

参考
下線の部分は改正部

平成30年12月1日

医療と介護の連携マニュアル

平成30年12月(改正)

一関市医療と介護の連携連絡会

目 次

第1 医療と介護の連携マニュアルの目的	..... 2
第2 医療と介護の連携について	..... 2
1 顔の見える関係づくりについて	
2 入退院時及び在宅(施設)時における医療と介護の連携ポイントについて	
(1) 入院時の連携ポイント	
(2) 退院時の連携ポイント	
(3) 在宅(施設)時の連携ポイント	
(医療を必要とする在宅(施設)高齢者に対するケアマネジャーの基本的な対応)	
① 医科及び歯科口腔に関する相談	
② かかりつけ医との面談で留意する事項	
③ サービス担当者会議への医師の参加を要請する際の留意事項	
第3 医療と介護の連携のための情報共有シート(連携シート)	..... 7
1 暮らしのシート(様式)	..... 7
2 暮らしのシートの記載基準	.....11
3 退院シート(様式)	.....19
4 退院シートの記載基準	.....21
別紙	
第1表 障害高齢者の日常生活自立度判定基準	.....28
第2表 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	.....29
第3表 UDF の食形態区分	.....30
参考資料	.....31

第1 医療と介護の連携マニュアルの目的

- 医療や介護を必要とする高齢者等が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、医療と介護が連携した切れ目のないサービスを受けられることが重要です。
- そうした切れ目のないサービスを提供するためには、医療と介護のサービスに携わる関係者間の連携が重要ですが、例えば、入院・退院時に必要な医療や介護の情報が速やかに得ることが出来なかったり、退院時の担当ケアマネジャーが誰かわからないなど、必ずしも医療と介護の連携体制が十分とは言えない場合があります。
- また、経験の少ないケアマネジャーなどにおいては、円滑な医療機関との担当者会議の開催や関係機関との連絡調整等に苦勞する場合があります。
- このため、一関市内の医療と介護の連携をより円滑なものとし、さらには経験の少ないケアマネジャーが業務を適切に行うことができるように支援するため、「医療と介護の連携マニュアル」及び「情報共有シート」を作成したものです。
- なお、情報共有シートは、入退院時などの医療と介護の連携が求められる時、必要な情報の交換や共有を円滑に行っていただくために作成した様式であり、これを、一関市内の医療機関及び居宅介護支援事業所等において、共通の様式として活用していただきたいと考えています。

第2 医療と介護の連携について

1 顔の見える関係づくりについて

- 医療と介護が連携したサービスを提供するために、サービスの利用者を中心として、医療・介護関係者がお互いに「顔の見える関係」をつくりあげ、日頃から患者・利用者に関する必要な情報の共有に努めることが重要です。
- こうした関係者間の「顔の見える関係」を構築し、入院している時から退院後の生活に必要な医療や介護サービスの調整を円滑に行うことなどにより、患者やその家族などが安心できる在宅(施設)生活の実現を支援することにつながります。

2 入退院時及び在宅(施設)時における医療と介護の連携ポイントについて

(1) 入院時の連携ポイント

相手方(医療機関 ⇄ ケアマネジャー)に、自分が担当であることを知ってもらうことが重要です。

《 留意点 》

(ケアマネジャー留意事項)

- 入院時には、医療相談室、病棟等へ直接連絡をとること。
 - ・ 医療相談室、病棟等の看護師長や担当看護師などを窓口として連携を図り、担当医との面談の手順等を確認することが必要です。

- 一方的な情報の提供は避けること。
 - ・ 医療機関（担当医等）が知りたい情報は、利用者に応じて異なります。
医療連携室等と電話等にて連絡をとり、必要な情報を提供することが必要です。
- （ 医療機関担当者留意事項 ）
- 医療機関は、利用者又はその家族から、担当ケアマネジャーの氏名・連絡先があった際には、入退院の連絡を利用者又はその家族に代わって行うことができ、又は、利用者又はその家族に対して、担当ケアマネジャーに入退院の連絡を伝えるよう求めることができることとなっています。
 - ・ 患者家族の了解を得て担当のケアマネジャーを確認し、緊急時等に備え、ケアマネジャーの連絡先等を把握しておく必要があります。（くらしのシートに記載）
 - ・ その際、担当医等との面談方法等について希望を聴取することも必要です。

【 参考 】一関市内の病院一覧

入退院時支援病院

病 院 名	入退院時の連絡窓口	電話番号
国立病院機構岩手病院	地域医療連携室	2 5 - 2 2 2 1
岩手県立磐井病院	<u>患者支援センター</u>	2 3 - 3 4 5 2
岩手県立南光病院	地域生活支援連携室	2 3 - 3 6 5 5
一関病院	医療相談室	2 3 - 2 0 5 0
昭和病院	医療相談室	2 3 - 2 0 2 0
西城病院	医療相談室	2 3 - 3 6 3 6
岩手県立大東病院	<u>地域連携室</u>	7 2 - 2 1 2 1
岩手県立千厩病院	医療相談室	5 3 - 2 1 0 1
ひがしやま病院	医療相談室	4 8 - 2 6 6 6
一関市国民健康保険藤沢病院	医療相談室	6 3 - 5 2 1 1

(2)退院時の連携ポイント

患者・利用者の自立生活ニーズに応じ、必要な医療と介護の情報の共有を図ることが重要です。

《 留意点 》

（ ケアマネジャー留意事項 ）

- 病棟の看護師長や担当看護師などと十分な連携を図り、カンファレンスや退院前訪問時には可能な限り参加して情報共有すること。
 - ・ 医療機関は、担当医、看護師、ソーシャルワーカー、リハビリテーションスタッフ等多職種が参加して、生活機能の評価を行います。
また、在宅生活を支援する立場から、情報提供・共有を行うことが必要です。
- 協議内容は、ケアプランに反映させること。
 - ・ 利用者及び家族のニーズ、担当医等の関係者からの意見をコーディネートして、利用者の生活にあったプランを作成することが必要です。

(医療機関担当者留意事項)

- 医療機関は、退院前カンファレンスや在宅訪問に、できる限りケアマネジャーの参加を求めること。
- ・ 利用者の生活機能に応じたケアプラン作成のため、情報を共有することが必要です。

(3) 在宅時の連携ポイント

(医療を必要とする在宅(施設)高齢者に対するケアマネジャーの基本的な対応)

かかりつけ医とケアマネジャーが日頃より情報の共有を行い、変化する患者・利用者の健康・生活の状態に対応出来るようにしておくことが重要です。

① 医科及び歯科口腔に関する相談

《 留意点 》

(ケアマネジャー留意事項)

- ご家族から病気に関する相談を受けたり、利用者の状態が普段と著しく異なっていると見受けられる場合などには、必要に応じて医療機関への受診を促したり、かかりつけ医・かかりつけ歯科医へ相談するなどの対応に努める必要があります。

《 相談等が必要と考えられる例 》

1. 医科の場合

- ・ 状態が短期間で大きく変わった場合
- ・ 診察では把握しづらい生活状況の報告・相談が必要な場合
(例) 服薬管理や排泄処理などが適切にできない、日常の言動から認知症が疑われるなど
- ・ 介護サービスの導入を検討するに当たり、医療面での注意事項等を確認する必要がある場合

2. 歯科の場合

【 口の中 】

- ・ グラグラ動く歯がある、痛い歯がある
- ・ 口の臭いがひどい
- ・ 歯ぐき、あごの肉に傷がある
- ・ 痰や汚れがべったり付いている、舌をべーっと出来ない
- ・ 舌が乾いていて、潤いがまったく無い (カピカピで乾燥している)

【 入れ歯 】

- ・ バネが折れた、割れた
- ・ ゆるくてすぐ落ちる、合っていない、噛めない、痛い
- ・ 歯が無いのに入れ歯を使っていない

【 飲み込み 】

- ・ 食べる時、飲む時にムセがひどい、食後、ガラガラ声になる
- ・ なかなか飲み込めないでいる、食事に時間がかかる

② かかりつけ医との面談で留意する事項

《 留意点 》

(ケアマネジャー留意事項)

- 利用者の同意を得ておくこと。
 - ・ 個人情報保護のため、本人の同意がない場合は情報提供することが出来ない場合があります。

- 連絡先を伝えること。
 - ・ 担当ケアマネジャーであることを証明できる書類等を携行し、名刺等を渡し連絡先を伝えることが必要です。

- 質問内容は、簡潔に整理しておくこと。
 - ・ 報告なのか、連絡なのか、または相談であるのか、面談の目的を明確にした上、時間を掛けないように工夫することが必要です。

(医療機関担当者留意事項)

- かかりつけ医は、担当ケアマネジャーの把握に努める必要があること。
 - ・ ケアマネジャーからの連絡を待つだけでなく、積極的にアプローチしていくことが必要です。

③ サービス担当者会議への医師の参加を要請する際の留意事項

《 留意点 》

(ケアマネジャー留意事項)

- 日時に余裕をもって開催案内の通知をすること。
 - ・ 関係者全員が参加することは難しいと思いますが、皆がスケジュールを確保しやすいように工夫をすることが必要です。

- 専門用語や略語の使用を避け、わかりやすい説明を行うこと。
 - ・ 会議で話されている内容が、十分理解出来るように配慮することが必要です。

- プライバシーの保護について、了解を得ておくこと。
 - ・ 患者・利用者の個人情報について、事前に了解を得ることが必要です。

- 会議の趣旨にあわせて、キーマンの出席を確保すること。
 - ・ ケアプランの中で、主要な役割を果たすサービス提供機関からの出席を得ることが必要です。

- 検討結果は関係者へ速やかに報告し、情報共有する事。
 - ・ 欠席した関係者に対し、検討結果を簡潔にまとめた報告書等により伝え、情報共有に努めることが必要です。

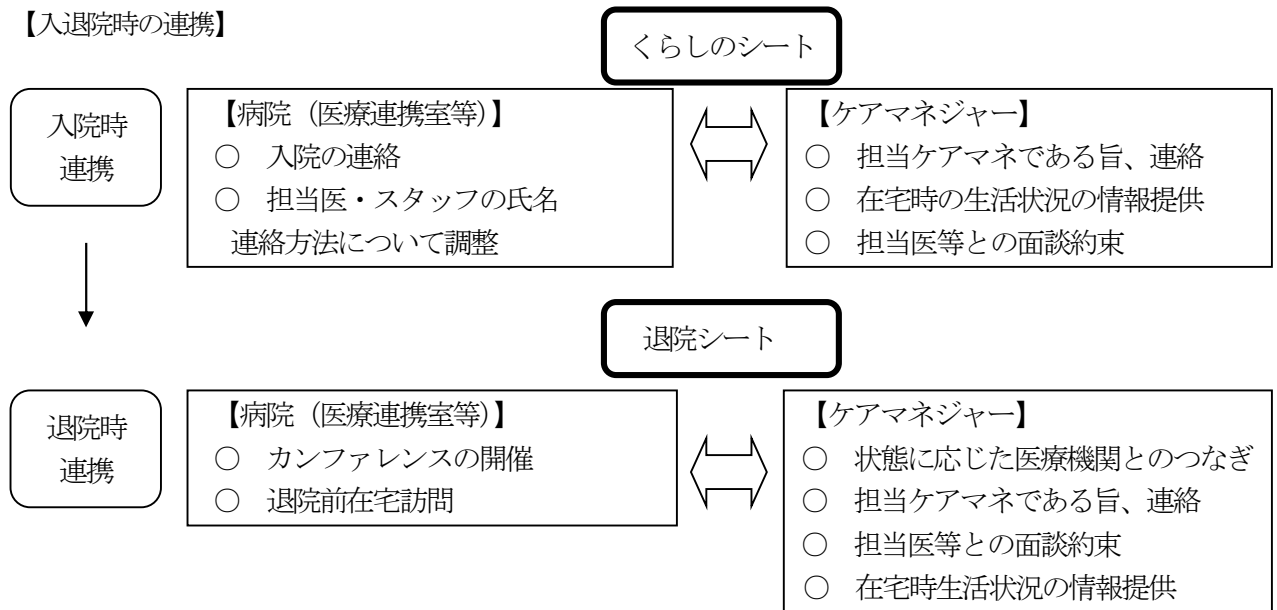
(医療機関担当者留意事項)

- かかりつけ医等は参加するように努め、欠席する場合でも会議検討に必要な情報の提供に努めること。

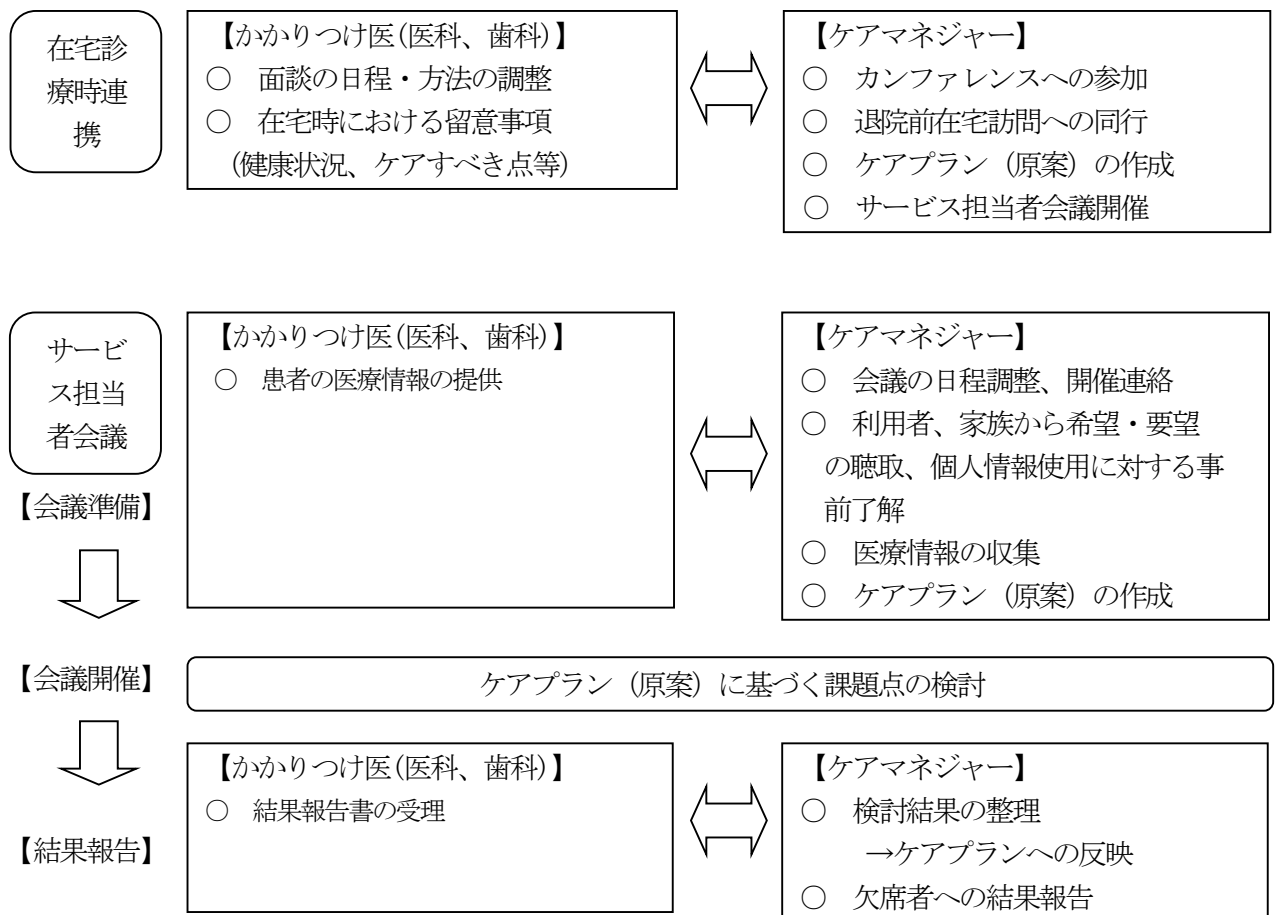
- 利用者の同意を得ておくこと。
 - ・ 個人情報保護のため、本人の同意がない場合は情報提供することが出来ない場合があります。

(参考) 医療と介護の連携例

【入退院時の連携】



【在宅診療時の連携】



暮らしのシート

暮らしのシート1

送付先

情報提供日

年

月

日

医師

(送付元)記入者氏名

利用者情報			情報提供事業者		
ふりがな			名称		
氏名	(歳) (男・女)				
生年月日	M・T・S 年 月 日		所在地	〒	
住所	〒				
電話番号	()		電話番号	()	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(等級など) <input type="checkbox"/> 無		FAX番号	()	
	障害名			担当	
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居		ケアマネ氏名		
	<input type="checkbox"/> その他 () * <input type="checkbox"/> 日中独居				
緊急時連絡先					
氏名	①		②		
住所	〒		〒		
電話番号	()		()		
続柄					
主介護者	氏名	続柄		・ 歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 TEL
キーパーソン	氏名	続柄		・ 歳	TEL
住所					
医療情報					
病名		〇〇病院(年月日～年月日まで通院または入院)・転院先など※発生順に記入			
#1					
かかりつけ医情報	医療機関名		TEL		
かかりつけ医情報	医療機関名		TEL		
かかりつけ歯科医情報	医療機関名		TEL		
かかりつけ薬剤師情報	薬剤師名	(薬局名)	TEL		
他に受診している医療機関	医療機関名		TEL		
訪問診療している医療機関	医療機関名		TEL		
訪問看護に関する情報	機関名		(<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険) TEL		

くらしのシート

くらしのシート2

既往歴(疾患歴)等について	
既往歴(疾患歴)*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他
入院歴*	最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: _____ 期間: 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明
	入院頻度 <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて
入院前に実施している医療処置*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他()
介護情報	
認定情報	事業対象者 _____ 認定有効期間 _____ 年 月 日～ 年 月 日 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 申請中(新規・更新・区変)
サービス利用情報	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (回/W) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/W/M) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回/W) <input type="checkbox"/> 短期入所 (日/M) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/W) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (回/W) <input type="checkbox"/> 通所リハ (回/W) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/W) <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食サービス (回/W)
障害高齢者	<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 <input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者	<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 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護者情報	
入院前の介護者情報を記載(家族の健康状態等)	家族構成図 凡例 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 介 …… 主介護者 キ …… キーパーソン <input type="radio"/> 実際に住んでいる人

くらしのシート

くらしのシート3

生活情報	
項目	特記事項
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子
入浴・清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 (服薬) <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 服薬無し
排泄排便*	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> オムツ
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
皮膚状態	床ずれ(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> マット有
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
UDF等の食形態区分	<input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input type="checkbox"/> 区分2 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 区分3 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 区分4 かまなくてよい
嚥下	<input type="checkbox"/> 飲み込みに時間かかる <input type="checkbox"/> 声の変化 <input type="checkbox"/> 呼吸の変化 <input type="checkbox"/> ムセ込み有
義歯	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総) <input type="checkbox"/> 無
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
視力障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 眼鏡
難聴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 補聴器
言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
認知障害	<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為
本人/家族の意向について	
本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	
入院前の家族の生活に対する意向	
薬剤情報「お薬手帳(コピー)」を添付・追記事項	
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 禁忌薬剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 管理方法:)
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> 残薬あり
お薬に関する、特記事項	

くらしのシート

くらしのシート4

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	
退院後 世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> シート1に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄 年齢)
介護力 *	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <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
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
特記事項	
カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)	
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり
メモ	

* = 診療報酬 退院支援加算1.2「退院困難な患者の要因」に関連

2 暮らしのシートの記載基準

(1) 利用者情報

① 氏名

利用者の氏名を記入してください。その際、ふりがなも記入してください。

② 生年月日

利用者の生年月日を記入してください。

③ 住所

記入時点において、利用者が居住している所在地を記入してください。

④ 障害者手帳

記入時点における障害等認定状況について、「手帳の有無」と、手帳をお持ちの場合には、「等級」及び「障害名」を記入してください。

⑤ 家族構成

独居・高齢者世帯（夫婦どちらか65歳以上）・子と同居・その他家族背景など該当するものにレ点印又は○印を付して下さい。

(2) 情報提供事業者

① 名称

本シートの記入者（＝情報提供事業者）が所属する居宅介護支援事業所等（＝事業所等）の名称を記入してください。

② 所在地

情報提供事業者が所属する事業所等の住所を記入してください。

③ 電話番号

情報提供事業者が所属する事業所等の電話番号を記入してください。

④ FAX番号

情報提供事業者が所属する事業所等のFAX番号を記入してください。

⑤ 担当ケアマネ氏名

情報提供事業者である事業所等の担当ケアマネジャーの氏名を記入してください。

(3) 緊急時連絡先 【 連絡の取れるご家族等について、記入してください 】

① 氏名・住所

その方の氏名を記入してください。その際、ふりがなも記入してください。

記入時点において、その方の住所を記入してください。

なお、連絡の取れるご家族等は、2人まで記入できます。

② 電話番号

その方の携帯電話番号など、緊急時に連絡が取れる連絡先を記入してください。

③ 続柄

利用者との続柄を記入してください。

④ 主介護者

利用者本人の介護に関し、主介護者となる方の「氏名」「続柄・歳」「同居」「別居」「連絡先電話番号」を記入してください。

⑤ キーパーソン

利用者本人の介護に関し、キーパーソンとなる方の「氏名」「所在地」「続柄・歳」「連絡先電話番号」を記入してください。

(4) 医療情報

① 病名

主治医意見書等を参考に、要介護状態となる原因となった主病名や健康状態などを記入してください。
・病名は時系列に従って記入してください。(発生順に記入してください。)また、情報源も分かれば補記してください。(「1996.3.5.の主治医意見書による」とか、「2014.6.3.の〇〇医院の紹介状による」とか、「訪問看護ステーション計画書による」など)
・病院(年月日～年月日まで通院または入院)・転院先など記入してください。

② かかりつけ医に関する情報(二箇所記載にする)

記入時点において、利用者にかかりつけ医がある場合には「医療機関名」を記入してください。

③ かかりつけ歯科医に関する情報

記入時点において、利用者にかかりつけ歯科医がある場合には「歯科医療機関名」を記入してください。

④ かかりつけ薬剤師情報

記入時点において、利用者にかかりつけ薬剤師がある場合には薬剤師名、薬局名を記入してください。

⑤ 他に受診している医療機関

記入時点において、上記①、②の他に、利用者がかかりつけを持っている医療機関がある場合には「医療機関名」と「通院回数」、「次回の診療予約の有無」を記入してください。

⑥ 訪問診療している医療機関

利用者が訪問診療を受けている医療機関がある場合には「医療機関名」と「次回の予約の有無」を記入してください。

⑦ 訪問看護に関する情報

利用者が訪問看護を受けている機関がある場合には「機関名」と「通院回数」、「次回の予約の有無」を記入してください。

また、医療保険・介護保険の区分には、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑧ 既往歴（疾患歴）等について

既往歴（疾患歴）・入院歴・入院前に実施している医療処置など、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

(5) 介護情報

① 認定情報

記入時点において介護認定が既になされている場合には、事業対象者、認定有効期間、要支援、要介護状態に該当するものにレ点印又は○印を付してください。

申請中の場合には、新規、更新、区変に○印を付してください。

② サービス利用情報

記入時点において介護サービスを利用している場合には、その利用状況（サービスの種類・利用回数等）についてレ点印及び回数を記入してください。

③ 障害高齢者・認知症高齢者

障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度また、医師の判断・ケアマネジャーの判断に、該当するものにレ点印又は○印を付して下さい。

別紙参照

第1表 障害高齢者の日常生活自立度判定基準

第2表 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

(6) 介護者情報

記入時点において利用者の主介護者・家族の健康状態・家族構成図の状況などを記入してください。

(7) 生活情報

① 移動

記入時点における「移動能力」及び「身体の麻痺状況の有無」について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準	
自立	歩行	補助器具を使用せず、介助無しで歩行できる場合。
	杖歩行	杖を使用すれば、介助無しで歩行できる場合。
	歩行器	歩行器を使用すれば、介助無しで歩行できる場合。
	車椅子	車椅子に乗れば介助無しで移動できる場合。
一部介助	歩行	手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、歩行できる場合。
	杖歩行	手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、杖を使用して歩行できる場合。
	歩行器	手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、歩行器を使用して歩行できる場合。
	車椅子	車椅子を押すなどの介助があれば、車椅子に乗って移動できる場合。
全介助	<u>移動時は常に介助を必要とする場合。</u>	

特記事項:補助具、車椅子について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

一部介助に、転倒(よく転ぶ)など詳細に記入すること。

② 入浴・清拭

記入時点における入浴時の介助状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	入浴の介助が行われていない場合。
一部介助	一連の行為に部分的に介助が行われている場合。
全介助	入浴の介助が全て行われている場合。

③ 着替え

記入時点における着替えの介助状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	着替えの介助が行われていない場合。
一部介助	一連の行為に部分的に介助が行われている場合。
全介助	着替え介助が全て行われている場合。

④ 整容

記入時点における洗面時の介助状況について、該当するものにレ点又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	洗面やなどの行為に対する介助が行われていない場合。
一部介助	一連の行為に部分的に介助が行われている場合。
全介助	洗面の全ての介助が行われている場合。 (例:本人が行った箇所を含めて介護者がすべてやり直す。)

⑤ 睡眠

記入時点における睡眠の状態及び服薬（眠剤）の使用状況について、該当するものにレ点又は○印を付してください。

⑥ 排泄排便

記入時点における排尿・排便の介助状況について、該当するものにレ点又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	排尿・排便の介助が行われていない場合。
一部介助	排尿・排便の一連の行為に部分的に介助が行われている場合。
全介助	排尿・排便の介助が全て行われている場合。
人口肛門	人口肛門を使用している場合
膀胱瘻	膀胱瘻を使用している場合
留置カテーテル	留置カテーテルを使用している場合

特記事項:ポータブルトイレ、オムツの使用状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑦ 皮膚状態

記入時点における皮膚の状態について、床ずれ・その他、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

特記事項: マットの種類を記入してください。

⑧ 食事

(食事摂取時の動作)

記入時点における食事摂取時の動作状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	食事の動作に対する介助が行われていない場合
一部介助	食事の動作の一部のみ、介助が行われている場合 (例: 魚の骨をとる、皮をむくなどの食べやすくするための介助、スプーン等に食べ物をのせる介助)
全介助	食事の動作に対する介助の全てが行われている場合

⑨ UDF 等の食形態区分

区分1～4の場合、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

区 分	内 容
1	容易にかめる
2	歯ぐきでつぶせる
3	舌でつぶせる
4	かまなくてよい

別紙参照 第3表 UDF の食形態区分

⑩ 嚥下

記入時点における食事摂取時の嚥下状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
飲込みに時間がかかる	(例) なかなか飲み込めないでいる、食事に時間がかかる
声の変化	(例) 食後、ガラガラ声になる
呼吸の変化	(例) 呼吸が、不規則になる
ムセ込み有	(例) 食べる時、飲む時にムセがひどい

⑪ 義歯

記入時点における義歯有の場合、部分入れ歯か総入れ歯かをレ点印又は○印を付してください。

⑫ 口腔ケア

記入時点における口腔ケア状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	口腔ケアなどの行為に対する介助が行われていない場合。
一部介助	一連の行為に部分的に介助が行われている場合。(例:義歯の出し入れはできるが、義歯を磨く動作は介護者が行っている場合など)
全介助	口腔ケアの全ての介助が行われている場合。 (例:本人が行った箇所を含めて介護者がすべてやり直す、介護者が歯を磨いてあげて口元までコップを運び、本人は口をすすいで吐き出す行為だけができる場合)

⑬ 経管栄養

記入時点における食事の摂取を、経管により行っている場合、その方法(=「経鼻」、「胃ろう」、「腸ろう」)について該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑭ 視力障害

記入時点における視力障害の状態について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

特記事項：眼鏡について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑮ 難聴

記入時点における難聴の状態について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

特記事項：補聴器について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑯ 言語障害

記入時点における言語障害の状態について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑰ 認知障害

記入時点における認知障害の有無について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。なお、認知障害がある場合には、詳細について記入願います。

(8) 本人／家族の意向について

① 本人の趣味・興味・関心領域等を記入してください。

② 本人の生活歴を記入してください。

サービス利用者が、現在までどのような生活を送ってきたかを時間的経緯に従って確認できる記録であり、たとえば、「生育歴」、「学歴」、「職歴」、「結婚歴」、「既往歴」などがあります。

③ 入院前の本人の生活に対する意向を記入してください。

④ 入院前の家族の生活に対する意向を記入してください。

(9) 薬剤情報「お薬手帳(コピー)」を添付・追記事項

記入時点における薬剤情報は、手入力でなく医師の指示書、お薬手帳(シールを貼ったもの)のコピーまたは、薬剤管理の記載を添付してください。

① 内服薬

記入時点における服薬管理能力について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	決められた時間に、決められた薬を使用することができる場合
一部介助	薬を使用する際に、飲む薬や水を手元に用意する、オブラートに包む、介護者が分包する等、何らかの介助が行われている場合
全介助	薬や水を手元に用意する、薬を口に入れるという一連の行為に介助が行われている場合

特記事項: 禁忌薬剤の有無について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

② 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。
管理指導がある場合、職種を記入してください。

③ 薬剤管理

薬剤管理について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。
また、管理者・管理方法を記入してください。

④ 服薬状況

服薬状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑤ お薬に関する、特記事項

お薬に関する副作用やアレルギーなどを記入してください。

(10) 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)

① 在宅生活に必要な要件

在宅生活に必要な要件を記入してください。

② 退院後 世帯状況

退院後の家族背景など該当するものにレ点印又は○印を付してください。

③ 世帯に対する配慮

該当するものにレ点印又は○印を付してください。
必要事項を記入してください。

④ 退院後の主介護者

退院後の主介護者について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。
左記以外に該当する場合は、氏名・続柄・年齢を記入してください。

⑤ 介護力

家族等の介護力について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑥ 家族や同居者等による虐待の疑い

虐待の疑いについて、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

(11) カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

① 「院内の多職種カンファレンス」への参加

ケアマネジャーの希望について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

② 「退院前カンファレンス」への参加

ケアマネジャーの希望について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。
具体的な要望がある場合は、記入してください。

③ 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行

ケアマネジャーの希望について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

退院シート

退院シート1

情報提供日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○情報提供先

○医療機関名		〔所属・情報提供者〕病棟師長	
TEL		看護師	
入院日	年 月 日	主治医	【 _____ 科】
退院日	年 月 日		
退院後の医療機関	(有・無)		

利用者情報

ふりがな		生 年 月 日
氏 名		M・T・S 年 月 日 歳
住 所	〒 _____	
連絡先	(_____)	
キーパーソン	氏名	続柄
		連絡先 (_____)

疾病の状態	特記事項 (医療的処置などのコメント記載)	入院中の経過及び看護引き継ぎ事項
主病名		
主症状		
既往歴		

心身に係る状態

<input type="checkbox"/> 意識障害 JCS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 認知障害 (周辺症状 夜間の状況等) <input type="checkbox"/> 筋力低下 (<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> 知覚障害 (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 皮膚の感覚 <input type="checkbox"/> 痛覚) <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 褥瘡 マットレスの種類・処置方法
事業対象者 _____ 部位 _____ 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____ 深さ _____ 要介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中
障害高齢者 <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 認知症高齢者 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
直近のバイタルサイン K T _____ °C • B P _____ mmHg P _____ 回/分 • S p O2 _____ %

退院シート

項目		特記事項
生 活 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事摂取量 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 加味制限有 (cal) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ワト食
	UDF等の食形態区分	<input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input type="checkbox"/> 区分2 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 区分3 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 区分4 かまなくてよい
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
	摂取状況	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
	嚥 下	<input type="checkbox"/> 飲込みに時間かかる <input type="checkbox"/> 声の変化 <input type="checkbox"/> 呼吸の変化 <input type="checkbox"/> ムセ込み有
	義 歯	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総) <input type="checkbox"/> 無
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル
		<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル 交換日 /
		<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 最終排便日 ()
		<input type="checkbox"/> その他 ()
	整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 最終入浴日 ()
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行 () <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス 麻痺 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 (服薬) <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 服薬無		
<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 ()		
服 薬	<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"/> 服薬情報 (退院時: 日分処方)	
感 染 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
意 向 等	本人や家族の病気の受け止め方や退院後の意向など	
	本 人 家 族	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
薬 剤 情 報	服薬している薬の種類、内容 ※お薬情報をご覧ください。	

4 退院シートの記載基準

(1) 情報提供先

利用者が退院した後、在宅(または施設入居)時において介護サービスを受けるためにケアプランを作成することとなる居宅介護支援事業所を記入してください。

(2) 医療機関名

① 記入時点において、利用者が入院していた医療機関名、情報提供者の所属・氏名は、〇〇病棟師長・看護師を記入してください。

② 入院日

利用者が当該医療機関に入院した日付を記入してください。

③ 退院日

利用者が当該医療機関を退院する日付を記入してください。

④ 主治医

利用者が当該医療機関に入院していた際の担当医の氏名及び診療科を記入してください。

⑤ 退院後の医療機関名

記入時点において、利用者の転院先医療機関、または在宅時におけるかかりつけ医療機関などが決まっている場合には、記入してください。

(3) 利用者情報

① 利用者氏名

利用者の氏名を記入してください。その際、ふりがなも記入してください。

② 生年月日

利用者の生年月日、年齢を記入してください。

③ 住所

記入時点において、利用者が居住している所在地を記入してください。

④ 連絡先

連絡先電話番号を記入してください。

⑤ キーパーソン

利用者本人の介護に関しキーパーソンとなる方の氏名、続柄、連絡先電話番号、また必要に応じ、連絡が取れる時間帯の情報を記入してください。

(4) 疾病の状態

① 主病名

利用者の主たる病名を記入してください。

② 主症状

利用者の病気などによる肉体的、精神的な状態を記入してください。

③ 既往歴

利用者の過去の病歴及び健康状態に関する状況を記入してください。

④ 特記事項

医療的処置などのコメントがある場合など、必要に応じて記入してください。

入院中の経過及び看護引き継ぎ事項を、必要に応じて記入してください。

⑤ 心身に係る状態

記入時点において、利用者について該当するものがある場合、レ点印又は○印を付してください。

意識障害は、JCS 基準に基づいて、レ点印又は○印を付してください。

浮腫、疼痛、拘縮においては、部位を記入してください。

褥瘡においては、部位・深さ・マットレスの種類・処置方法を記入してください。

介護保険に係る事業対象者を記入してください。

要支援、要介護または、申請中、区分変更中を、該当するところにレ点印又は○印を付してください。

JCS 基準

I 覚醒している（1桁の点数で表現）	
0	意識清明
1	見当識は保たれているが意識清明ではない
2	見当識障害がある
3	自分の名前・生年月日が言えない
II 刺激に応じて一時的に覚醒する（2桁の点数で表現）	
10	普通の呼びかけで開眼する
20	大声で呼びかけたり、強く揺るなどで開眼する
30	痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する
III 刺激しても覚醒しない（3桁の点数で表現）	
100	痛みに対して払いのけるなどの動作をする
200	痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
300	痛み刺激に対し全く反応しない

⑥ 障害高齢者・認知症高齢者

障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度に、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

別紙参照

第1表 障害高齢者の日常生活自立度判定基準

第2表 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

⑦ 直近のバイタルサイン

記入時点において、利用者の意識、血圧、脈拍、呼吸、体温の状態について記入してください。

(5) 生活状況

① 食事

(食事摂取時の動作)

記入時点における食事摂取時の動作状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	食事の動作に対する介助が行われていない場合。
一部介助	食事の動作の一部のみ、介助が行われている場合。 (例:魚の骨をとる、皮をむくなどの食べやすくするための介助、スプーン等に食べ物をのせる介助)
全介助	食事の動作に対する介助の全てが行われている場合。

(食事の制限)

記入時点における食事制限の有無について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

なお、カロリー制限がある場合、() 内に摂取が可能であるカロリーを記入してください。

(食事の形態)

記入時点における食事の形態について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
常食	普通食を摂取できる場合。
粥	粥状にした食事であれば摂取できる場合。
刻み	刻み食であれば摂取できる場合。
ミキサー	常食や軟食として作った食事を、さらにミキサーにかけた状態の食事であれば摂取できる場合。
ソフト食	舌で押しつぶせるような硬さの状態の食事であれば、摂取できる場合。

特記事項：食事摂取量、少量、1/3、1/2、全量について該当するものにレ点印又は○印を付してください。

② (UDF 等の食形態区分)

区分1～4の場合、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

区分	内容
1	容易にかめる
2	歯ぐきでつぶせる
3	舌でつぶせる
4	かまなくてよい

別紙参照 第3表 UDF の食形態区分

③ 経管栄養

記入時点における食事の摂取を、経管により行っている場合、その方法（＝「経鼻」、「胃ろう」、「腸ろう」）について該当するものにレ点印又は○印を付してください。

④ 摂取状況

記入時点における利用者が摂取する食事の量（＝多い、普通、少ない）の状態について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑤ 嚥下

記入時点における食事摂取時の嚥下状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
飲込みに時間がかかる	(例) なかなか飲み込めないでいる、食事に時間がかかる
声の変化	(例) 食後、ガラガラ声になる
呼吸の変化	(例) 呼吸が、不規則になる
ムセ込み有	(例) 食べる時、飲む時にムセがひどい

⑥ 義歯

記入時点における義歯有の場合、部分入れ歯か総入れ歯かをレ点印又は○印を付してください。

⑦ 口腔ケア

記入時点における口腔ケアの介助状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	口腔ケアの介助が行われていない場合。
一部介助	一連の行為に部分的に介助が行われている場合。 (例: 義歯の出し入れはできるが、義歯を磨く動作は介護者が行っている場合など)
全介助	口腔ケアの全ての介助が行われている場合。 (例: 本人が行った箇所を含めて介護者がすべてやり直す、介護者が歯を磨いてあげて口元までコップを運び、本人は口をすすいで吐き出す行為だけができる場合)

⑧ 排泄

記入時点における排尿・排便の介助状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	排尿・排便の介助が行われていない場合。
一部介助	排尿・排便の一連の行為に部分的に介助が行われている場合。
全介助	排尿・排便の介助が全て行われている場合。
失禁	失禁介助の必要の有無
トイレ	トイレ内での介助が行われている場合
尿器	座位がとれない場合

選択肢	選択基準
ポータブル	座位がとれる場合
おむつ	おむつが、外せない場合
尿道カテーテル	尿道カテーテルを使用している場合
ストーマ	人口肛門・人口膀胱等を使用している場合

⑨ 整容

記入時点における毎日の着替えや洗面、歯磨き、整髪といった整容の介助状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	着替えや洗面などの行為に対する介助が行われていない場合。
一部介助	着替えや洗面などの行為の際、一部介助が必要とされる場合。
全介助	着替えや洗面などの行為全てに介助が行われている場合。

⑩ 入浴

記入時点における入浴時の介助状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	入浴の介助が行われていない場合。
一部介助	一連の行為に部分的に介助が行われている場合。
全介助	入浴の介助が全て行われている場合。

特記事項:最終入浴日を記入してください。

⑪ 移動

記入時点における「移動能力」及び「身体の麻痺状況の有無」について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準	
自立	歩行	補助器具を使用せず、介助無しで歩行できる場合。
	杖歩行	杖を使用すれば、介助無しで歩行できる場合。
	歩行器	歩行器を使用すれば、介助無しで歩行できる場合。
	車椅子	車椅子に乗れば介助無しで移動できる場合。
一部介助	歩行	手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、歩行できる場合。
	杖歩行	手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、杖を使用して歩行できる場合。
	歩行器	手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、歩行器を使用して歩行できる場合。
	車椅子	車椅子を押すなどの介助があれば、車椅子に乗って移動できる場合。
全介助	移動時は常に介助を必要とする場合。	

⑫ 睡眠

記入時点における睡眠の状態及び服薬（眠剤）の使用状況について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑬ 認知障害

記入時点において認知障害の症状がある場合に、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

⑭ 服薬

記入時点における服薬管理能力について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

選択肢	選択基準
自立	決められた時間に、決められた薬を使用することができる場合。
見守り	服薬の介助は行われていないが、薬を使用する際に、見守りや声かけ、飲む量の指示等が行われている場合。
一部介助	薬を使用する際に、飲む薬や水を手元に用意する、オブラートに包む、介護者が分包する等、何らかの介助が行われている場合。
全介助	薬や水を手元に用意する、薬を口に入れるという一連の行為に介助が行われている場合。

特記事項：服薬情報（退院時： 日分処方）を記入してください。

⑮ 感染症

感染症の有無について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

感染症有りの場合、症状を記入してください。

(6) 意向等

本人や家族の病状の受け止め方や退院後の意向など記入してください。

① 本人への病名告知について、該当するものにレ点印又は○印を付してください。

② 退院後の家族の意向などを記入してください。

(7) 薬剤情報

服薬している薬の種類、内容 ※ お薬情報をご覧ください。

記入時点におけるお薬情報は、手入力でなく医師の指示書、お薬手帳（シールを貼ったもの）のコピー、または薬剤管理の記載を添付してください。

(注意)

当該シート中段に記載されている「日付」、「作成者」、「本人」及び「家族」の項目は、必要に応じて、医療機関が利用者本人及びその家族に対し、当該シートを利用して説明するために設けた項目であるため、記入の有無は、使用者の判断にまかせることといたします。

附則〔平成26年9月24日試行運用決定〕

(運用日)

第1 この医療と介護の連携マニュアルは、平成27年2月1日から運用する。

(経過)

第2 国は平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定〔平成30年4月1日施行〕

附則〔平成30年11月5日改正案を医介連幹事会に報告〕

(運用日)

第1 この医療と介護の連携マニュアルの改正は、平成30年12月1日付けから運用する。

別紙

第1表 障害高齢者の日常生活自立度判定基準

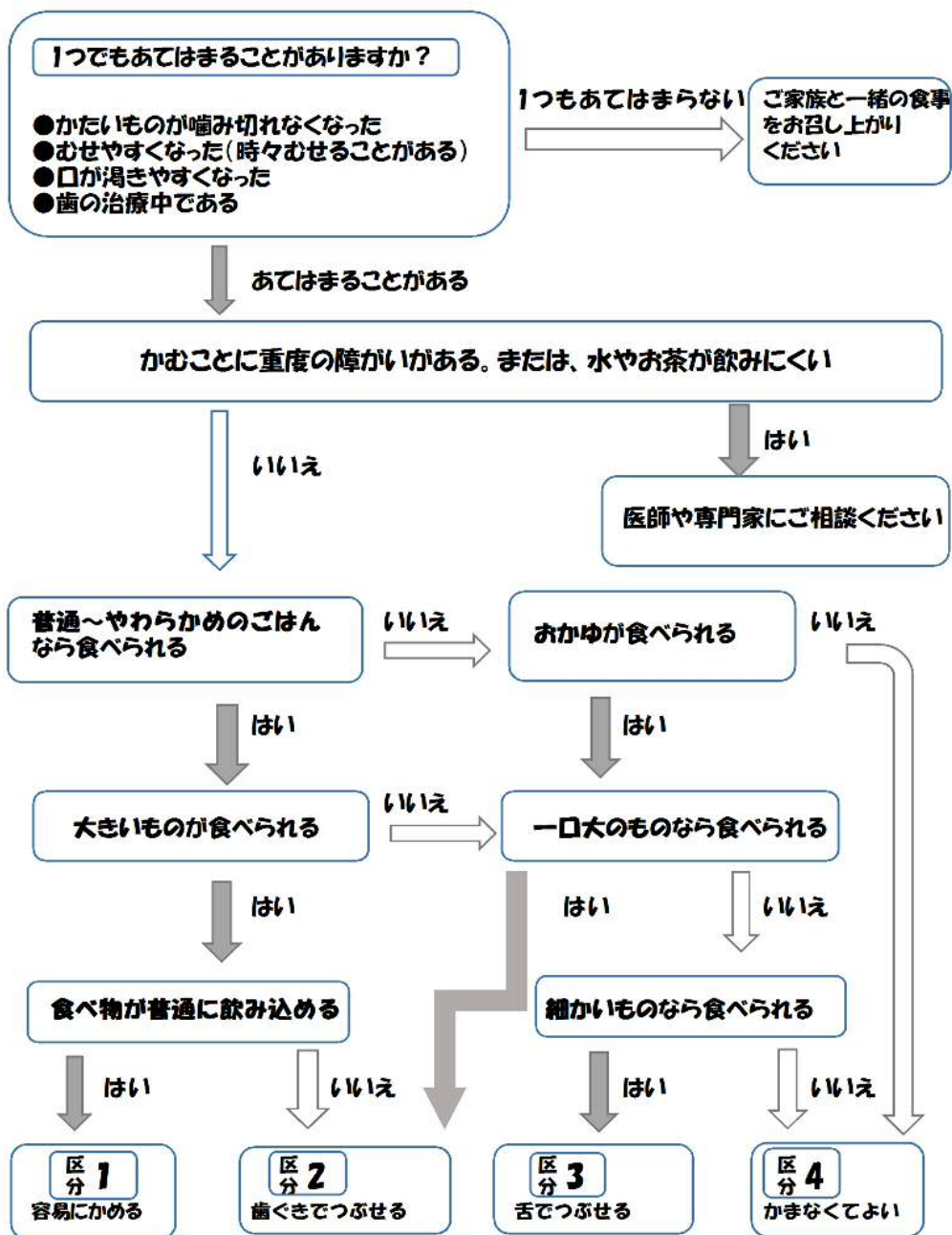
寝たきり度	ランク	判断基準
生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する
		1 交通機関等を利用して外出する
		2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない
		1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
		2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
		1 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う
		2 介助により車いすに移乗する
	ランク C	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する
		1 自力で寝返りをうつ
2 自力では寝返りもうたない		

第2表 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	みられる症状・行動例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つなど。
IIb	家庭内でも、上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等、一人で留守ができないなど。
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態がみられる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態がみられる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等

第3表 UDFの食形態区分

ユニバーサルデザインフードとは？(UDF区分)



参考文献

「新 家庭介護の食事」 西原修造・田中弥生 著 日本医療企画
「おとしよりに喜ばれる食事」 杉橋啓子 著 新企画出版社

(参考資料)

1 経緯

平成24年4月25日

第1回一関市医療と介護の連携連絡会幹事会での「医療と介護の連携マニュアル」の紹介。

平成25年6月18日

第2回一関市医療と介護の連携連絡会幹事会での先進地視察研修をカシオペア地域医療福祉連携研究会に決定。

平成25年8月21日

カシオペア地域医療福祉連携研究会視察。

平成25年8月27日

第3回一関市医療と介護の連携連絡会幹事会でのカシオペア地域医療福祉連携研究会視察報告。

平成25年10月29日

第4回一関市医療と介護の連携連絡会幹事会での連携シート(情報共有シート以下同じ)作成の決定。

平成25年12月9日

連携シート検討会。

平成25年12月12日

第5回一関市医療と介護の連携連絡会幹事会での連携シート検討会開催報告。

平成26年2月10日

連携シート検討会打ち合わせ会。以後、3回開催。

平成26年9月17日

連携シート検討会での医療と介護の連携マニュアル(案)の報告。

平成26年9月24日

第3回一関市医療と介護の連携連絡会幹事会での連携シート検討会開催報告。医療と介護の連携マニュアル(案)及び試行運用決定。

平成28年7月14日

第1回医療と介護の連携マニュアル検討会

平成29年3月21日

第2回医療と介護の連携マニュアル検討会

平成29年7月13日

第1回医療と介護の連携マニュアル検討会

平成29年9月14日

第2回医療と介護の連携マニュアル検討会

平成30年3月27日

第3回一関市医療と介護の連携連絡会幹事会

医療と介護の連携マニュアル検討会における検討結果について(報告)

平成30年6月19日

第1回一関市医療と介護の連携連絡会幹事会

医療と介護の連携マニュアル検討会開催について

(平成30年度診療報酬・介護報酬改定による連携シートの見直しに伴う改正について)

平成30年6月28日

第1回医療と介護の連携マニュアル検討会

平成30年10月10日

第2回医療と介護の連携マニュアル検討会

平成30年11月5日

第2回一関市医療と介護の連携連絡会幹事会

平成 30 年度診療報酬・介護報酬同時改定による連携シート見直しに伴い、連携シート検討会で検討した結果を医療と介護の連携マニュアル（改正案）と併せて報告。

現在に至る。

2 一関市医療と介護の連携連絡会連携シート検討会メンバー

所 属
一関市医師会
一関歯科医師会
一関薬剤師会
岩手県立磐井病院
岩手県立千厩病院
一関病院訪問看護ステーションわかば
一関西部居宅介護支援事業所協議会
一関東部地域居宅介護支援事業所協議会
一関地区広域行政組合介護保険課