居宅介護支援事業所より、実績報告を受ける 3～10日 <ul style="list-style-type: none"> 実績報告を取りまとめ、給付管理票を作成する 10日 <ul style="list-style-type: none"> 国保連合会へ介護報酬請求を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 10日までは、請求業務に追われる 比較的、事業所内での業務を行うことが多い
中旬	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">状況の確認</div> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険被保険者証更新手続きと訪問調査を（依頼があれば）実施する ケアプランの目標に対して達成度やサービスの満足度など基本的には自宅にてモニタリングを実施する モニタリングの結果、ケアプランの見直し、サービスの追加などを検討する サービス担当者会議を開催しケアプランの検討を行う 利用者宅を訪問し、翌月分サービス利用票・別表の確認と同意を得る 	<ul style="list-style-type: none"> 研修や会議等に参加しやすい時期 請求業務が終了すると、利用者宅への訪問により、不在が多くなる
下旬	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">翌月準備</div> <ul style="list-style-type: none"> サービス事業所へ翌月分サービス提供票を交付する 	

5 訪問看護ステーションの役割

(1) 訪問看護とは

- 看護師などが居宅を訪問して、主治医の指示や連携により行う看護である。
療養上の世話又は必要な診療の補助)
病気や障がいがあっても、医療機器を使用しながらでも、居宅で最期まで暮らせるように多職種と協働しながら療養生活を支援する。
- 訪問看護の対象者は小児から高齢者まで、年齢等を問わず訪問看護を必要とする全ての方を対象とする。
- 各々の訪問看護ステーションによって機能は多岐にわたっている。
 - ・365日24時間対応可能
 - ・精神科に特化
 - ・小児に対応可能
 - ・難病・末期癌等に対応可能等

＜訪問看護師の役割＞

- 健康状態のアセスメント ○日常生活の支援 ○心理的な支援 ○家族等介護者の相談・助言
- 医療的ケア ○病状悪化の予防（予防的看護） ○入退院時の支援 ○社会資源の活用支援 ○認知症者の看護 ○精神障がい者の看護 ○リハビリテーション看護 ○重症心身障がい児者の看護
- 終末期の看護 ○外泊日（入院中）の訪問看護

(2) 外泊日の訪問看護について

対象者：在宅に備えて一時的に外泊している人

回数：入院中1回（厚生労働大臣が定める疾病等*は2回）

*末期がん・神経難病等特化診療料の施設基準別表第7、特別管理加算等別表第8

備考：訪問看護指示書必要（医療保険での対応となる）

(3) 介護保険サービス事業所との委託契約による健康管理等について

24時間体制の訪問看護ステーション等が各事業所と連携して健康管理等を行なう体制を確保する。
また各事業所の人員基準を満たすため、連携し健康状態等の確認を行う。

＜委託契約による健康管理等を行う事業所＞

- ・通所介護（デイサービス）
- ・認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）
- ・短期入所生活介護事業所（ショートステイ）
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

＜連携し人員基準を満たすための事業所＞

- ・通所介護（デイサービス）

(4) 医療保険・介護保険の訪問看護の対象者について

介護保険法が他の法律に優先されるため介護保険の要介護者等の訪問看護は介護保険給付となるが、次の①、②、③は医療保険の訪問看護となる。

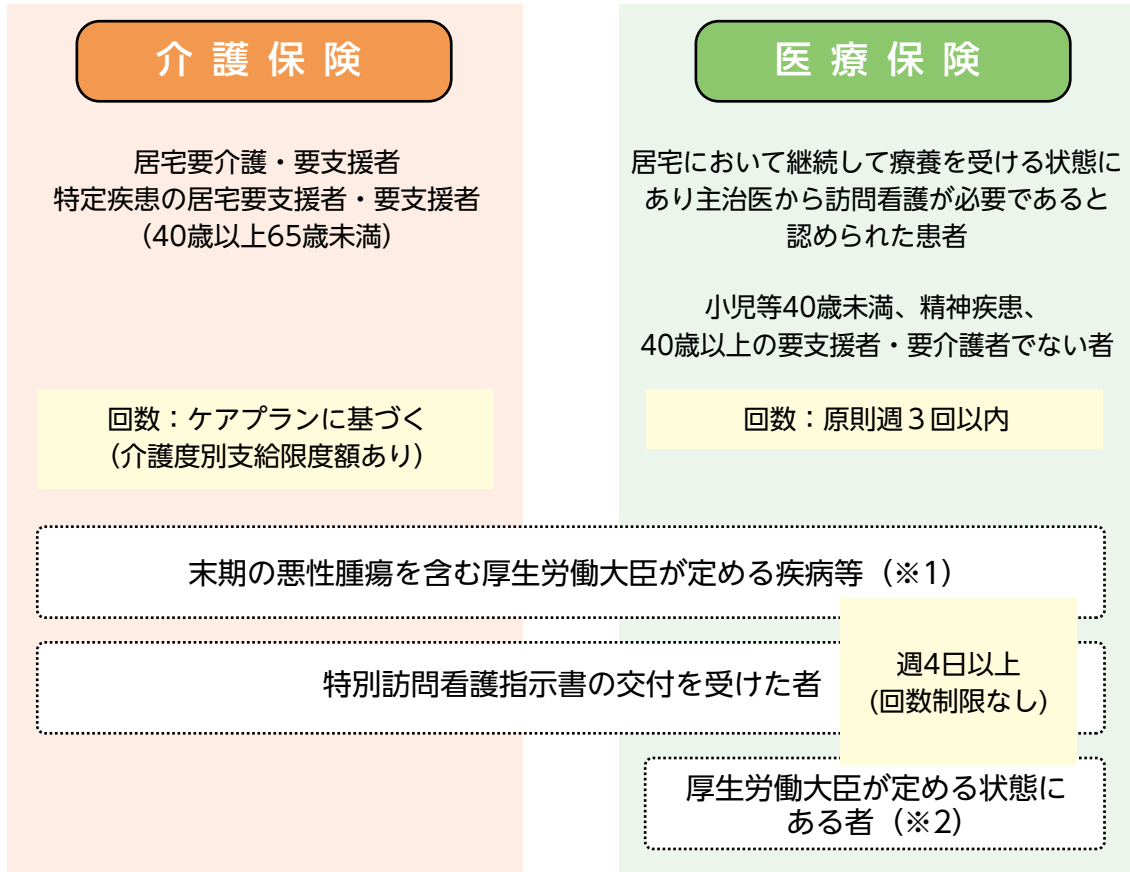
①末期の悪性腫瘍を含む厚生労働大臣が定める疾病等（※1）

②精神科訪問看護の対象者

③特別訪問看護指示書の指示期間

・ 1回14日以内で月1回を限度とする。

・ 気管カニューレを使用している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者は月2回交付できる。



※1（厚生労働大臣が定める「疾病等」）
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症）、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態の者

※2（厚生労働大臣が定める「状態にある者」）
1 在宅悪性腫瘍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 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、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を越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

6 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」第3条（平成15年法律第57号）において、「個人情報が、個人の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるべきものである」とされていることを踏まえ、個人情報を取り扱うすべての者は、その目的や様態を問わず、個人情報の性格と重要性を十分認識し、その適正な取扱いを図らなければならない。

(1) 医療機関

【患者・家族への説明と同意】

個人情報の利用目的について、患者・家族がいつでも確認できるよう、院内の掲示板やホームページ等に掲載し、院外への情報提供としての以下のような場合に利用が行われることを説明する。

また、患者が入院する際は、個人情報の取扱いについて説明をする。

- ① 医療機関等が患者に提供する医療サービス
 - ・他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者との連携
 - ・他の医療機関からの照会への回答
 - ・外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ・検体検査業務の委託、その他の業務委託
 - ・家族等への病状説明
- ② 診療費請求のための事務
 - ・医療、介護、労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
 - ・審査支払機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ・公費負担診療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ③ 管理運営業務
 - ・医療事故等の報告
- ④ 企業等から委託を受けて行う健康診断などにおける、企業等への結果の通知
- ⑤ 外部監査機関への情報提供

なお、掲載している利用目的等について、同意しがたい事項がある場合には、その旨を申し出てもらい、適切に対処する。申し出がない場合については、同意されたものとして扱う。

【介護支援専門員等への情報提供】

介護支援専門員等への情報提供について、患者・家族の同意が得られた場合、原則として、「安佐地区入院前情報提供シート」にある項目の情報提供が可能である。ただし、電話対応の場合、提供できる情報に制限がある。

(2) 介護支援専門員等

厚生労働省が定めるケアマネジメント業務の運営基準に基づき、各事業所で個人情報の取扱いを規定している。

【利用者・家族への説明と同意】

利用者とケアマネジメント業務の契約を結ぶ際、利用者・家族に対し、運営規定の概要等を記載した重要事項説明書を説明して交付を行い、その内容について利用者の同意を得る。個人情報

の取扱いについては、契約書、重要事項記載説明書に記載するとともに、関係機関との連携、サービス担当者会議など必要な範囲において使用することについて、個人情報使用同意書等の文書により利用者・家族から同意を得る。

【病院等への情報提供】

利用者・家族の同意が得られた場合、心身の状況（例えば、疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況について情報提供が可能である。

（3）主な関連法令等

- ・ 個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）
- ・ 個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）（平成28年個人情報保護委員会告示第6号）
- ・ 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月24日通知 平成18年4月21日改正 平成22年9月17日改正 平成28年12月1日改正）
- ・ 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月1日通知 令和2年10月一部改正）
- ・ 指定居宅介護事業等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）及び解釈通知（平成11年7月29日老企第22号通知）
- ・ 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第37号）及び解釈通知（平成18年3月31日老振発第0331003号・老老発第0331016号通知）

7 連携することによって算定できる報酬（令和3年9月現在）

診療報酬 (病院・診療所)	入院	介護報酬 (居宅介護支援事業所)
<p>入院時支援加算</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院時支援加算1 230点 入院時支援加算2 200点 <p>入退院支援加算</p> <p>入退院支援加算1</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料の場合 600点 療養病棟入院基本料の場合 1,200点 	<p>在宅での様子等 情報提供 *情報提供の際 は、安佐地区 入院前情報提 供シートの使 用を推奨。</p>	<p>入院時情報連携加算</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位
<p>介護支援等連携指導料（1回目） 400点</p>	←→	<p>退院・退所加算</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院・退所加算（Ⅰ）イ 450単位
<p>介護支援等連携指導料（2回目） 400点</p>	←→	<ul style="list-style-type: none"> 退院・退所加算（Ⅱ）イ 600単位
<p>退院前訪問指導料 580点</p>		
<p>退院時共同指導料2 400点</p> <ul style="list-style-type: none"> 多機関共同指導加算 2,000点 	←→	<ul style="list-style-type: none"> 退院・退所加算（Ⅰ）ロ 600単位 退院・退所加算（Ⅱ）ロ 750単位 退院・退所加算（Ⅲ） 900単位
<p>退院時共同指導料1</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所 1,500点 それ以外の医療機関 900点 		
<p>診療情報提供料</p> <p>診療情報提供料（Ⅰ） 250点</p>	<p>退院</p>	
<p>退院後訪問指導料 580点</p>		
<p>在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点</p>	←→	<p>緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位</p>
		<p>通院時情報連携加算 50単位</p>
		<p>特定事業所医療介護連携加算 125単位</p>
<p>※（診療報酬の詳細はP75～P77をご確認ください）</p>		<p>※（介護報酬の詳細はP78～P84をご確認ください）</p>

(1) 診療報酬

① 病院・診療所が算定できる報酬

入院前

入院時支援加算

入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、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、入院予定先の病棟職員と共有し、患者又はその家族等に説明を行い交付した場合に算定する。入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援の計画書（以下「療養支援計画書」という）を作成した場合は入院時支援加算1を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画書を作成した場合は、入院時支援加算2を算定する。当該計画書については診療録に添付又は記載する。

- ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
- ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ 栄養状態の評価
- オ 服薬中の薬剤の確認
- カ 退院困難な要因の有無の評価
- キ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク 入院生活の説明

- ・入院時支援加算1 230点
- ・入院時支援加算2 200点

入院中

入退院支援加算1

入院3日以内に退院困難な要件を把握し、退院に向けた計画（以下「退院支援計画」という）を7日（一般病棟等）以内に立案し、カンファレンスを実施した上で患者・家族に必要な支援を行った場合に算定できる。退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録等に記載する。（退院時1回）

- ・一般病棟入院基本料の場合 600点
- ・療養病棟入院基本料の場合 1,200点

介護支援等連携指導料（1回目） 400点 ※1 ICT活用でも算定可能な場合あり

初回の指導は、介護等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である。行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。

介護支援等連携指導料（2回目） 400点 ※1 ICT活用でも算定可能な場合あり

実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプラン等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。行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。また患者の同意を得た上で、ケアプラン等の写しを診療録等に添付する。

退院前訪問指導料 580点

入院期間が継続して1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、医師、医師の指示を受けた医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行う。1回の入院につき1回を限度とするが、入院後14日以内に訪問指導を行い、最終調整を目的に再度訪問指導を行う場合に限り2回分を算定する。

指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

退院時共同指導料2 400点 ※2 ICT活用でも算定可能な場合あり

入院中の患者について、入院医療機関の医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士が、退院後の在宅での療養上の必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の医師もしくは当該医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、訪問看護ステーション等と共同して行い、文書により情報提供した場合に入院している医療機関において算定する。（入院中1回まで。ただし厚生労働大臣が定める疾病等の患者については入院中2回まで）

◎入院医療機関の医師又は看護師等と在宅療養担当医療機関の医師もしくは看護師等、歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、介護支援専門員等のうち、3者以上と共同して指導を行った場合、多機関共同指導加算として2,000点を加算する。

退院時共同指導料1（在宅医が算定） ※3 ICT活用でも算定可能な場合あり

入院中の患者について、在宅療養を担う医師又は医師の指示を受けた看護師等が、入院している医療機関に赴いて、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、入院中の主治医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、地域において当該患者の退院後の在宅療養担当医療機関において算定する。（入院中1回まで。ただし厚生労働大臣が定める疾病等の患者については入院中2回まで）

- ・在宅療養支援診療所 1,500点
- ・それ以外の医療機関 900点

退院時共同指導料1・2のいずれも、行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載、又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録等に添付する。

入院中

診療情報提供料（I） 250点

医療機関が診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
交付した文書の写しを診療録に添付する。

退院後

退院後訪問指導料 580点

医療ニーズが高い患者（厚生労働大臣が定める状態の患者）が安心・安全に在宅療養に移行し、継続できるようにするために、患者が入院していた医療機関の医師、医師の指示を受けた医療機関の保健師、助産師又は看護師が、患家や介護保険施設（介護老人保健施設入所中、医療機関入院中は含まない）等に訪問し、患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上の必要な指導を行う。当該患者が退院した日から起算して1月（退院日を除く）を限度として、5回に限り算定する。
指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点（在宅医が算定）

※4 ICT活用でも算定可能な場合あり

訪問医が在宅での診療を行っている患者の状態の急変や治療方針の変更等に伴い、患家を訪問し、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、理学療法士、介護支援専門員等と共同でカンファレンスを行い、療養上の必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

当該在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載する。

在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載する。

② 訪問看護（介護予防を含む）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）が算定できる報酬

退院時共同指導加算 8,000円 ※5 ICT活用でも算定可能な場合あり

病院、介護老人保健施設等から退院・退所するに当たり、事業所の看護師等が、退院時共同指導（利用者又はその家族等に対し、病院、介護老人保健施設等の医師や看護師等と共同し、在宅療養生活の指導を行い、文書で指導内容を提供することをいう）を行った後、退院・退所後に初回の訪問看護サービスを行った場合に算定できる。内容については訪問看護記録書（訪問看護サービス記録書）に記録する。

（退院・退所につき1回まで、特別な管理を必要とする者は2回まで）

(2) 介護報酬

① 居宅介護支援事業所が算定できる報酬（介護予防を除く）

入院時

入院時情報連携加算

利用者が入院するに当たって、病院又は診療所の職員に対して利用者の心身の状況や生活環境など必要な情報を提供した場合に算定できる。情報提供を行った日時、場所、内容、提供手段等について居宅サービス計画等に記録する。（利用者1人につき月1回まで）

- ・入院時情報連携加算（Ⅰ） 入院後3日以内に情報提供した場合 200単位
- ・入院時情報連携加算（Ⅱ） 入院後4日以上7日以内に情報提供した場合 100単位

入院・入所中

退院・退所加算 ※6 ICT活用でも算定可能な場合あり

利用者の退院・退所に当たって、病院や介護保険施設等の職員と面談を行い利用者にかかる必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定できる。（入院・入所期間中につき1回まで）

- ・退院・退所加算（Ⅰ）イ
情報提供をカンファレンス以外の方法により1回受ける 450単位
- ・退院・退所加算（Ⅰ）ロ
情報提供をカンファレンスにより1回受ける 600単位
- ・退院・退所加算（Ⅱ）イ
情報提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受ける 600単位
- ・退院・退所加算（Ⅱ）ロ
情報提供を2回受け、うち1回はカンファレンスにより受ける 750単位
- ・退院・退所加算（Ⅲ）
情報提供を3回以上受け、うち1回はカンファレンスにより受ける 900単位

（カンファレンスについて）

- ① 病院又は診療所の場合は「退院時共同指導料2」の要件を満たしたものに参加した場合に限る。カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画書等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付する。
- ② 退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあっては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加すること。

看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等について

サービス利用票を作成した月においても利用実績のない月については居宅介護支援費を請求できないが、病院や介護保険施設等から退院・退所する者等であり、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者については、必要なケアマネジメントを行い、必要な書類の整備を行っている場合に居宅介護支援費を請求することができる。その際は居宅介護支援費を算定した旨を説明できるようケアプラン等に記録を残し、事業所においてそれらの書類を管理する。

緊急時等居宅カンファレンス加算 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、看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて利用者に必要な居宅サービス等の利用調整を行った場合に算定できる。カンファレンスの実施日、参加した医療関係職種等の氏名及び要点を居宅サービス計画等に記載する。(利用者1人につき月2回まで)

通院時情報連携加算 50単位

利用者が病院又は診療所において医師の診察を受ける時に介護支援専門員が同席し、医師等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の提供を行うとともに、医師等から利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合に算定できる。(利用者1人につき月1回まで)

特定事業所医療介護連携加算 125単位

下記の基準に適合し市へ届け出た居宅介護支援事業所が算定できる。(1月につき)

- ① 退院・退所加算に係る病院等との連携回数が、前々年度の3月から前年度の2月までの間において35回以上の場合。
- ② ターミナルケアマネジメント加算の算定実績が、前々年度の3月から前年度の2月までの間において5回以上の場合
- ③ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定している場合。

② 居宅療養管理指導によって算定できる報酬（介護予防を含む）

※居宅療養管理指導の単位数は、単一建物居住者1人に対して行う場合を記載

医師が行う場合 514単位（居宅療養管理指導費Ⅰ）

医師が訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員等に対するケアプラン策定等に必要な情報提供並びに利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合。（利用者1人につき月2回まで）

歯科医師が行う場合 516単位

歯科医師が訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員等に対するケアプラン策定等に必要な情報提供並びに利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合。（利用者1人につき月2回まで）

薬剤師が行う場合

薬剤師が医師又は歯科医師の指示に基づき、訪問して薬学的な管理指導を行い、介護支援専門員等に対するケアプラン策定等に必要な情報提供を行った場合。（利用者1人につき、病院又は診療所の薬剤師は月2回まで、薬局の薬剤師にあっては月4回まで、末期の悪性腫瘍の者、中心静脈栄養を受けている者は月8回まで）

- ・病院又は診療所の薬剤師が行う場合 565単位
- ・薬局の薬剤師が行う場合 517単位

管理栄養士が行う場合

管理栄養士が医師の指示に基づき、訪問して患者又はその家族等に作成した栄養ケア計画を交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上行った場合。（利用者1人につき月2回まで）

- ・居宅療養管理指導事業所の管理栄養士 544単位（居宅療養管理指導費Ⅰ）
- ・当該事業所以外の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションとの連携により確保した管理栄養士 524単位（居宅療養管理指導費Ⅱ）

歯科衛生士等が行う場合 361単位

歯科衛生士、保健師又は看護職員が訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、訪問して利用者又はその家族等に作成した管理指導計画を交付するとともに、当該管理指導計画に従った療養上必要な実施指導を1対1で20分以上行った場合。（利用者1人につき月4回まで）

※『医師・歯科医師』

居宅療養管理指導の提供に当たり、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるように留意し、関連する情報については介護支援専門員等に提供するように努める。

※『薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士等』

居宅療養管理指導の提供に当たり、利用者の社会生活面の課題にも目を向けた地域社会における様々な支援につながる情報を把握し、関連する情報を指示を行った医師又は歯科医師に提供するように努める。

③ 訪問看護（介護予防を含む）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）が算定できる報酬

退院時共同指導加算 600単位 ※7 ICT活用でも算定可能な場合あり

病院、介護老人保健施設等から退院・退所するに当たり、事業所の看護師等が、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、介護老人保健施設等の主治の医師その他の従事者と共同し、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をいう）を行った後、退院・退所後に初回の訪問看護サービスを行った場合に算定できる。内容については訪問看護記録書（訪問看護サービス記録書）に記録する。

（退院・退所につき1回まで、特別な管理を必要とする者は2回まで）

④ 介護保険施設等が算定できる報酬

入所時

【介護老人保健施設】（老健）

退所時等支援等加算

- ・入退所前連携加算（Ⅰ）
下記の①②に適合する場合 600単位
- ・入退所前連携加算（Ⅱ）
下記の②のみに適合する場合 400単位

（入所者1人につき1回まで）

- ① 入所予定前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、入所者の同意を得て退所後の居宅サービス等を定める。
 - ② 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス等を利用する場合に、利用を希望する居宅介護支援事業者に対して入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて入所者に係る居宅サービス等に必要な情報を提供し、居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行う。
- ①・②のいずれも、連携を行った日及び内容の要点に関する記録を行う。

入院・入所中

【介護老人保健施設】（老健）

かかりつけ医連携薬剤調整加算

- ・かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） 100単位

- ① 老健の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
- ② 入所後1月以内に、状況に応じて入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、主治の医師に説明し、合意を得ていること。
- ③ 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後1月以内に、入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

- ・かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位

- ① かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）の算定要件を満たすこと。
- ② 入所期間が3月以上であると見込まれる入所者であること。
- ③ 入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。（LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用）

- ・かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位

- ① かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）の要件を満たすこと。
- ② 6種類以上の内服薬が処方されており、入所中に処方内容を老健の医師と主治の医師が共同し、総合的に評価・調整し、老健の医師が入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少させること。合意した内容や調整の要点を診療録に記載する。

(留意事項)

- ・算定における内服薬の種類数の計算は、1 銘柄ごとに 1 種類として計算
- ・各加算は、それぞれ下位区分の加算に上乘せして算定
- ・入所者 1 人につき 1 回を限度として算定
- ・退所時に所定単位数を加算

【介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設、介護医療院】**在宅復帰支援機能加算 10単位**

算定日が属する月の前 6 月間において退所（退院）した者の総数のうち、在宅において介護を受けることとなった者の占める割合が 3 割を超え、退所（退院）後 30 日以内に当該施設（病院）の職員が退所（退院）した者の居宅を訪問又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、その者の在宅における生活が 1 月以上継続する見込みであることを確認・記録し、下記の基準に適合する場合に算定できる。算定を行った場合は算定根拠等の関係書類を整備しておく。（1 日につき）

- ① 入所（入院）者の家族と連絡調整を行っている。
- ② 入所（入院）者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対し、入所（入院）者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所（退院）後の居宅サービスの利用に関する調整を行っている。

【介護療養型医療施設、介護医療院】**退院時等指導加算**

- ・退院（退所）前連携加算 500単位

入院（入所）期間が 1 月を超える者が退院（退所）し、その居宅において居宅サービスを利用する場合、利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入院（入所）者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて入院（入所）者に係る居宅サービス等に必要な情報を提供し、連携して退院（退所）後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に算定できる。連携を行った日及び内容の要点に関する記録を行う。（入院・入所者 1 人につき 1 回まで）

【介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護医療院】**再入所時栄養連携加算 200単位 ※8 ICT 活用でも算定可能な場合あり**

当該施設の入所時に経口により食事を摂取していた者が、退所後医療機関へ入院し、入院中に経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該施設へ入所した場合を対象とする。当該施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、入院する医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、入院する医療機関の管理栄養士と連携し再入所後の栄養ケア計画を作成し、再入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定できる。（入所者 1 人につき 1 回まで）

入院・入所中

【特定施設入所者生活介護】（有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム）
退院・退所時連携加算 30単位 **※9** ICT活用でも算定可能な場合あり

病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院から当該特定施設へ入居した場合、利用者の退院・退所に当たって、当該医療提供施設の職員と面談等を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、特定施設サービス計画を作成し、特定施設サービスの利用に関する調整を行った場合に算定できる。

（入居日から30日間に限り1日30単位）

退院・退所後

【特定施設入所者生活介護（介護予防を含む）】（有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム）

医療機関連携加算 80単位 **※10** ICT活用でも算定可能な場合あり

看護職員が利用者ごとに健康状況を継続的に記録している場合において、利用者の同意を得て、協力医療機関又は利用者の主治医（以下「協力医療機関等」という）に対して、利用者の健康の状況について月に1回以上情報提供した場合に算定できる。（1月につき）

（留意事項）

- ・ 情報提供した日の前30日以内において、特定施設入所者生活介護（介護予防を含む）を算定した日が14日未満の場合は算定できない。
- ・ あらかじめ協力医療機関等と情報提供の期間及び提供する情報の内容について定めておく。
- ・ 情報提供は面談、文書又は電子メールも可能。
- ・ 情報提供した場合、協力医療機関の医師又は利用者の主治医から受領の確認を得る。

< ICT 活用に関する留意事項 >

(1) 診療報酬

※1 介護支援等連携指導料

当該共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関の医療関係職種と介護支援専門員又は相談支援専門員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

※2 退院時共同指導料 2

共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

退院時共同指導料 2 の多機関共同指導加算における共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養担当医療機関等のうち、2 者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。

※3 退院時共同指導料 1

共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

※4 在宅患者緊急時等カンファレンス料

当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、以下のア及びイを満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

ア 当該カンファレンスに 3 者以上が参加する

イ 当該 3 者のうち 2 者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っている

※5 退院時共同指導加算

共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

3 者以上が共同で指導を行う場合、当該利用者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養を担う保険医療機関等のうち 2 者以上は、利用者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。

※1～5 共通

患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導、カンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応している。

(2) 介護報酬

※6 退院・退所加算

面談は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者又はその家族の同意を得なければならない。

「退院時共同指導料2」のカンファレンスについては※2を参照。

※7 退院時共同指導加算

退院時共同指導は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者又はその看護に当たる者の同意を得なければならない。

※8 再入所時栄養連携加算

指導又はカンファレンスへの同席は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、当該者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該者又はその家族の同意を得なければならない。

※9 退院・退所時連携加算

当該面談等は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。

※10 医療機関連携加算

面談による場合について、当該面談は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。

※6～10 共通

テレビ電話装置等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

8 要介護認定申請の流れ

要介護認定の申請

利用者(被保険者)がお住いの区福祉課高齢介護係または出張所へ持参、または郵送により申請

※家族が申請するか、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設、地域包括支援センターなどに申請を依頼することもできます。

※介護保険被保険者証を添えて申請。(見当たらない方は再交付申請をします。)

※2号被保険者は、医療保険証とお持ちの方は介護保険被保険者証を添えて申請します。

※通知を本人が受け取ることが出来ない場合は、送付先変更の届出が出来ます。

※末期がん等で急を要する場合は、ケアマネジャーや主治医から、その旨を区福祉課高齢介護係に相談してください。(要介護認定の効力は、申請日にさかのぼって発生します。)

広島市の担当者、または市が委託した指定居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(ケアマネジャー)が、聞き取り調査を行います。

申請の翌日：本人には資格者証(暫定被保険者証)を郵送

調査員と主治医には依頼の書類を郵送

認定調査

主治医意見書

区福祉課高齢介護係で、認定調査と主治医意見書の確認、審査会日程の調整(約1週間)

介護認定審査会委員へ依頼

※調査結果(認定調査と主治医意見書にもとづくコンピューター判定(一次判定)等)の通知、審査判定依頼。

※審査会の1週間前までに審査会資料が審査会委員へ郵送されます。

介護認定審査会による審査判定 (二次判定)

※審査会は保健・医療・福祉に関する専門家で構成しています。

要介護認定

結果通知

※審査会の翌日に、区福祉課高齢介護係から要介護認定結果通知と介護保険被保険者証を郵送します。

※原則として、申請から30日以内に認定結果を通知します。(延期されることがあります)

事業対象者

非該当と認定された方で生活機能の低下がみられる方は、基本チェックリストによる判定を区地域支えあい課又は地域包括支援センターの窓口等で受け、事業対象者と判定されれば、介護予防・生活支援サービス事業の対象となります。

広島市のホームページに掲載があります。申請書のダウンロード可能です。

9 介護保険主治医意見書の記載例

介護保険主治医意見書の記載例(主治医意見書記載のポイントアドバイス)

・実際の意見書の記載で重要なのは下調べ

- 1) かかりつけの医師は地域での患者さんの日常生活を知るように心がける。
- 2) 日頃の診療において、付き添って来る家族より患者さんの日常生活を把握する。
- 3) 診察室だけではなく、待合いの状況など看護師などのスタッフからの情報や協力も必要となる。
- 4) 集めた情報を「介護の手間」という観点から介護認定審査会委員に伝わるように書く。

・書く前に集める情報

安佐医師会発行の主治医意見書作成のための予診票を家族に書いてもらおうと便利。

1) 身体に関する情報

身長、体重の変化。四肢(利き腕や欠損)麻痺、拘縮(有無と部位)。

2) 生活に関する情報

屋内、屋外の移動(手段や距離、回数)、食事、徘徊、入浴(回数や程度)、睡眠。

3) 行動に関する情報

外出(頻度)、認知機能(物忘れや見当識)、認知症の影響(介護への抵抗、火の扱い)。

・集めた情報を主治医なりに咀嚼してまとめる重要性

- 1) 診断名や治療だけではなく、それらが日常生活に与える影響も記載。
- 2) 家族やサービス利用による介護の必要性。
- 3) 「医療」と「介護」をつなぐための情報源。
- 4) 患者さん本人、家族、看護師、ケアスタッフ、ケアマネジャーとの連携や協力も必要。

主治医意見書のまとめ

- ・医師は診断書や証明書を書くのに慣れているが介護に関しては不慣れ。特に介護の手間と頻度の記載が難しい。
- ・申請者が外来、入院、在宅、施設と多岐にわたり直近の十分な情報が得られない。
- ・主治医意見書の「特記すべき事項」の記載が無い(約20%)。
- ・一次判定変更のための重要性が浸透していない。
- ・個性的な文字は避ける(パソコン、ソフトの活用)。
- ・記載事項をパソコンで詰め込まない(介護認定審査会委員は膨大な量を読み込まないといけないので、簡略に要点を記載する)。

診断名

・生活機能低下の直接の原因になっている傷病名を比重の高い順番で記載。医学的な疾病の重症度の順位比較ではない。(介護の手間が生じてくる状態についての全体像を示す診断名を記載)

・特定疾病。40歳以上65歳未満の第2号被保険者の場合、指定された16病名があれば審査を通る。

明確に判断できるような診断名を記載する(診断名がないと確認のため戻される)。

・特定疾病とは？

- 1. がん末期2. 関節リウマチ3. 筋萎縮性側索硬化症(ALS)4. 後縦靭帯骨化症5. 骨折を伴う骨粗鬆症6. 初老期における認知症7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病8. 脊髄小脳変性症9. 脊柱管狭窄症10. 早老症11. 多系統萎縮症12. 糖尿病性腎症、網膜症、神経障害13. 脳血管疾患14. 閉塞性動脈硬化症(ASO)15. 慢性閉塞性肺疾患(COPD)16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

安定性

「不安定」とした場合の具体的な状態を書く。実際、介護判定で要介護1と要支援2の分かれ道になるので重要。ここ半年で介護度に変化が生じることが予測される場合「不安定」を選択、具体的な内容を記載。

認知症

人との接触性は比較的良好、受け答えがスムーズでも、作話やわからないことを巧妙にごまかす場合もある。認知症が潜んでいないか見出す努力、など外来診療だけでは判断できない場合が多い。

認知機能のための情報収集として、意思疎通が出来ない、家族を認識できない、同じものを何度も買ってくる、外出し道に迷う、着替えをしても順番が不適切、尿・便失禁、リハビリパンツを外す、幻覚、怒りっぽい、些細なことで大声を上げる、入浴を拒否することが多いなどをチェックするとわかりやすい。

麻痺

- ・主治医意見書では医学的な運動、知覚機能の障害を記載。
- ・調査員は痛みがあっても動かせない場合も麻痺と判定。
- ・患者さんは異なる使い方をしているので注意!
- ・調査員は四肢の動かしにくさ、筋力の低下をみている。
- ・様々な原因による筋力の低下、意識障害、パーキンソン病、重度の寝たきり、関節の可動制限も麻痺としている。
- ・調査員は日常生活に支障がないと「麻痺なし」と判定している。
- ・「しびれ感」だけでは「麻痺なし」と判定。
- ・バラツキが多い!

「特記すべき事項」欄の重要性

主治医意見書の最後の項目「医療」と「介護」をつなぐための重要な記載が求められる。「介護の手間」を具体的に記載。身体機能の低下に伴い生じる介護の手間、生活に支障があるかどうかを記載する。現在約2割は記載されていない状況(情報伝達を放棄したことによる)。

「特記すべき事項」の記載方法

- ・適切な一次判定修正を行うための根拠となる。
- ・介護の「手間」と「頻度」の記載が重要である。
- ・介護の手間とは？例えば歩けないだけではダメで、歩けないことで日常生活にどのような不便があり、介護側にどのような手間がかかるのかを記載する。利用者の病態を正確に介護保険に反映させる。
- ・介助量を基本に(移動、排泄、食事などの記載は重点的に)、どのような介護が必要か生活の全体像を記載する。2回目以降の場合、前回に比べて介護の必要度が不変か減少か増加しているかも記載する。

10 主治医意見書作成のための予診票

主治医意見書作成のための予診票

安佐医師会

・この「予診票」は、主治医が申請者（患者）の現状を正確に知るために記入いただくものです。
 ・申請者（患者）又は、家族の方がわかる範囲内で記入して、主治医に提出ください。
 （ピンク色の封筒が同封されている場合は、この「予診票」と併せて主治医にお渡しください。）

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者本人(患者)氏名 _____ 記載者氏名 _____ 関係 _____

1. 現在継続的に診察や治療を受けている病院や診療所がありますか？あてはまる の中に○を付けてください。
 無 有
- 有の場合 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科
 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他()
- 医療機関名 _____

2. 今までにかかった病気を記入してください。(入院した病気、手術、骨折、内臓の病気など)
 何歳頃、病名:

3. 申請者の利き腕は？ _____ 右利き・左利き
4. 身長は？ _____ cm 体重は？ _____ kg 過去6カ月の体重の変化は？ 増加・変化なし・減少
5. 現在の食欲は？ _____ 良好・不良 現在の栄養状態は？ _____ 良好・不良
6. 日常生活の自立の程度は、次のどのレベルにあたると思われますか？あてはまるところの上部枠に○を付けてください。

日常生活は何とか自分ででき、外出も一人でできる。	家の中の生活は自分でできるが、外出には助けが必要。	家の中の生活に手助けが必要。歩くのが難しいが、食事や排泄は寝床から離れて行う。	一日中寝床で過ごし、排泄、食事、着替えに介助が必要。

7. もの忘れの程度は、次のどのレベルにあたると思われますか？あてはまるところの上部枠に○を付けてください。

もの忘れはない。	時々もの忘れがあるが、日常生活には困らない。	もの忘れが目立つが、周囲に迷惑をかけることはない。	もの忘れがひどく、注意していないと周囲に迷惑をかける。	もの忘れがひどく、そばで常に見守りや声かけが必要。	著しい精神症状や問題行動が多く、専門医療が必要。

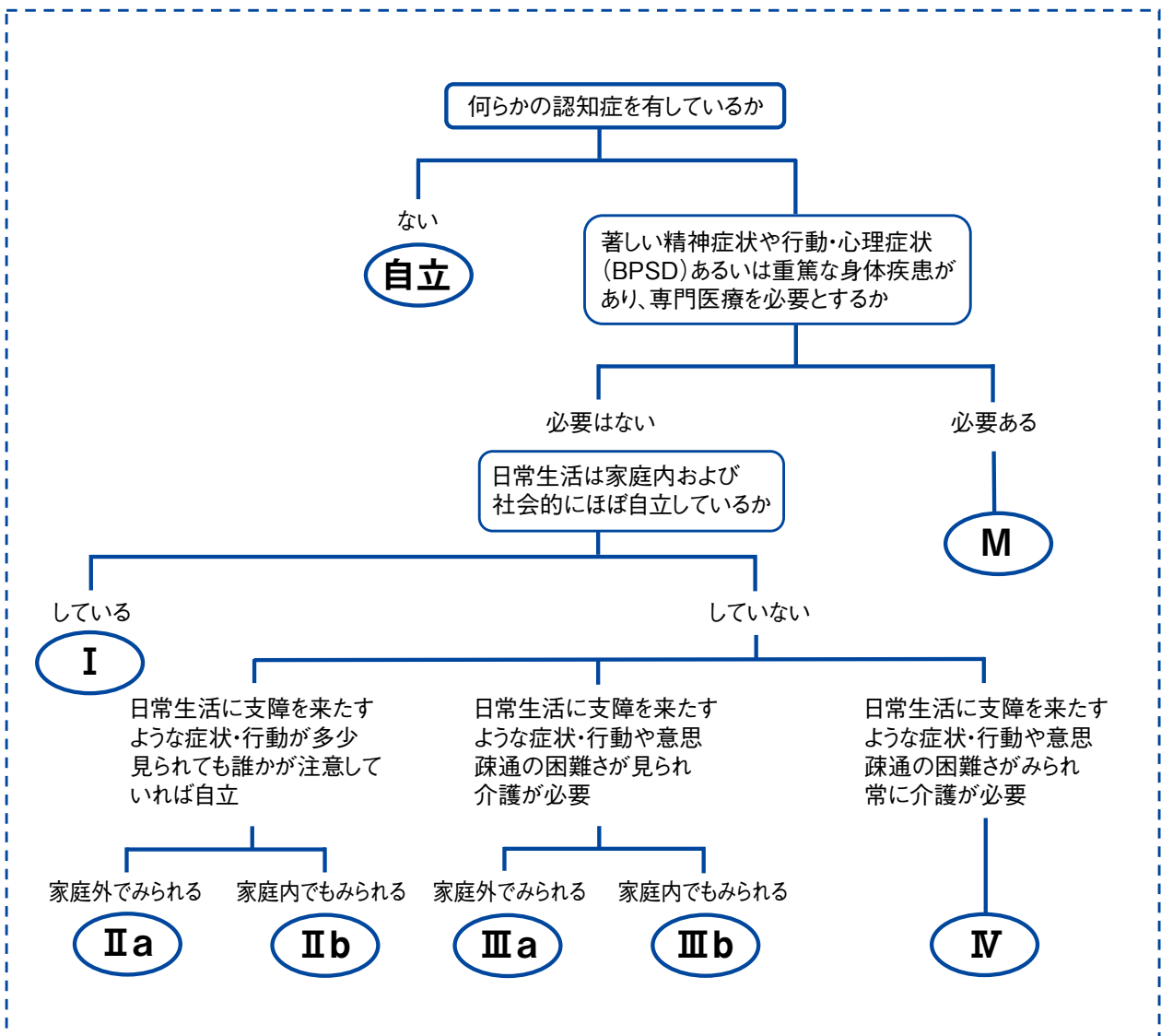
8. 耳は聞こえますか？ _____ 聞こえる・聞こえにくい・ほとんど聞こえない
9. 目は見えますか？ _____ 見える・見えにくい・ほとんど見えない
10. 会話はうまくできますか？ _____ できる・難しい・できない
11. 手・足・指などの体の一部になくなったところ(欠損)はありますか？ _____ ない・ある(部位 _____)
12. 体の一部が麻痺していたり不自由なところがありますか？ _____ ない・ある(部位 _____)

【裏面にもご記入をお願いします】

13. 関節がかたくなって動きにくいところがありますか？ ない ・ ある（部位.....）
14. 関節の痛みが強いところがありますか？ ない ・ ある（部位.....）
15. 床ずれ（じょくそう）がありますか？ ない ・ ある（部位.....）
16. 屋外を自分で歩いていますか？ 一人で歩いている ・ 押し車や杖が必要 ・ 歩いていない
17. 移動に車いすを使っていますか？ 使っていない ・ 自分で運転して移動 ・ 他人に押ししてもら
18. 屋内を自分で歩いていますか？ 一人で歩いている ・ 押し車や杖が必要 ・ 歩いていない
19. 食事は自分でできますか？ できる ・ やや難しい ・ できない
20. 食べ物や飲み物をうまく飲み込むことができますか？ できる ・ むせやすい ・ できない
21. 風呂に入って体を洗うことができますか？ 自分でできる ・ 手助けが必要 ・ できない
22. 排泄、排便の後始末はできますか？ 自分でできる ・ 一部手助けが必要 ・ できない
23. 排泄の方法はどれですか？ 便所 ・ ポータブルトイレ ・ オムツ
24. 便や尿がもれることがありますか？ ない ・ ときどきある ・ ある
25. 衣服の着脱はできますか？ 自分でできる ・ 一部手助けが必要 ・ すべて介助
26. 飲み薬を自分で管理して服用できますか？ 自分でできる ・ 手助けが必要 ・ すべて介助
27. 金銭の管理はできますか？ 自分でできる ・ 一部手助けが必要 ・ すべて介助
28. 以下に示す症状のうち申請者によく認められる症状に○をつけてください。
 ときどき認められる症状には△、認められない症状には×をつけてください。
-（.....）いつも同じことを言ったり、聞いたりする。
-（.....）大切なものをなくしたり、置き忘れたりする。
-（.....）薬の飲み忘れや、飲み方の間違いがある。
-（.....）少し前のことも、すぐに忘れてしまう。
-（.....）自分勝手に行動する。
-（.....）独り言や独り笑いがある。
-（.....）自分のいる所がわからなくなったり、時間の感覚が不正確だったりする。
-（.....）実際にはないものが、見えたり聞こえたりすると言う。
-（.....）実際にはなかったことをあつたように言う。
 ..（たとえば、お金とか大切なものを誰かに取られたとか、なくなったとか言う。）
-（.....）昼間に寝ていることが多く、夜になると起きて動き回ったり、大声を出したりする。
-（.....）今までなかったような暴言を吐いたり、暴力を振るったり、介護に抵抗したりする。
-（.....）目的もなく外出して徘徊する。
-（.....）ガスコンロの消し忘れや鍋こがしなど火の不始末がある。
-（.....）排便後などに便を触ったりする不潔な行為をすることがある。
-（.....）本来食べられないようなものを食べたり、食べようと口に入れたりすることがある。
-（.....）性的な迷惑行為をすることがある。
29. その他、困っていることがありましたら、ご自由にお書きください。

11 認知症の日常生活自立度の判断

		ADL（日常生活活動）				
		自立	家庭外で支障	家庭内で支障	介護が必要	常に介護が必要
BPSD (行動・心理症状)	なし	I	II a	II b	III a	IV
	日中を中心	III a	III a	III a	III a	IV
	夜間を中心	III b	III b	III b	III b	IV
	著しい精神症状等	M	M	M	M	M



出典：「認知症サポート医養成研修テキスト」p.100-101，国立研究開発法人 国立長寿研究センター（2018）

12 認知症症例の意見書の書き方

項目	介護の手間を把握するための視点（例）
(1)認知機能	<ul style="list-style-type: none"> ・HDS-R15/30 ・記憶と見当識の障害が高度 ・全く意思疎通ができない
(2)日常生活活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ゴミの分別ができず、決められた曜日にゴミを出せない ・干してある洗濯物を生乾きで取り込んでしまう ・夫に食事のメニューの希望を聞くが、いつも同じ「野菜炒め」しか出てこない ・薬の飲み忘れや重複内服が多い ・衣服やエアコン等による温度調整ができない ・冷蔵庫の中に同じ食べ物が大量にたまっている ・入浴を拒否する ・オムツを使用しているが自分で外してしまう
(3)行動・心理症状	<ul style="list-style-type: none"> ・不安が強い ・ひとりで外出して戻って来られず警察に保護される ・意欲が低下し、自宅に引きこもっている状態 ・妻に対して暴言・暴力があるが、デイサービススタッフには穏やかである
(4)処方内容とその影響	<ul style="list-style-type: none"> ・少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した
(5)現在受けている支援及び今後必要な支援	<ul style="list-style-type: none"> ・介護負担軽減のためデイサービス利用を勧めているが、本人が拒否するため利用できていない ・廃用が進んでおり、頻回のデイサービスかデイケアの利用が必要である ・昼夜逆転しており、サービス利用により生活のリズムを取り戻す必要がある ・今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある
(6)生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・独居 ・公団の4階に住んでいてあまり外出しない
(7)家族の状況と介護負担	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の妻と二人暮らしである ・主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している
(8)経過・頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLは悪化しつつある ・ほぼ毎晩徘徊しており、家族が気が付かないことがある
(9)現在ある困難や危険性及び今後予想される困難や危険性	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病があり薬の過剰内服による低血糖の危険がある ・エアコン等による室温管理ができず、夏には熱中症の危険がある ・しばしば経済被害を受けている ・今後、家人へ暴力をふるう危険がある ・家族の介護負担が大きく、虐待や介護心中等も危惧され、多職種で連携して支援していく必要がある ・古くなった食べ物を食べればしばしば下痢をしている ・徘徊に対してGPSを利用し、何とか事なきを得ている
(10)身体合併症	<ul style="list-style-type: none"> ・肺炎を来たしたが認知症のため外来で点滴治療を行っている
(11)評価に際しての留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・症状は1日のうちでも大きく変動している ・とりつくりのため正常にみられる

13 在宅における介護保険サービスの利用事例

(1) 『介護保険サービスの利用料等について』

①介護保険の利用例における留意事項

- (ア) サービス単位は基本単位を記載（福祉用具は標準的な単位、価格）。各事業所で単位、加算項目、その他必要な費用は異なります。（月4週で計算）
- (イ) 利用者負担額は1割で計算。2割、3割負担の方、被爆者健康手帳等の公費助成のある方は負担金額が異なります。
- (ウ) 短期入所生活介護利用について：利用曜日が重なるサービスの利用回数は減らさず短期入所生活介護の単位を追加で記載しております。
- (エ) 居宅療養管理指導の算定回数について：（医師）月2回まで、（歯科医師）月2回まで、（薬局の薬剤師）月4回まで算定ができ、職種により算定できる回数が異なります。
※（詳細はP80をご確認ください）

②1単位の単価（介護保険の利用例で利用する介護保険サービスのみ抜粋）

サービス種類	1単位の単価
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護	10.70円
通所リハビリテーション、短期入所生活介護	10.55円
通所介護、短時間型デイサービス	10.45円
福祉用具貸与、居宅療養管理指導	10円

③居宅サービスの支給限度額

要介護状態区分	支給限度額（1か月あたり）
要支援 1	5,032単位（50,320円程度）
要支援 2	10,531単位（105,310円程度）
要介護 1	16,765単位（167,650円程度）
要介護 2	19,705単位（197,050円程度）
要介護 3	27,048単位（270,480円程度）
要介護 4	30,938単位（309,380円程度）
要介護 5	36,217単位（362,170円程度）

④利用者負担の軽減制度

世帯の所得額に応じ、高額療養費（医療保険）、高額介護（介護予防）サービス費（介護保険）により1か月の利用者負担限度額、高額医療合算介護（介護予防）サービス費（医療保険+介護保険）により1年間の利用者負担限度額を超えた場合は、申請により超えた額が支給される制度があります。

⑤介護保険サービス費用とは別にかかる費用（一部抜粋）

(ア) 通所サービス
 昼食費：約600円

介護保険サービス費用の
 利用者負担額（1割～3割）

+

昼食費

=

自己負担額

※通所サービスの昼食費は1食あたりの平均的な金額を記載。各事業所で費用は異なります。

(イ) 短期入所生活介護（令和3年8月から）

利用者負担段階	居住費（1日）			食費 （1日3食）
	ユニット型 個室	従来型 個室	多床室	
基準費用額	2,006円	1,171円	855円	1,445円
第1段階	820円	320円	0円	300円
第2段階	820円	420円	370円	600円
第3段階①	1,310円	820円	370円	1,000円
第3段階②	1,310円	820円	370円	1,300円

介護保険
 サービス
 費用の
 利用者
 負担額
 （1割～3割）

+

居住費

+

食費

=

自己
 負担額

利用者負担段階	所得要件	資産要件
第1段階	生活保護受給者	—
	老齢福祉年金受給者	預貯金等：単身1,000万円以下、 夫婦2,000万円以下
第2段階	年金収入等：80万円以下	預貯金等：単身650万円以下、 夫婦1,650万円以下
第3段階①	年金収入等：80万円超120万円以下	預貯金等：単身550万円以下、 夫婦1,550万円以下
第3段階②	年金収入等：120万円超	預貯金等：単身500万円以下、 夫婦1,500万円以下

※基準費用額は国が示す基準額であり各事業所で費用は異なります。

※第1段階の所得要件：老齢福祉年金受給者は住民税非課税世帯、配偶者非課税で資産要件に該当する者。

※第2～3段階は住民税非課税世帯、配偶者非課税で所得要件および資産要件に該当する者。

※⑤（ア）（イ）は『介護保険の利用例』の利用者負担額には含まれておりません。

(2) 介護保険の利用例

①『要支援1の場合』

性別・年齢	女性・70歳	要介護度	要支援1
家族構成など	持ち家1戸建てに1人暮らし。県外に長男家族が在住し年に1回帰省。		
体の状況 (既往など)	高血圧。両変形性膝関節症で膝痛があり1本杖で歩行。中腰、長時間の立位保持が困難である。		
支援の必要性	ADLの維持・向上、家事動作が自立できるような手助けや声掛け、安否確認のための見守り支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前			短期集中 予防支援訪問 サービス(PT) 月2回				
	訪問介護 (利用者と一緒に 手助けや声か け及び見守りし ながら行う掃 除、整理整頓)		※1回60分		公民館活動 (絵手紙サーク ル)月1回		
午後							
		散歩				散歩	
週単位 以外の サービス	【福祉用具貸与】手すり(ベッド横に設置) 民生委員による見守り(月1回)						

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)
支給 限度 額内	訪問介護 (60分)	1,176単位(1か月)	月4回 (週1回)	1,259円
	手すり貸与	260単位	1個	260円
	【合計】	1,436単位		①1,519円
限度 額外	短期集中予防支援訪問サービス (PT)(60分)	1,180円(1回)	月2回	2,360円
	【合計】	—		②2,360円
	インフォーマルサービス名	利用料金	利用回数	利用者負担額
	公民館活動(絵手紙サークル)	1,000円(1か月)	月1回	1,000円
	民生委員による見守り	—	月1回	—
	【合計】	—		③1,000円
	1か月の利用者負担額(①+②+③)			4,879円

②『要支援2の場合』

性別・年齢	女性・75歳	要介護度	要支援2
家族構成など	賃貸アパートの1階に1人暮らし。近隣に長女家族が住んでおり、週末に支援のため訪問。		
体の状況 (既往など)	骨粗鬆症。右大腿骨頸部骨折術後、歩行器で歩行可。		
支援の必要性	ADLの維持・向上支援、再転倒の予防、安否確認のための見守り支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前						家事支援 (長女)	家事支援 (長女)
		短時間型 デイサービス		いきいき サロン (月2回)	短時間型 デイサービス		
午後							
	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス		
週単位 以外の サービス	【福祉用具貸与】歩行器、手すり(トイレ、玄関に設置) 民生委員による見守り(月1回)						

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)	
支給 限度 額内	短時間型デイサービス	2,955単位(1か月)	月8回 (週2回)	3,088円	
	歩行器	260単位(1か月)	1台	260円	
	手すり貸与	トイレ	330単位(1か月)	1個	330円
		玄関	330単位(1か月)	1個	330円
	【合計】	3,875単位		①4,008円	
	インフォーマルサービス名	利用料金	利用回数	利用者負担額	
限度 額外	いきいきサロン	500円(1回)	月2回	1,000円	
	配食サービス	514円(1食)	月20食(週日)	10,280円	
	民生委員による見守り	—	月1回	—	
	【合計】	—		②11,280円	
1か月の利用者負担額(①+②)				15,288円	

⑧介護予防サービス・支援計画(要支援1)

介護予防サービス・支援計画書

No. ○○

利用者名 ○○ ○○ 様(男・女) 70 歳 認定年月日 令和 3 年 3 月 20 日 認定の有効期間 令和 3 年 2 月 10 日～令和 4 年 2 月 28 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

事業対象者

計画作成者氏名 ○○ ○○

委託の場合:計画作成者事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 R 3 年 3 月 25 日(初回作成日 R 3 年 3 月 25 日)

担当地域包括支援センター: H 地域包括支援センター

目標とする生活

1 日	毎日体操を行う。	1 年	県外に住む息子の家に新幹線に乗って行きたい。
-----	----------	-----	------------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について 屋内は伝い歩き、屋外は杖で休みながら歩いている。両膝の痛みがあるため起居動作に時間がかかる。受診など外出はタクシーを利用している。気が向いたら散歩をする。	(本人)外を歩くことに自信をつけたい。ベッドから起き上がる時や立ち上がる時に転倒しそうになる。 (長男)転倒しないように生活して欲しい。	■有 □無 膝の痛みと転倒への不安から筋力が低下している。リハビリを行うことで機能向上が見込まれる。	膝の痛みから移動に時間を要し、転倒に対する不安もあり外出の機会が減少している。 下肢筋力低下の改善と環境整備や膝に負担の少ない家事方法を習得することでできることがある。	(目標) いきいき百歳体操に歩いて行けるようになる。 (具体策) ①定期的な受診を継続し毎日の体調管理を行う。 ②ヘルパーと一緒に掃除や片付けを行い、痛みの軽減を図る。 ③リハビリ専門職に家事を行う時の動きの工夫や外出時の歩行状態の確認、運動のポイントを覚えてもらう。 ④福祉用具を使用し起き上がり、立ち上がり動作を安全に行う。 ⑤散歩を週 2 回行う。 ⑥公民館活動に参加する。(絵手紙サークル) ⑦民生委員による見守り支援を受ける。	①(本人)病院へは継続していく。血圧、体重測定を行い、血圧手帳に記載する。間食の量に気を付ける。 ②(本人)一緒に掃除をしてもらえると膝の痛みも少し軽くなると思う。掃除機掛けを手伝って欲しい。 ③(本人)膝に負担のかからない掃除方法を教えてもらいたい。将来的には以前のように一人で掃除をしたい。 (長男)離れて暮らしているので生活支援ができない。母ができることが増えたらよい。 ④(本人)手すりがあれば転倒の心配もないので安心して寝起きができる。 ⑤(本人)今まで散歩は気が向いた時に行っていたが、これからは足の筋力をつけるためにも回数を決めてやる。 (長男)母は一度やると決めたら一生懸命やりすぎるので、膝の痛みが悪化しない程度に行って欲しい。 ⑥絵手紙はこれからも続けて腕を磨きたい。 ⑦(本人)民生委員は昔からの知り合いでよく面会をみしてくれる。 (長男)電話での安否確認は継続します。民生委員は友人の母親なので頼りにしている。	(目標) いきいき百歳体操に歩いて行けるようになる。	下肢筋力をつけ、膝に負担のかからない家事動作や動作の工夫、環境整備を行い、できることが増えていくよう支援していく。	(本人) ・定期受診 ・服薬管理 ・体重測定、血圧測定を行い主治医へ報告する ・膝に負担のかからない掃除を行う ・現在行っている家事を継続する ・リハビリで習った運動や動作を行う ・定期的に散歩を行う ・公民館活動に参加する (長男) 週 1 回電話での安否確認	膝に負担のかかる掃除や片付けを本人と一緒に ・膝に負担のかからない家事動作の指導を行う ・外出時の動作確認を行う ・いきいき百歳体操の会場まで同行する ・自宅でできる運動の指導を行う	訪問介護サービス 短期集中予防支援訪問サービス(PT)	A 整形外科(1 回/月) B 内科(1 回/月) C 歯科医院(1 回/3 か月) D ヘルパーステーション(週 1 回) E 訪問看護ステーション(月 2 回)	R3 年 4 月 1 日～ R4 年 2 月 28 日 R3 年 4 月 1 日～ R3 年 6 月 30 日 R3 年 4 月 1 日～ R3 年 6 月 30 日
日常生活(家庭生活)について 買い物はタクシーに乗り近所のスーパーへ行く。重いものは配達を利用している。調理は休み休み行っている。簡易な掃除や洗濯は自分で行っている。入浴は手すりを持ち浴槽に入る。	(本人)掃除機をかけたいが、膝が痛くてかけられない。汚れていても仕方ない。 (長男)自分でできることを増やして欲しい。	■有 □無 膝の痛みのため家事支援が必要となっている。家事のやり方の工夫や下肢筋力をつけることで、痛みの軽減を図ることができる。						・ベッドサイドに手すりを設置する	介護予防福祉用具貸与	F 福祉用具レンタル事業所(適宜)	R3 年 4 月 1 日～ R3 年 6 月 30 日	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 月 1 回公民館活動(絵手紙)へ参加している。以前はいきいき百歳体操へ参加していたが膝痛が悪化し中断している。県外に住む長男からは週 1 回様子伺いの連絡がある。民生委員が安否確認のため訪問している。	(本人)いきいき百歳体操に参加することが楽しかった。膝の痛みがなくなったらまた参加したい。 (長男)年に 1 度しか帰省ができないので、定期的に民生委員が訪問してくれるのはありがたい。	■有 □無 膝の痛みのためいきいき百歳体操に行けなくなり近隣での交流が途絶えている。						公民館活動(絵手紙)	G 公民館(月 1 回)	月 1 回		
健康管理について 月 1 回内科、整形外科、3 か月に 1 回歯科へ通院し内服等加療を受けている。薬の飲み忘れはない。口腔ケアは毎日行っている。BMI が 28 と高く、3 食以外におやつを食べる習慣がある。	(本人)高血圧の薬は飲んでいる。 (長男)受診や薬はきちんと行っている。口腔ケアは毎日行っている。BMI が 28 と高く、3 食以外におやつを食べる習慣がある。	■有 □無 定期受診や服薬管理は行っているが、体重増加がみられ膝痛の悪化や血圧が高くなる可能性がある。疾患の管理を継続していく必要がある。							民生委員による見守り支援			

健康状態について

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【A 整形外科】膝の痛みから活動性が低下しており転倒の危険性がある。両膝関節はすぐに手術をする状態ではないためまずは運動から取り組む必要がある。運動を行うことで転倒予防、痛みの軽減を図ることができる。

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

--

総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント

・膝に負担がかからない動作ができるようになり、リハビリを行うことで下肢筋力の向上が図れるよう支援します。
・3 ヶ月後歩行に自信がもていきいき百歳体操に行けるよう支援します。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名

印

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	4/5	0/2	0/3	2/2	0/3	0/5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

⑨介護予防サービス・支援計画(要支援2)

介護予防サービス・支援計画書

No. ○○

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者
----------	---------	-----------	-------

利用者名 ○○ ○○ 様(男・女) 75 歳 認定年月日 R3年 3月 20日 認定の有効期間 令和3年2月10日~令和4年2月28日

計画作成者氏名 ○○ ○○ 委託の場合:計画作成者事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 R3年 3月 25日(初回作成日 R3年 3月 25日) 担当地域包括支援センター: G 地域包括支援センター

目標とする生活

1日	毎朝10分デイサービスで習った体操を行う。	1年	長女と一緒に温泉旅行に行きたい。
----	-----------------------	----	------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について 下肢筋力の低下により歩行は不安定である。室内は家具や壁を伝いながら歩行する。室外では長女の介助で歩行。便器が低いため立ち座りを行う際にふらつきがある。長距離の歩行は困難で、外出時は長女の運転する車を利用する。一人での外出はしない。	(本人)転倒し骨折したので一人で外出することが怖い。 (長女)転倒が心配なので外出時は付き添うようにしている。こけないように歩けるようになって欲しい。	■有 □無 3か月前に自宅で転倒し右大腿骨頸部骨折した。転倒への不安から下肢筋力の低下がみられる。リハビリを行い福祉用具を活用することで身体機能の向上が見込まれる。	右大腿骨頸部骨折後より転倒への不安が大きくなり、一人で外出することができなくなった。リハビリや福祉用具を活用することで、運動機能が向上し歩行が安定、転倒を予防することができると考えられる。	(目標) 3か月後には200メートル先のスーパーへ歩いて行けるようになる。 (具体策) ①定期的に受診し、食事は毎食食べて体調を維持する。 ②福祉用具を活用する。 ③デイサービスのリハビリ専門職から自宅でできる運動や歩行器の使用法について指導を受ける。 ④友人と一緒にいきいきサロンへ参加する。 ⑤民生委員や配食サービスでの見守り支援を受ける。	①(本人)受診は継続する。食事は運動すれば3食食べられるようになると思う。 (長女)通院時は必ず付き添います。 ②(本人)歩行器や手すりがあれば転倒の心配がない。歩行器は疲れたら休むこともできるので、まずは50メートル先にある公園まで歩いて行きたい。 (長女)週末に母親と一緒に公園まで歩いてみます。 ③(本人)足の筋力をつけたいので自宅でできる体操をぜひ教えてもらいたい。 (長女)今までは運動する機会がなかった。これを機に運動習慣を身につけてもらいたい。 ④(本人)仲間が送迎してくれるので今後も参加したい。 ⑤(本人)お弁当を届けてもらうことで安否確認をしてもらえ、食事確保できるので継続したい。 (長女)転倒した時は配食サービスの配達員に見守ってもらいたい大変助かった。今後も利用を継続して欲しい。	3か月後には200メートル先のスーパーへ歩いて行けるようになる。	・福祉用具の使用、下肢筋力を付け、歩行に自信がもて一人で外出ができるよう支援を行う。	(本人) ・定期受診と服薬管理を行う ・食事を3食食べる ・体重測定を行う ・長女と一緒に歩行器を使用し50メートル先の公園まで歩く ・リハビリ専門職から教わった体操を毎日行う ・現在行っている家事を継続する (長女) ・いきいきサロンへ参加する。 ・配食サービスを利用する	介護保険サービス又は地域支援事業	短時間型デイサービス	A 整形外科(1回/月) B 歯科医院(1回/3か月)	R3年4月1日~ R4年2月28日
生活(家庭生活)について 買い物は長女が週末に買って来てくれる。月2回長女と一緒にスーパーへ行き自分で商品を選んでいる。夕食のみ配食弁当を利用。温めや簡単な調理は行っている。長女からおかずの差し入れもある。簡単な掃除や洗濯は自分でしている。足に負担のかかる家事は長女にお願いしている。	(本人)長女はよくしてくれる。一人でも買い物に行けるようになりたい。 (長女)掃除は週末に行った時に支援する。母親は買い物好きなので自分が好きな時にいけるようになるとうい。	■有 □無 下肢筋力低下による転倒への不安から外出することに不安を感じている。リハビリを行うことで歩行に自信が持て一人で外出できる可能性がある。					・一人で屋外移動ができるようになるため歩行器を貸与する。 ・転倒防止のためトイレに手すりを設置する。		介護予防福祉用具貸与	D 福祉用具レンタル事業所(適宜)	R3年4月1日~ R3年6月30日	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 月2回いきいきサロンに参加している。友人が送迎をしている。民生委員が安否確認のため訪問している	(本人)いきいきサロンは長年参加している。仲間と昼食を食べおしゃべりすることが楽しい。 (長女)近所の方のおかげでいきいきサロンに参加できている。	□有 ■無 いきいきサロン参加者の協力、本人社交的な性格であるため、定期的に友人と交流することができている。					・いきいきサロン		・いきいきサロン	・F いきいきサロン(月2回)		
健康管理について 月1回整形外科、3か月に1回歯科受診し内服等加療を受けている。薬の飲み忘れはない。体重が半年で2kg減り、BMIが19となっている。食事が1日2回となる日もある。口腔ケアは毎日行っている。	(本人)骨粗鬆症の薬を飲んでいるので転倒しないように気を付けている。 (長女)お薬はきちんと飲んでいるけどしっかり食べて欲しい。	■有 □無 定期受診や服薬管理は行えているが、転倒に対する恐怖心から活動量が低下し食事摂取量の低下と体重減少がみられる。					・配食サービス		・E 配食サービス事業所(週5回)(夕食)	R3年4月1日~ R3年6月30日		
健康状態について □主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点								・いきいきサロン	・民生委員による見守り支援	・月1回		

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント

下肢筋力が向上するリハビリの実施や自宅でできる体操を行い、3か月後には200m先のスーパーまで歩行器で歩いていけるよう支援していきます。

【A 整形外科】転倒後恐怖心から外出することに不安を抱えており下肢筋力の低下がみられる。骨粗鬆症の状態は落ち着いているため、リハビリの実施や福祉用具を活用することで運動機能の向上が期待できる。

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	5/5	1/2	0/3	2/2	0/3	0/5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 印

MEMO

Lined area for taking notes, consisting of multiple horizontal dotted lines.

③ 『要介護1の場合』

性別・年齢	女性・73歳	要介護度	要介護1
家族構成など	持ち家1戸建てに夫（78歳）と2人暮らし。同一敷地内に長女家族が居住し必要に応じて訪問。		
体の状況（既往など）	アルツハイマー型認知症。短期記憶障害、判断能力・意欲の低下が見られる。		
支援の必要性	認知機能の低下予防、服薬管理、入浴動作、外出機会の確保、他者との交流、介護者の負担軽減の支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前	通院支援 (夫) (月1回)	通所介護 (入浴)	認知症カフェ (月1回)	訪問介護 (入浴介助)	訪問介護(NS)	通所介護 (入浴)	
午後							
週単位 以外の サービス	【夫】家事支援 【夫への支援】認知症高齢者等の家族会（月1回）、男性介護者の会（月1回）						

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)
支給 限度 額内	訪問看護(NS) (30分未満)	470単位(1回)	月4回(週1回)	2,012円
	訪問介護 (60分未満)	396単位(1回)	月4回(週1回)	1,695円
	通所介護 (6時間以上7時間未満)	581単位(1回)	月8回(週2回)	4,858円
	【合計】	8,112単位		①8,565円
	インフォーマルサービス名	利用料金	利用回数	利用者負担額
介護 保険 外	認知症カフェ(本人・夫)	100円(1回)×2名	月1回	200円
	男性介護者の会(夫のみ)	100円(1回)	月1回	100円
	認知症高齢者等の家族会(夫のみ)	無料	月1回	—
	【合計】	—		②300円
1か月の利用者負担額(①+②)				8,865円

⑩居宅サービス計画書（要介護1）

居宅サービス計画書（1） 作成年月日 令和3年3月25日

第1表

利用者名	〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	生年月日	昭和23年 〇月 〇日	住所	広島市安佐〇区〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
居宅サービス計画作成者氏名	〇〇 〇〇	初回	紹介	継続	認定済
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地	E居宅介護支援事業所				
居宅サービス計画作成（変更）日	令和3年 3月 25日	初回居宅サービス計画作成日	令和3年 3月 25日		
認定日	令和3年 2月 10日	認定の有効期間	令和3年 2月 10日	～	令和4年 2月 28日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人は、炊飯や洗濯物を畳むなど、できる家事に取り組みながら自宅で夫と暮らすことを希望されています。 ・ 夫は、薬の飲み忘れなど、もの忘れについて心配されていますが進行せずに元気でいてほしい、子どもに迷惑をかけずに暮らしたいという思いがあります。夫も持病があることから夫の支援では不足します。 ・ ご夫婦が希望する自宅での生活を続けていくためには、体調管理を行いながら人との交流や夫婦が悩みを相談できる機会を確保することが必要と考えます。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
総合的な援助の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活リズムを整え体調管理に留意しながら健康に過ごせるように支援していきます。 ・ 妻としての役割を担い、充実感のある生活が送れるように支援していきます。 ・ ご夫婦で暮らしていただけるよう支援していきます。 ・ 地域の人と関わりを持てるよう支援していきます。 ・ 病状の進行による介護への抵抗等のBPSDが出現した時には、主治医や訪問看護に連絡し対応を相談します。 <p><緊急連絡先> A医師：000-0000、B訪問看護：000-0000、夫：000-0000-0000、長女：000-0000-0000</p>
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他（ ）

居宅サービス計画書（2）

利用者名 ○○ ○○ 様

生活全般の解決すべき課題(ニーズ) 体調管理に気をつけて健康に暮らしたい。	援助目標			援助内容						
	長期目標 体調管理をしながら病気が進まないことができる。	(期間) R3年4月1日～R3年9月30日	短期目標 病院受診が確実にできる。	(期間) R3年4月1日～R3年6月30日	サービス内容 診療・治療・薬の処方、家族への助言 受診介助	※1	サービス種別 主治医	※2 A クリニック	頻度 月1回	期間 R3年4月1日～R3年6月30日
			服薬が確実にできる。	R3年4月1日～R3年6月30日	服薬の声かけ、確認		夫		月1回	R3年4月1日～R3年6月30日
			食事を3食きちんと摂ることができる。	R3年4月1日～R3年6月30日	服薬管理、服薬指導、健康状態の確認 買物、調理 食材の差し入れ	○	訪問看護 夫	B 訪問看護事業所	週1回	R3年4月1日～R3年6月30日
			入浴ができ清潔を保つことができる。	R3年4月1日～R3年6月30日	昼食の提供、栄養管理、食後の歯磨き、うがい 入浴の声かけ、見守り、介助	○	通所介護 夫	C 通所介護事業所	週2回	R3年4月1日～R3年6月30日
			レクリエーション等に積極的に参加し、交流できる。	R3年4月1日～R3年6月30日	自宅のお風呂が好きなため入浴の声かけ、見守り、介助 レクリエーションへの参加を促す 楽しめるところを見つけていく	○	訪問介護 夫	D 訪問介護事業所	週1回	R3年4月1日～R3年6月30日
				R3年4月1日～R3年6月30日		○	通所介護	C 通所介護事業所	週2回	R3 4 1 日～R3年6月30日

家族に迷惑をかける恐れがある。	R3年4月1日～R3年9月30日	妻(母)としての役割がでける。	R3年4月1日～R3年6月30日	炊飯、水やり、洗濯物をたたくこととする。	R3年4月1日～R3年6月30日	炊飯、庭木の水やり、洗濯物をたたく	本人		本人		毎日	R3年4月1日～R3年6月30日
夫婦で暮やかに暮らしたい。	R3年4月1日～R3年9月30日	本人と家族がサービス提供者や地域のひとつながり話せる関係性がでける。	R3年4月1日～R3年6月30日	通所の中で自分の役割がでける。	R3年4月1日～R3年6月30日	主婦の経験を活かした役割作り(タオオルたなど) 想いを聴く	通所介護	○	通所介護	C.通所介護事業所	週2回	R3年4月1日～R3年6月30日
	R3年4月1日～R3年9月30日	本人が自分の気持ちとがでける。	R3年4月1日～R3年6月30日	本人が自分の気持ちとがでける。	R3年4月1日～R3年6月30日	認知症高齢者等の家族会、への参加	居宅介護事業所	○	居宅介護事業所	E.居宅介護事業所	適宜	R3年4月1日～R3年6月30日
	R3年4月1日～R3年9月30日	夫が介護に対する不安や悩みを相談でける。	R3年4月1日～R3年6月30日	夫が介護に対する不安や悩みを相談でける。	R3年4月1日～R3年6月30日	認知症カフェへの参加	認知症カフェ		認知症カフェ	F.認知症カフェ	適宜	R3年4月1日～R3年6月30日
	R3年4月1日～R3年9月30日		R3年4月1日～R3年6月30日		R3年4月1日～R3年6月30日	支援スタッフによる相談	本人、夫		本人、夫		適宜	R3年4月1日～R3年6月30日
	R3年4月1日～R3年9月30日		R3年4月1日～R3年6月30日		R3年4月1日～R3年6月30日		主治医		主治医	A.クリニック	適宜	R3年4月1日～R3年6月30日
	R3年4月1日～R3年9月30日		R3年4月1日～R3年6月30日		R3年4月1日～R3年6月30日		訪問看護	○	訪問看護	B.訪問看護事業所	適宜	R3年4月1日～R3年6月30日
	R3年4月1日～R3年9月30日		R3年4月1日～R3年6月30日		R3年4月1日～R3年6月30日		通所介護	○	通所介護	C.通所介護事業所	適宜	R3年4月1日～R3年6月30日
	R3年4月1日～R3年9月30日		R3年4月1日～R3年6月30日		R3年4月1日～R3年6月30日		居宅介護支援	○	居宅介護支援	E.居宅介護事業所	適宜	R3年4月1日～R3年6月30日

※ 1 「保険給付対象かどうかの区分について」 保険給付対象内サービスについては○印を付す。
 ※ 2 「当該サービス提供を行う事業者」 について記入する。

④ 『要介護2の場合』

性別・年齢	男性・75歳	要介護度	要介護2
家族構成など	持ち家1戸建てに妻(80歳)と2人暮らし。近隣に長男家族が在住し週末に支援のため訪問。		
体の状況(既往など)	高血圧、心房細動。脳梗塞後遺症で右半身麻痺があり装具着用で歩行可。言語障害がある。		
支援の必要性	脳梗塞再発予防、服薬管理、ADLの維持・向上、起居動作、移動動作、入浴動作、義歯・口腔管理の支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
	通所リハビリ(入浴)	訪問看護(PT) (40分) ※1回20分×2 =2回40分	訪問看護(NS)			通所リハビリ(入浴)	通院支援 (長男家族) 月1回
午後			訪問介護(入浴介助)	訪問歯科(月2回)			
週単位 以外の サービス	【福祉用具貸与】特殊寝台、特殊寝台付属品(マット・介助バー・柵)、歩行補助つえ 【特定福祉用具購入】シャワーチェア 【住宅改修】浴室・トイレ・玄関手すり設置 【妻】家事支援 【本人・妻】脳卒中の会(適宜)						

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額(1割)
支給限度額内	訪問看護(NS)(60分未満)	821単位(1回)	月4回(週1回)	3,514円
	訪問看護(PT)(1回20分)	293単位(1回)	月8回(週2回)	2,508円
	訪問介護(60分未満)	396単位(1回)	月4回(週1回)	1,695円
	通所リハビリテーション(6時間以上7時間未満)	①844単位(1回)	月8回(週2回)	①7,124円
	※【参考】通所介護を利用の場合(6時間以上7時間未満)	※【参考】②686単位(1回)	月8回(週2回)	※②5,735円
	特殊寝台貸与	800単位	1個	800円
	特殊寝台付属品貸与(マット、介助バー、柵)	400単位	—	400円
	歩行補助つえ貸与	100単位	1個	100円
	【合計】	①15,264単位 ※【参考】②14,000単位		①16,141円 ※②14,752円
限度額外	【訪問歯科】訪問診療料(20分以上)	1,100点(1回)【医療保険】	月2回	2,200円
	【訪問歯科】居宅療養管理指導	516単位(1回)【介護保険】	月2回	1,032円
	【合計】	—		③3,232円
1か月の利用者負担額(①+③)				19,373円
※【参考】1か月の利用者負担額(②+③)				※17,984円
購入・改修	シャワーチェア購入	—	1個	2,500円
	浴室・トイレ・玄関手すり設置(住宅改修)	—	改修費用	13,000円

⑪ 居宅サービス計画書（要介護2）

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 令和3年 3月 25日

第1表

利用者名	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	様	生年月日	昭和21年 〇月 〇日	住所	広島市安佐〇区〇〇〇〇〇〇〇〇〇
居宅サービス計画作成者氏名	〇〇 〇〇					
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地	G 居宅介護支援事業所					
居宅サービス計画作成（変更）日	令和3年 3月 25日	初回居宅サービス計画作成日	令和3年 3月 25日			
認定日	令和3年 2月 10日	認定の有効期間	令和3年 2月 10日	～	令和4年 2月 28日	

初回 紹介・継続 認定済 申請中

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人は、歩行訓練に取り組み、歩けるようになって夏には球場で野球観戦をしたいという目標があり、入院せずに自宅での生活を希望されています。 ・ 妻は、脳梗塞が再発せず自宅で生活できることが本人の望みであるため、できるだけ自分で見ていてほしいという気持ちがあります。 ・ 夫婦が希望する自宅での生活を続けていくには、脳梗塞の再発を防ぐために服薬管理や血圧コントロール等を行い、転倒リスクに配慮しながら運動や活動の機会を確保することが必要と考えます。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
総合的な援助の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病気の再発が予防できるよう支援をしていきます。 ・ 転倒予防のため環境整備を行い、歩行や言語のリハビリテーションに取り組みめるよう支援をしていきます。 ・ 介護サービスの利用を適切に行い、ご家族の支援も受けながらご夫婦での生活が続けていけるよう支援をしていきます。 ・ 血圧の上昇や脳梗塞の症状が出現した時には、主治医や訪問看護に連絡し早急に対応を図ります。 <p><緊急連絡先> A 医師：000-0000、B 訪問看護：000-0000、妻：000-0000-0000、長男：000-0000-0000、長男嫁：000-0000-0000</p>
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）

居宅サービス計画書(2)

利用者名 ○○ ○○ 様

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		援助内容							
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
脳梗塞の再発を予防でき、生活を継続したい。	脳梗塞の再発を予防できる。	R3年4月1日～R3年9月30日	病院受診が確実にできる。	R3年4月1日～R3年6月30日	診療・治療・薬の処方、家族への助言 受診介助		主治医	A 脳神経外科	月1回	R3年4月1日～R3年6月30日
			服薬が確実にできる。	R3年4月1日～R3年6月30日	服薬の準備、声かけ		妻、長男家族		月1回	R3年4月1日～R3年6月30日
転倒せず歩きたい。	球場で野球観戦ができる。	R3年4月1日～R3年9月30日	自宅で毎日血圧測定ができる。	R3年4月1日～R3年6月30日	服薬管理、服薬指導、健康状態の確認 血圧の自己測定	○	訪問看護(看護師)	B 訪問看護事業所	週1回	R3年4月1日～R3年6月30日
			転倒なく家中を移動できる。	R3年4月1日～R3年6月30日	血圧測定の声かけ、血圧手帳に記録する		本人		毎日	R3年4月1日～R3年6月30日
転倒せず歩きたい。	球場で野球観戦ができる。	R3年4月1日～R3年9月30日	転倒なく家中を移動できる。	R3年4月1日～R3年6月30日	リハビリテーション専門職指導の下、自宅環境でのリハビリテーション	○	訪問看護(理学療法士)	B 訪問看護事業所	週1回 2回	R3年4月1日～R3年6月30日
				R3年4月1日～R3年6月30日	理学療法士から習った体操に取り組む		本人		毎日	R3年4月1日～R3年6月30日
				R3年4月1日～R3年6月30日	歩行能力向上のためのリハビリテーション	○	通所リハビリ	C 通所リハビリ事業所	週2回	R3年4月1日～R3年6月30日
				R3年4月1日～R3年6月30日	起き上がり、立ち上がり、姿勢保持の支援 (特殊寝台、特殊寝台付属品貸与)	○	福祉用具貸与	D 福祉用具事業所	適宜	R3年4月1日～R3年6月30日
				R3年4月1日～R3年6月30日	歩行動作の支援(歩行補助つえ貸与)	○	福祉用具貸与	D 福祉用具事業所	適宜	R3年4月1日～R3年6月30日

				移動動作の支援 (玄関への手すり の設置)				○	住宅改修	D福祉用具事業所	適宜	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
				トイレの立ち座り 動作の支援 (トイレへの手 すりの設置)				○	住宅改修	D福祉用具事業所	適宜	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
			入浴の機会を低 保下を 持して防いで 下ができる。	入浴の見守り、介 助、入浴動作の指 導	R3年4月1日 ～R3年 6月30日			○	通所リハビリ	C通所リハビリ事業所	週2回	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
			毎週コンピニ新 スポートを長男 間に買って行く。 声の出し方が 明瞭になる。	自宅での入浴の 見守り、介助	R3年4月1日 ～R3年 6月30日			○	訪問介護	E訪問介護事業所	週1回	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
			本人が自分の 気持ちを伝える ことができる。 妻が介護に対 する不安や悩 みを感じる。	入浴時の動作支 援 (シャワーチェ ア購入)	R3年4月1日 ～R3年 6月30日			○	特定福祉用具 購入	D福祉用具事業所	適宜	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
			本人と家族が サトウと地域の人 とつなげる関係 性を築ける。 本人と家族が サトウと地域の人 とつなげる関係 性を築ける。	入浴時の動作支 援 (浴室への手すり の設置) 外出支援	R3年4月1日 ～R3年 6月30日				長男	D福祉用具事業所	適宜	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
		R3年4月1日 ～R3年 9月30日	スムーズに話 すことができる。 本人と家族が サトウと地域の人 とつなげる関係 性を築ける。	言語能力向上の ためのリハビリ テーション 口腔ケア、口腔体 操の指導、義歯の 調整	R3年4月1日 ～R3年 6月30日			○	通所リハビリ	C通所リハビリ事業所	週2回	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
		R3年4月1日 ～R3年 9月30日	本人が自分の 気持ちを伝える ことができる。 妻が介護に対 する不安や悩 みを感じる。	居宅療養管理 指導(訪問歯 科診療)	R3年4月1日 ～R3年 6月30日			○	訪問看護	F歯科クリニック	月2回	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
				思いを受け止め たい。	R3年4月1日 ～R3年 6月30日			○	訪問看護	B訪問看護事業所	週1回	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
				脳卒中の会への 参加	R3年4月1日 ～R3年 6月30日			○	居宅介護支援	G居宅介護支援事業所	適宜	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
					R3年4月1日 ～R3年 6月30日				本人、妻		適宜	R3年4月1日 ～R3年 6月30日
				支援スタッフに よる相談	R3年4月1日 ～R3年 6月30日				主治医	A脳神経外科	適宜	R3年4月1日 ～R3年 6月30日

									○	訪問看護 (看護師、理 学療法士)	B訪問看護事 業所	適宜	R3年4月1 日～R3年 6月30日
									○	通所リハビリ	C通所リハビ リ事業所	適宜	R3年4月1 日～R3年 6月30日
									○	居宅介護支援	G居宅介護支 援事業所	適宜	R3年4月1 日～R3年 6月30日

※ 1 「保険給付対象かどうかの区分について」 保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※ 2 「当該サービス提供を行う事業者」 について記入する。

⑤ 『要介護3の場合』

性別・年齢	男性・68歳	要介護度	要介護3
家族構成など	持ち家1戸建てに妻(64歳)、長男と3人暮らし。長男は就労しており主な介護は妻が行う。		
体の状況(既往など)	特発性間質性肺炎。少し動くと呼吸苦があるが1～2メートル程度歩行可。在宅酸素療法実施。		
支援の必要性	病状管理、服薬管理、ADLの維持、起居動作、移動動作、入浴動作、排泄動作、義歯・口腔管理、介護者の負担軽減の支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前				通院支援(妻) 介護タクシー (月1回)	訪問看護(NS)		
	通所リハビリ		通所リハビリ (入浴)			通所リハビリ (入浴)	
午後		訪問歯科(月1回)					
週単位 以外の サービス	【短期入所生活介護(併設ユニット型)】3泊4日(土～火)／月1回 【福祉用具貸与】特殊寝台、特殊寝台付属品(マット・介助バー・柵・テーブル)、車いす、スロープ 【特定福祉用具購入】ポータブルトイレ 【妻】家事支援 【妻への支援】家族介護教室(適宜)						

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)
支給 限度 額内	訪問看護(NS)(60分未満)	821単位(1回)	月4回(週1回)	3,514円
	通所リハビリテーション (6時間以上7時間未満)	①974単位(1回)	月12回(週3回)	①12,331円
	※【参考】通所介護を利用の場合 (6時間以上7時間未満)	※【参考】②792単位(1回)	月12回(週3回)	※②9,932円
	短期入所生活介護(併設ユニット型)	838単位(1回)	月4回(3泊4日)	3,537円
	特殊寝台貸与	800単位	1個	800円
	特殊寝台付属品貸与 (マット、介助バー、柵、テーブル)	700単位	—	700円
	車いす	600単位	1個	600円
	スロープ	700単位	1個	700円
	【合計】		①21,124単位 ※【参考】②18,940単位	
限度 額外	【訪問歯科】訪問診療料(20分以上)	1,100点(1回)【医療保険】	月1回	1,100円
	【訪問歯科】居宅療養管理指導	516単位(1回)【介護保険】	月1回	516円
	介護タクシー(自費)	—	病院往復(月1回)	6,000円
	【合計】	—		③7,616円
1か月の利用者負担額(①+③)				29,798円
※【参考】1か月の利用者負担額(②+③)				※27,399円
購入	ポータブルトイレ購入	—	1個	5,000円

⑥ 『要介護4の場合』

性別・年齢	女性・80歳	要介護度	要介護4
家族構成など	持ち家1戸建ての2世帯住宅1階に夫(75歳)と2人暮らし。2階に長男家族が暮らし必要に応じて訪問。		
体の状況(既往など)	高血圧。脳出血後遺症で左半身麻痺があり歩行不可。左半側空間無視がある。		
支援の必要性	脳出血再発予防、ADLの維持・向上、起居動作、移動動作、入浴動作、排泄動作、更衣動作、床ずれ予防、義歯・口腔管理、服薬管理、介護者の負担軽減の支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前		訪問看護(PT) (40分)			訪問看護(NS)		
	訪問歯科(月1回)	1回20分×2 =2回40分	訪問医師(月2回)	通所リハビリ (入浴)		通所介護 (入浴)	
午後		訪問介護 (入浴介助等) ※60分未満		訪問薬剤(月2回)			
	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満
週単位 以外の サービス	【短期入所生活介護(併設型)】2泊3日(土~月)/月2回 【福祉用具貸与】特殊寝台、特殊寝台付属品(介助バー・柵・テーブル)、床ずれ防止用具、車いす、移動用リフト(昇降機) 【特定福祉用具購入】シャワーキャリー 【夫・長男嫁】家事支援 【夫の趣味】グランドゴルフ(木曜日) 【夫への支援】在宅生活継続支援事業(適宜)						

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)
支給 限度 額内	訪問看護【NS】(60分未満)	821単位(1回)	月4回(週1回)	3,514円
	訪問看護【PT】(1回20分)	293単位(1回)	月8回(週2回)	2,508円
	訪問介護(30分未満)	250単位(1回)	月24回(週6回)	6,420円
	訪問介護(60分未満)	396単位(1回)	月4回(週1回)	1,695円
	通所リハビリ(5時間以上6時間未満)	980単位(1回)	月4回(週1回)	4,136円
	通所介護(5時間以上6時間未満)	876単位(1回)	月4回(週1回)	3,662円
	短期入所生活介護(併設型)	806単位(1回)	月6回 (週3回=2泊3日)×2	5,102円
	特殊寝台貸与	800単位	1個	800円
	特殊寝台付属品貸与(介助バー、柵、テーブル)	500単位	—	500円
	床ずれ防止用具(エアーマット)	950単位	1個	950円
	車いす	600単位	1個	600円
	移動用リフト(昇降機)	2,300単位	1個	2,300円
		【合計】	30,622単位	
限度 額外	【医師】在宅患者訪問診療料	888点(1回)【医療保険】	月2回	1,776円
	【医師】居宅療養管理指導	514単位(1回)【介護保険】	月2回	1,028円
	【歯科医師】訪問診療料(20分以上)	1,100点(1回)【医療保険】	月1回	1,100円
	【歯科医師】居宅療養管理指導	516単位(1回)【介護保険】	月1回	516円
	【病院薬剤師】居宅療養管理指導	565単位(1回)【介護保険】	月2回	1,130円
	【合計】	—		②5,550円
	1か月の利用者負担額(①+②の合計)			37,737円
購入	シャワーキャリー購入	—	1個	10,000円

⑦『要介護5の場合』

性別・年齢	女性・83歳	要介護度	要介護5
家族構成など	持ち家1戸建てに長女家族と4人暮らし。夫は5年前に死去。長女が主に身の回りの支援を行う。		
体の状況 (既往など)	肝臓がん末期。食欲不振、倦怠感、呼吸困難、むくみ、痛みの症状あり。		
支援の必要性	病状管理、ADLの維持、起居動作、移動動作、入浴動作、排泄動作、更衣動作、義歯・口腔管理、服薬管理、本人・家族の精神的ケアの支援。		

(サービス利用概要)

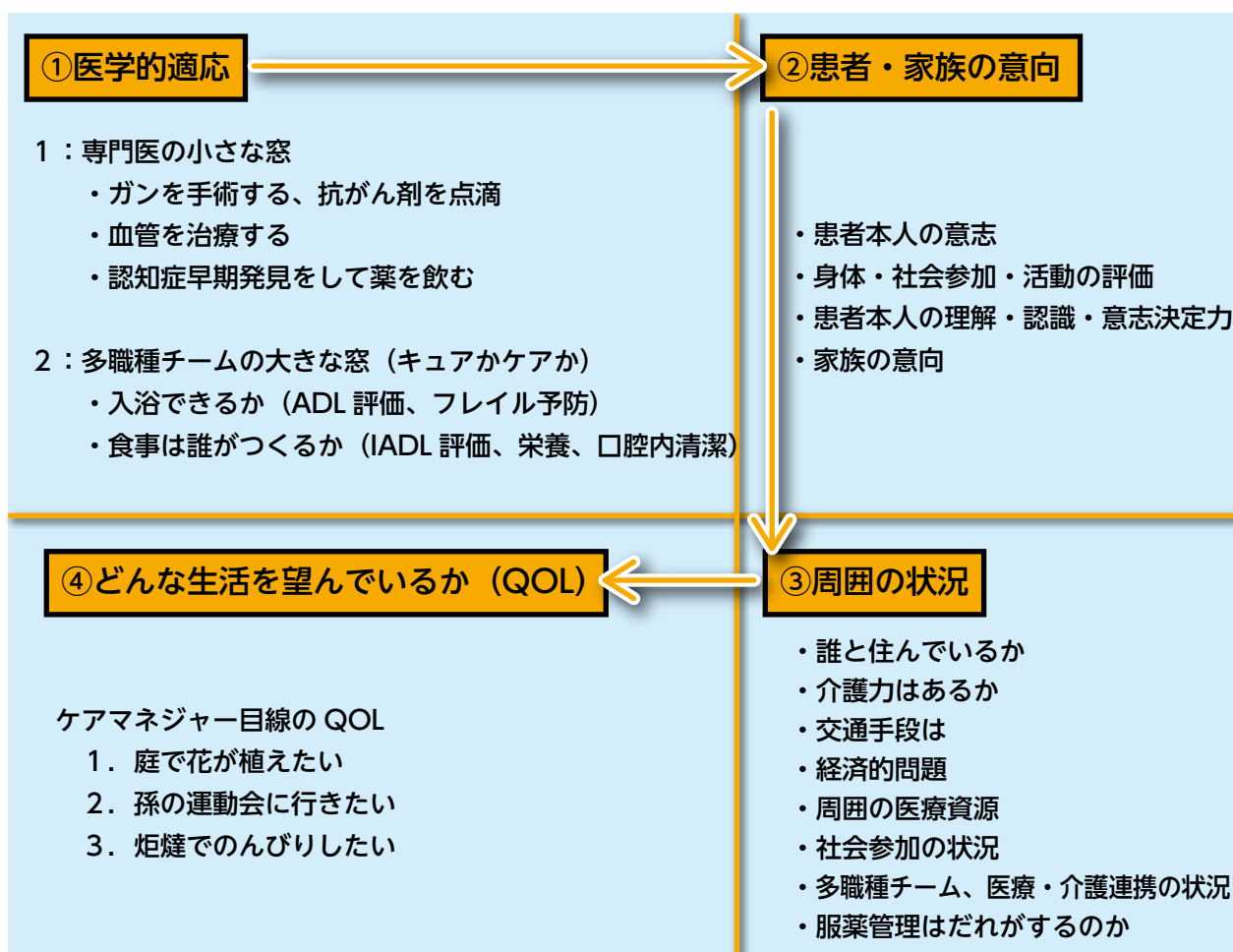
	月	火	水	木	金	土	日
午前	※訪問看護(末期の悪性腫瘍のため医療保険)						
	訪問看護(NS)	訪問看護(NS・PT) ※2人訪問	訪問看護(NS)	訪問看護(NS)	訪問看護(NS)	訪問看護(NS)	訪問看護(NS)
午後	訪問歯科(月1回)	疼痛緩和の ポジショニング等		訪問医師	訪問薬剤		
	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)
週単位 以外の サービス	【福祉用具貸与】特殊寝台、特殊寝台付属品(介助バー・柵・テーブル)、床ずれ防止用具、 体位変換器、車いす、スロープ 【長女】家事支援 【地域訪問ボランティア】(適宜)						

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)
支給 限度 額内	訪問介護(30分未満)	250単位(1回)	月28回(週7回)	7,490円
	訪問入浴介護	1,260単位(1回)	月4回(週1回)	5,393円
	特殊寝台貸与	800単位	1個	800円
	特殊寝台付属品貸与(介助バー、柵、テーブル)	500単位	—	500円
	床ずれ防止用具(エアーマット)	950単位	1個	950円
	体位変換器(ポジショニングクッション)	200単位	1個	200円
	車いす	600単位	1個	600円
	スロープ	700単位	1個	700円
	【合計】	15,790単位		①16,633円
限度 額外	【医師】在宅患者訪問診療料	888点(1回)【医療保険】	月4回(週1回)	3,552円
	【医師】居宅療養管理指導	514単位(1回)【介護保険】	月2回	1,028円
	【歯科医師】訪問診療料(20分以上)	1,100点(1回)【医療保険】	月1回	1,100円
	【歯科医師】居宅療養管理指導	516単位(1回)【介護保険】	月1回	516円
	【薬局薬剤師】居宅療養管理指導	517単位(1回)【介護保険】	月4回(週1回)	2,068円
	【医療保険】訪問看護基本療養費	5,550円(1日/週3日まで)	月12回(週3日)	6,660円
	訪問看護(NS)【30分~90分以内】	6,550円(1日/週4日以降)	月16回(週4日)	10,480円
	訪問看護管理療養費 (機能強化型以外)	7,440円(1日/月の初日) 3,000円(1日/2日目以降)	月1回(月の初日) 月27回(2日目以降)	744円 8,100円
複数名訪問看護加算	4,500円(1日)	月4回(週1日)	1,800円	
	【合計】	—		②36,048円
1か月の利用者負担額(①+②)				52,681円

ACP について

ACP (advance care planning) を温かみのあるプロセスとして安佐地区共通に熟成浸透していくことを目標に掲げています。

高齢者の治療方針決定は、「臨床倫理の4分割」(図)に基づいて実施すべきであることが国の方針として示され、看取りの進め方も「人生の最終段階における医療の決定プロセス」に準ずることが決定されております。



「臨床倫理の4分割」は①の医学的適応のみが医療者のプロセスであり、②患者・家族の意向、③周囲の状況、④望む QOL については、医療者が介護職・在宅関連医療職から多くの情報を得ることにより、より密接に深く患者に寄り添った方針となりうる思考手順となっています。このプロセスを共有することこそが、医療と介護の連携作業の肝心要です。

コロナ禍においても「支える医療」と「攻める医療」を選択する上で、4分割は患者、家族そして何より医療・介護複合体に携わる人の「安全ベルト」として機能しました。ご理解、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

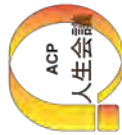
ACPの手引き

豊かな人生とともに ～私の心づもり～

アドバンス・ケア・プランニング
Advance Care Planning (ACP)



ACP愛称
人生会議



アドバンス・ケア・プランニングとは？

人はそれぞれ人生観や思いに基づく人生設計を持って将来のことを考えています。それは、医療についても同じことが言えます。これから受ける医療やケアについて、あなたの考えを家族や医療者と話し合っ、私の心づもり」として文書に残すことで、あなたの希望や思いが医療やケアに反映されるでしょう。その手順をアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) と呼んでいます。これからの豊かな人生を目指して一緒に考えてみましょう。

発行：令和元年11月
(Ver. 2)

制作

広島県地域保健対策協議会

在宅医療・介護連携推進専門委員会

ACP普及促進WG

〒732-0057 広島県広島市東区二草の里三丁目23 TEL:082-568-1511 FAX:082-568-2112
ホームページ <http://citakyo.jp/>



ACPの手引き【説明版】

A あなたの **C** ところに **P** びたっとよりそう

豊かな人生とともに

～私の心づもり～



どんな利点があるのでしょうか？

あなたが自分の考えを伝えられなくなった場合に備えて、前もって受ける医療に対する希望を、家族や医師に伝えておくことは重要なことです。

明日がどうなるか誰もわかりませんし、将来の健康がどうなるかを予測することもできません。しかし、将来自分自身で判断できなくなったとしても、準備をしておけば、受ける医療に対するあなたの希望をみんなに知ってもらうことができます。

ACPは、あなただけでなく、家族やあなたに代わって医療の選択をしなければならない人にも、安心をもたらす手段となる可能性があります。

いつ始めるのが良いのでしょうか？

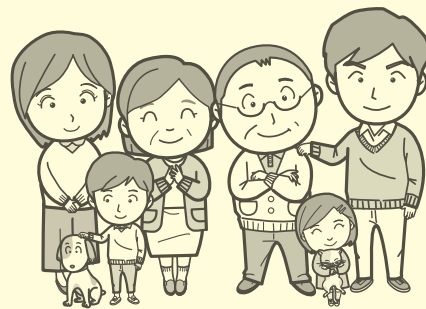
今から始めましょう。あなたの判断能力に影響するような災害に直面したり、重い病気にかかる前に、話し合うことが重要です。あなたが受けるかもしれない医療について、自分がどう考えているかを知ってもらっておくことは、将来あなたの代わりに意思決定をしなければならない人にとって、混乱や迷いを起こさなくてすむ可能性があります。

家族や医師は、あなたの希望を知っていますか？

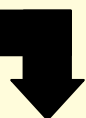
たとえば次のような将来の場面を想像してみましょう。

あなたはある日突然、自動車事故で重傷を負いました。病院の集中治療室に収容され、意識はありません。**家族や医師はこうした場合の治療方針や今後の対応についてあなたの希望を知っていますか。**

また、別の例として、認知症のために自分で意思決定する能力がなくなってきた場合を想像してください。あなたは介護施設で暮らしています。自分で食事を摂ることもできず、自分や家族のこともわからなくなって、これから何が起こってもおかしくありません。**家族や医師は、今後の生活や受けるかもしれない医療についてあなたの希望を知っていますか？**



ウラ面のStep1～5の手順をご確認ください。



ACPの手引き【説明版】

以下のStep1～5を読んで「私の心づもり」に記入してみましょう。

Step 1 希望や思いについて考えましょう

あなたの生活で大切にしたいことや、あなたの人生の目標・希望や思いについて考えてみましょう。今のあなたの考え方を示しておくことは、将来ご家族などがあなたの気持ちを考えて判断するのに役立つでしょう。

- あなたの人生の目標・希望や思いは何でしょうか？
- あなたにとって、何が大切か考えてみましょう。

Step 2 健康について学び、考えましょう

かかりつけ医や他の医療者にあなたの健康について相談することも大切です。もし何らかの病気がある場合には、あなたはその病状が将来どうなるか、今後どういう治療ができるのか、それらの治療でどういったことが期待できるかを知ることができます。

あなたの希望や思いに沿って考えましょう。

例えば・・・

- 私の希望は、治療の結果、どのような状態で療養を続けることになっても病気と闘って一日でも長く生きることです。
- 私の願いは、自分の望む生活ができる（生活の質を保つ）ことを目指して、苦痛をとることに焦点を当てた治療をしてもらうことです。
- 私は病気を治す治療は受け入れていますが、それによって良くならなかつたり、生活の質が保たれなかつたりする場合には、自然な死を迎える方向に切り替えたいと思います。
- どのような状況であっても、延命につながるだけの蘇生術や集中治療などの処置は避けたいと思っています。



Step 3 あなたの代わりに伝えてくれる人を選びましょう

予期しないできごとや突然の病気で、自分の希望を伝えることができなくなるかもしれません。認知症などでは、医療やケアについての希望を伝えたり、選択する能力が少しずつなくなることもあるでしょう。あなた自身で意思決定できなくなった時に、あなたに代わって意思を伝えてくれる人（代理人）を選んでおくことが大切です。その代理人は家族でも親しい友人でも構いませんが、信頼して任せることができる人をお願いし、あなたの希望や思いをしっかりと伝えておきましょう。

- 複雑で困難な状況でもあなたの希望や思いを尊重して判断できる人を選びましょう。
- 必要だと思うあなたの周囲の人に、代理人を紹介しましょう。

Step 4 希望や思いについて話し合しましょう

Step 3 までであなたが考えた「私の心づもり」をもとに医療や生活に関するあなたの希望や思いについて代理人と医療者に伝えましょう。あなたの希望や思いを周りの人に理解してもらうために重要なことは、あなたと代理人と医療者が時間をかけて話し合うことです。しっかり話し合うことで、あなたの思いや考えがより具体的で現実的なものにまとまり、互いの理解が深まることでしょう。

Step 5 考えを「私の心づもり」に書きましょう

話し合ったことを記録として残しておきます。「私の心づもり」には話し合った人や日時を記入する所があります。自由記載欄に希望や思いを書くのもよいでしょう。

今のあなたの希望や思いは時間とともに変化したり、健康状態により変わってくる可能性があります。その都度「私の心づもり」を見直してみて、変えてもらって構いません。どう気持ちが変わったかも話し合うことが大切です。

私の心づもり

①

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に、以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意思決定してくれる人（代理人）、医療者と話し合いを持ちましょう。



Step 1 希望や思いについて考えましょう

あなたが大切にしたいことは何ですか？（いくつ選んでも結構です）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながる可能性があること | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> 落ち着いた環境で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 人として大切にされること | <input type="checkbox"/> 人生をまっとうしたと感ずること |
| <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割が果たせること | <input type="checkbox"/> 望んだ場所で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが少なく過ごせること | <input type="checkbox"/> 医師を信頼できること |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑にならないこと | <input type="checkbox"/> 納得いくまで十分な治療を受けること |
| <input type="checkbox"/> 自然に近い形で過ごすこと | <input type="checkbox"/> 大切な人に伝えたいことを伝えること |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておくこと | <input type="checkbox"/> 病気や死を意識せずに過ごすこと |
| <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せないこと | <input type="checkbox"/> 生きていることに価値を感じられること |
| <input type="checkbox"/> 信仰に支えられること | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |



Step 2 健康について学び、考えましょう

- 1) あなたは今の健康状態について理解できていると思いますか？
 はい いいえ

 - 2) あなたの健康状態や病気について、どのような経過をたどるかなど、詳しい説明を受けたいですか？
 はい いいえ

 - 3) 受ける治療に関して、希望がありますか？ 健康な方は「もし病気になったら」を仮定してお答え下さい。（いくつ選んでも結構です）
 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
 どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
 痛みや苦しみが無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
 できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
 その他（
-
- 4) 将来、認知症や脳の障害などで自分で判断できなくなった時、あなたの希望は、以下のどれですか？（一つ選んでください。）
 なるべく迷惑をかけずに自宅で生活したい
 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活したい
 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活を送りたい
 病院や施設でも良いので、とにかく長生きしたい
 その他（

②

5) 将来、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか？
 自宅 自宅以外 (病院 介護施設 その他 ()) わからない

6) もしもの時が近くなった時に“延命治療”^(*)を希望しますか？
 はい いいえ わからない

*“延命治療”とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する(死の経過や苦痛を長引かせることもあります)ための医療処置を意味します。



あなたの代わりに伝えてくれる人を選びましょう

1) あなたの代わりに意思決定をしてくれる方はいますか？
 はい いいえ

1) の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします

2) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか？
 はい いいえ



希望や思いについて話し合いましょう



考えを「私の心づもり」に書きましょう

自由記載欄 (その他、あなたの思いがあればお書きください)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

・ 記載年月日 20 年 月 日

・ 本人氏名 _____

・ 代理人氏名 _____

・ 話し合った日 20 年 月 日

・ 話し合った医療者 _____

安佐地区医療介護連携マニュアル

2021年11月 発行

発行者 広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会
事務局 一般社団法人 安佐医師会
広島市北部在宅医療・介護連携支援センター
〒731-0101 広島市安佐南区八木5丁目35-2
安佐医師会館内
電話(082)555-5957 FAX(082)555-2708
E-mail renkei-center@asaishikai.jp

