

尼崎市における入退院調整の
標準的な取扱い 第3版の2
(入退院調整ルールの手引)

尼崎市医療・介護連携協議会

平成30年9月

《目次》

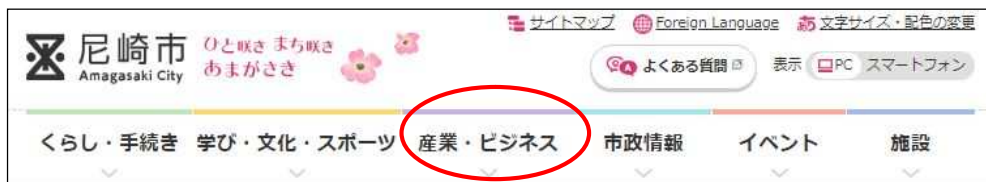
1	はじめに	1
2	連携ルール	
	【入院前に介護保険を利用していた場合】	3
	【入院後、新たに介護保険を利用する場合】	6
	【転院する場合】	7
3	関連情報	
	《1》入退院時における診療報酬と介護報酬の関係	8
	《2》地域包括支援センターとは	10
	《3》要介護状態区分が決まるまでの流れ	11
	《4》居宅介護支援事業所とは	
	《5》退院支援におけるケアマネジャーの役割	
	《6》訪問看護ステーションとは	12
	《7》ケアプラン作成の標準的な流れ	
	《8》口腔アセスメントチャート	13
	《9》尼崎市内の病院で提供している形態対応食について	16
4	連携シート	
	入退院連携シート その1、入退院連携シート その2	18

<資料>

- ◇ 尼崎市内の病院の地域連携窓口の状況と基本情報の一覧
- ◇ 尼崎市内の居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）一覧
- ◇ 尼崎市内の地域包括支援センターと担当地域の一覧
- ◇ 尼崎市内の訪問看護ステーション一覧

上記の資料については、尼崎市ホームページにて最新情報を更新しています。

市トップページ <http://www.city.amagasaki.hyogo.jp/index.html>



産業ビジネス 各種事業者の方へ 医事・薬事もしくは介護保険事業者等
保健・医療・介護・福祉等の連携 退院調整の取組

または、



退院調整 もしくはID検索 1006567 で 検索

1 はじめに

(1)趣旨目的

この取扱いは、尼崎市内の医療機関と地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、訪問看護ステーションの専門職等が、高齢者等を対象に患者（利用者）の入退院支援を中心に患者（利用者）が切れ目なくサービスを利用できるように入退院時連携を深めるための標準的な取扱いです。

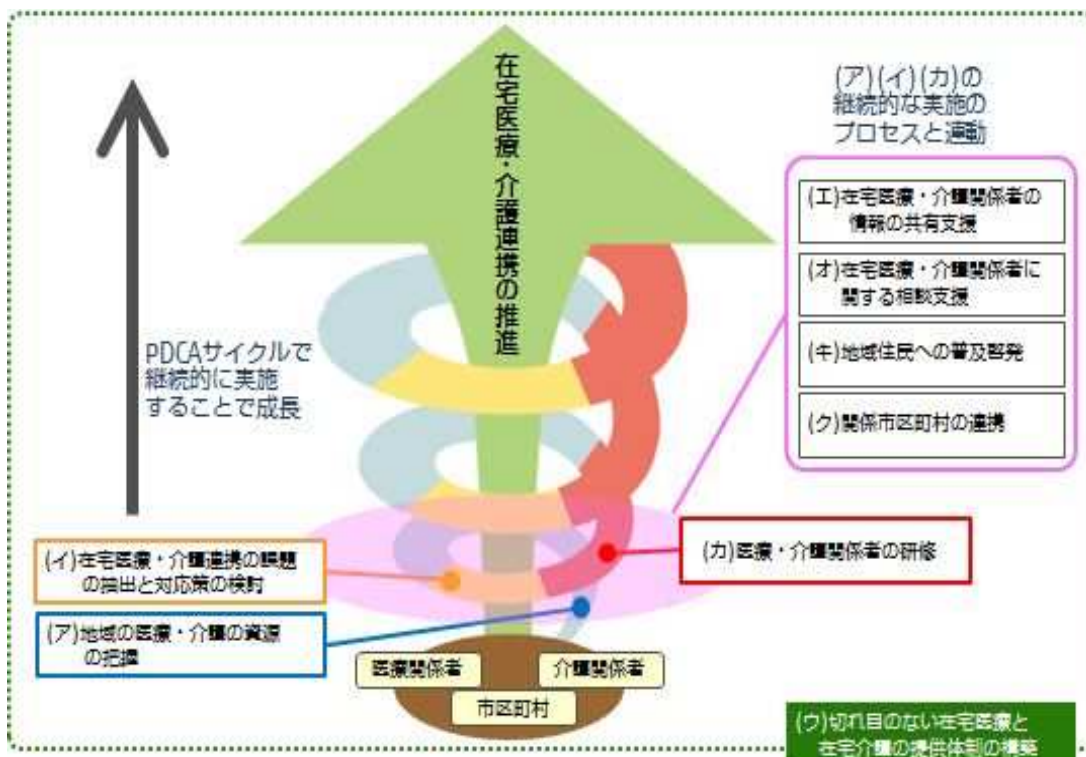
患者（利用者）の病状や家族の受入状況、各病院の体制等により個別の取扱いは異なることが想定されますので、個別の実態に即した円滑な連携に努めてください。



(2)在宅医療・介護連携推進事業での位置づけ

本市の第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（平成30～32年度）においては、最期まで自分の意思が尊重され自分らしく過ごせるよう、医療・介護の関係機関が連携し、病気を治す・癒す視点だけではなく、「生活を支える」視点での包括的かつ継続的な連携支援を重要視し、医療・介護連携を実践する人材を育成する「人づくり」、連携を促す仕組みや共通帳票などを整備する「ものづくり」、今後の過ごし方た人生最期を考える大切さを伝える「市民の意識づくり」に取り組むこととしています。

本取組は、「ものづくり」の1つとして、位置付けられています。



(3)これまでの取組の状況

平成 25 年度に、市内 25 病院（医療）と地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所（介護）の連携の実態把握を行い、医療と介護の連携における課題の抽出、解決策を模索するため、関係団体と意見交換会を重ね、平成 26 年度に「尼崎市における退院調整（病院＝在宅連携）の標準的な取扱い」（入退院時の連携ルール）を作成しています。

平成 27 年度以降は、入退院時の連携ルールの周知、運用状況の把握、運用上の課題の共有や解決策の模索を行うため、関係団体との意見交換会を行っています。

(4)平成 30 年度改訂のねらい

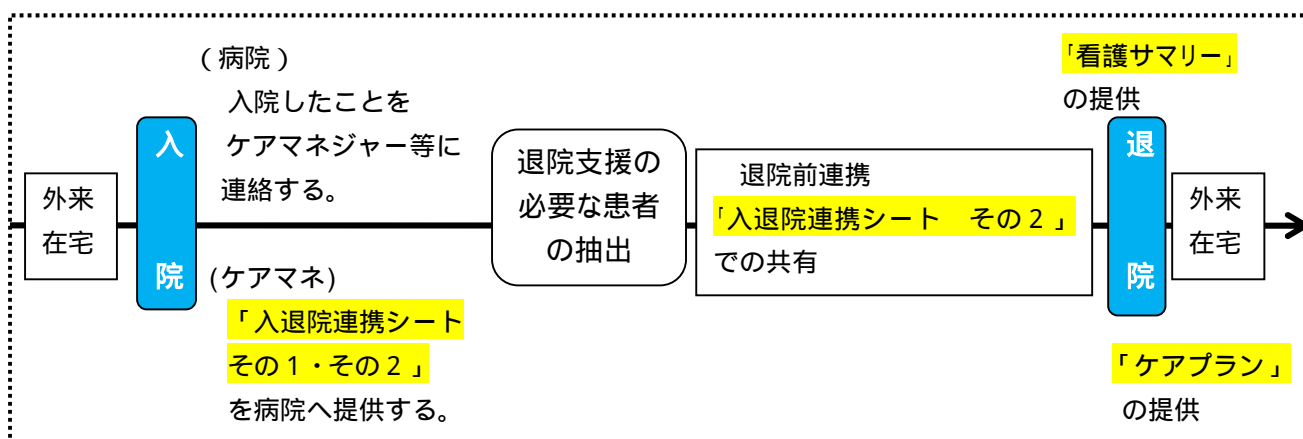
診療報酬・介護報酬の同時改定、これまでの意見交換会等での現場の声、平成 29 年 12 月に策定された「西宮市・芦屋市の退院調整ルールの手引き」を踏まえ、医療・介護連携率の向上、連携の質の向上、阪神南圏域での質の統一を図るために、入退院時の連携ルールやシート改訂を行います。

<ポイント> 対象者（利用者）のQOLの維持・向上のために

- ◇ 診療報酬・介護報酬改訂～入院前・入院から退院までの一括支援を目指して～
入院前からの支援機能の強化（新設、名称変更、対象者の拡大）
在宅復帰・病床機能連携率の向上（連携パスの算定可能範囲の拡大）
- ◇ 現場の声～連携強化・効率化に向けて～
対象者（利用者）に関わる者たちが、必要な情報を共有できるツールとルール
- ◇ 阪神南圏域での取組
阪神南圏域での質の統一

2 連携ルール

【入院前に介護保険を利用していた場合】



(1)入院時

病棟看護・地域連携室等（以下「病院」という。）は、本人や家族からの聞き取り又は介護保険者証等を確認し、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターのケアマネジャー等（以下「ケアマネジャー等」という）に連絡する。

在宅担当者不明時は、下記にお問合せください。在宅担当者に病院へ連絡するよう促します。

介護保険事業担当課： 06-6489-6322

ケアマネジャー等は、「入退院連携シート その1・その2」を用いて、病院に情報を提供する。

病院が指定する担当窓口を持参またはFAXする。

(2)退院支援の開始

- ◇ 病院は、退院支援の必要な患者の抽出を行う。
- ◇ ケアマネジャー等は、退院支援が必要と判断した場合、病院へ退院支援の申し出を行う。

病院は、可能な範囲で在宅担当者の退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、ケアマネジャー等と退院支援面談の日程などの調整を行う。

尼崎市の場合、要介護状態区分が決定するまでの期間(申請～介護認定審査会)として、**新規申請及び区分変更申請とも概ね30日程度必要**です。

(3)退院前連携

- ◇ 病院は、ケアマネジャー等と面談し、「入退院連携シート その2」の事項等の患者の状態について説明する。合わせて導入すべき介護サービス等について検討する。必要時、多職種でのカンファレンスを行う。
- ◇ ケアマネジャー等は、病院の職員と面談し、「入退院連携シート その2」を用いて利用者に関する必要な情報を得た上で、ケアプランを作成・調整する。

(4)退院時看護サマリー（写）の提供

病院は、「看護サマリー」を看護・介護の引継ぎ書（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日、服薬内容）として、ケアマネジャーに提供する。

(5)ケアプラン（写）の提供

ケアマネジャー等は、退院時に「ケアプランの写し」を病院に提供する。「入退院連携シートその1・その2」に合わせて、在宅主治医等にも提供する。

《退院支援が必要となる患者の基準（目安）》

1 退院調整が必要な患者

- ◇ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ◇ 排泄、食事、立ち上がりや歩行に介助が必要
- ◇ 退院後に医療処置（経管栄養、吸引、インシュリン、じょく瘡、在宅酸素など）が必要
- ◇ 在宅療養で介護力（家族等）に不安
- ◇ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下
- ◇ 悪性腫瘍（末期）誤嚥生肺炎等の急性呼吸器感染症
- ◇ 住環境整備（住宅改修、福祉用具）が必要

1つでも該当すれば、ケアマネジャーまたは地域包括支援センターへ連絡

2 それ以外で、注意が必要な患者

- ◇ 独居又はそれに近い方で、調理や掃除など身の回りの介助が必要
- ◇ 食事制限（治療食、塩分、水分など）が必要、または栄養指導が必要
- ◇ 服薬管理に注意が必要
- ◇ アルコール依存症
- ◇ 精神疾患、難病
- ◇ 緊急入院、繰り返し入退院
- ◇ 介護保険が未申請
- ◇ 経済的事由がある

10 ページ <退院困難な要因> も参照

《「サービス担当者会議」とは》

目的	・ケアマネジャーを介し、利用者と家族、各サービス機関がケアについて、共通の理解を持ち、互いの連携をスムーズにする。
内容	・ケアプランの作成または変更時などに開催義務 ・各サービス機関の専門家を交え、ケアプランの修正や最終決定などを行う。
主催者 参加者	・ケアマネジャーが主催 ・利用者及びその家族、居宅サービス担当者、かかりつけの医師や看護師など。
根拠	・平成 11 年厚生省令第 38 号 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第 13 条の 9

【入院前に介護保険を利用していた場合のフロー図】

このフロー図は、病院担当者とケアマネジャー等が患者（利用者）の支援に向けて相互に理解を深めるために、ケアマネジャー等の行動から記載しています。

ケアマネジャー等は、利用者が入院する際は、医療機関へ担当ケアマネジャーの氏名と連絡先を伝えるよう、利用者やその家族へお願いしておく。

ケアマネジャー等が、担当する利用者が入院した旨、連絡を受けた。

- ・利用者本人、又は家族、キーパーソン等から
- ・病院（病棟含む）から
- ・サービス提供事業者から
- ・その他（友人、近隣住民等から）

入退院連携シート その1・その2を病院に提供する。
（提供先は、地域連携窓口の一覧で確認）

個人情報の同意は
得ていますか？

但し、退院後同一病院への短期間での再入院、入院期間がごく短く病院側が入退院連携シートの提出を必要としない場合もある。この場合は個別に病院担当者と相談する。

「入退院連携シート」の提供は必要ありません。
（在宅・病院とも負担軽減を図ります。）

但し書きに該当

1~2週間程度で在宅退院できる見込みがたった。

《退院支援が必要となる患者の基準》
（4ページ参照）

病院と退院支援に向けて面談日等連絡調整

退院前連携

- ・病院より入退院連携シート その2の事項等の患者の状態について情報を聴取。
- ・合わせて導入すべき介護サービス等について検討。
- ・必要時、多職種でのカンファレンスを行う。

退院

病院より患者の引継
（看護サマリー）

サービス担当者会議・プラン作成

「入退院連携シート
その1・その2」、「ケ
アプラン」の写しを
提供

本人
家族

在宅
主治医

サービス
担当者

病院

【入院後、新たに介護保険を利用する場合】

(1) 介護保険 要介護（要支援）認定申請

《65歳以上の患者》

病院は、患者が下記の状態である場合は、家族などに介護保険被保険者証を持って尼崎市の担当課（市役所本庁にある介護保険事業担当課、又は南北保健福祉センター福祉相談支援課）での要介護（要支援）認定（以下「要介護認定」という。）申請手続きを案内する。また、家族等がサービスの内容や利用料など、より詳しい話を聞きたい場合は、患者の住所地を管轄する地域包括支援センター等での相談を勧める。

介護保険要介護（要支援）認定申請の目安

～どのような状態の患者さんなら、介護保険認定申請をすればよいか～

- 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- 食事に介助が必要な方
- 排泄に介助が必要な方
- ポータブルトイレを使用中の方
- 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある方
- 在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方（ADLは自立していても）がん末期の方
- （ADLは自立していても）新たに医療処置（経管栄養、吸引など）が追加された方

《40歳以上64歳未満の患者》

病院は、患者が介護保険の対象となる特定疾病（下表参照）に該当し、上記の状態である場合は、家族などに医療保険被保険者証（国民健康や全国健康保険協会（協会けんぽ）等）を持って、尼崎市の担当課にて、要介護認定申請手続きをするよう案内する。

生活保護受給者の場合は、担当ケースワーカーを通して手続きをするよう案内する。

40歳～64歳で介護保険の対象となる特定疾病

筋萎縮性側索硬化症
後縦靭帯骨化症
骨折を伴う骨粗しょう症
多系統萎縮症（旧シャイ・ドレガー症候群）
初老期における認知症
脊髄小脳変性症
脊柱管狭窄症
早老症
糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
脳血管疾患
パーキンソン病関連疾患（旧パーキンソン病）
閉塞性動脈硬化症
関節リウマチ（旧慢性関節リウマチ）
慢性閉塞性肺疾患
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
がん（末期）

(2)在宅担当者の決定に向けての支援

病院は、要介護認定申請と並行して、患者又は家族に対して下記A、B、Cいずれかのパターンにより、ケアマネジャー等を決定するための支援を行う。

A 要介護認定が見込まれる場合 居宅介護支援事業所ケアマネジャーにつなぐ
 要介護認定申請の目安 ~ に該当する患者については、患者又は家族の希望を尊重し、「尼崎市居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）一覧」等を参考に、患者の自宅近くにある居宅介護支援事業所などへの相談を助言し、ケアマネジャー等との契約に向けて支援を行う。

B 要支援認定が見込まれる場合 地域包括支援センターにつなぐ
 要介護認定申請の目安 ~ に該当する患者については、患者が住む地区の地域包括支援センターへの相談を助言し、ケアマネジャー等との契約に向けた支援を行う。

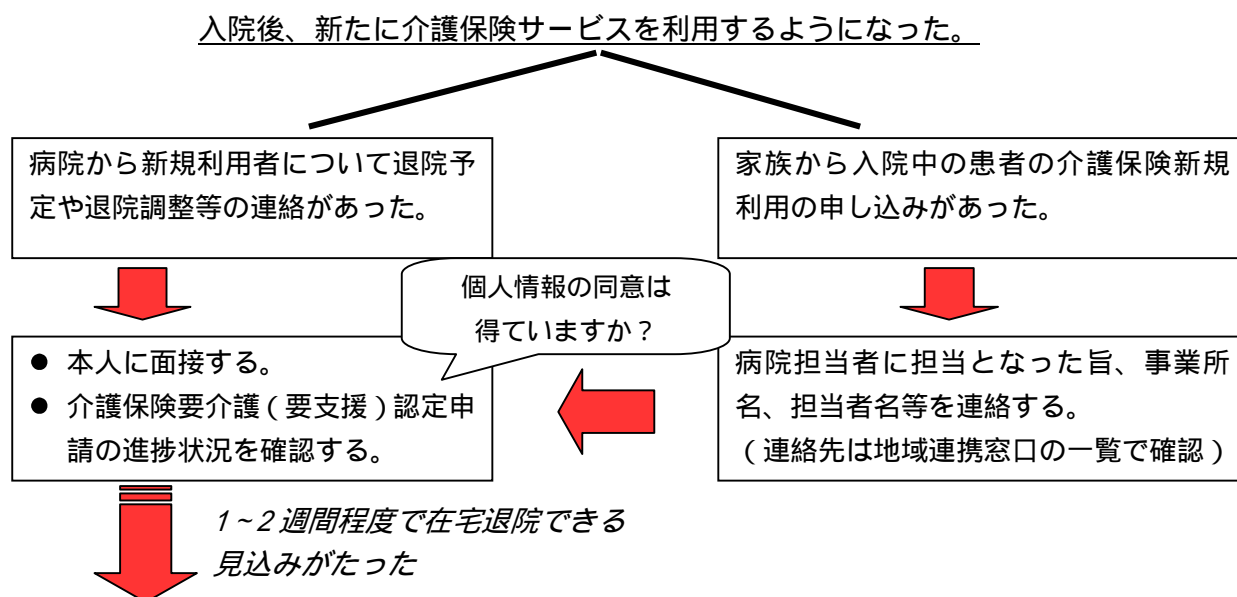
C 要介護か要支援かどちらか迷う場合 地域包括支援センターに相談
 患者が要介護認定申請の目安 ~ に該当するかどうか迷い、適切な相談機関が不明な場合は、患者が住む地区の地域包括支援センターでの相談等を支援する。

ケアマネジャー等の決定支援については、患者の在宅かかりつけ医師や看護師、その他知人等の紹介により決定することを妨げるものではありません。また、ケアマネジャーにケアプランを依頼すると、要介護認定申請からサービス調整まで、一貫した支援が受けられるようになります。

以降の流れは、入院前に介護保険を利用していた場合の(2)「退院支援の開始」以降と同じ手順による。

【入院後、新たに介護保険を利用する場合のフロー図】

尼崎市の場合、要介護認定にあたっては、申請から訪問調査等を経て介護認定審査会にて要介護状態区分が決定するまでの期間として、新規申請及び区分変更申請とも概ね 30 日程度必要です。



以後、【入院前に介護保険を利用していた場合】と同じ（5ページ参照）

【転院する場合】

病院は、転院先の医療機関や施設へ「入退院連携シート その1・その2」の写しを診療情報提供書や看護サマリー等と一緒に引き継ぐ。

「入退院連携シート その1・その2」には、在宅生活に向けた情報が盛り込まれおり、転院先の医療機関での看護計画、介護保険サービスの調整に必要なものです。

3 関連情報

〈1〉 入退院時における診療報酬と介護報酬の関係

診療報酬（病院側）	
入院	<p>入院時支援加算（退院時 1 回） 200 点 自宅等（転院以外）からの予定入院患者で、入退院支援加算を算定する患者が対象。 入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に右の 1) ~ 8) を行い、入院中の看護や栄養管理に係る療養支援計画を立て患者及び入院予定先の関係者と共有すること。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 2) 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 4) 栄養状態の評価 5) 持参薬の確認 6) 退院困難な要因の有無の評価 7) 入院中に行われる治療・検査の説明 8) 入院生活の説明 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px; margin-top: 10px;"> 虐待（疑い含む）、医療保険未加入者、生活困窮者を追加（10 ページ参照） </div>
退院支援開始	<p>入退院支援加算（退院時 1 回） A246</p> <p>入退院支援加算 1 一般病棟入院基本等の場合 600 点 療養病棟入院基本等の場合 1200 点 入退院支援加算 2 一般病棟入院基本等の場合 190 点 療養病棟入院基本等の場合 635 点</p> <p>《趣旨》安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組や医療機関間の連携等の推進を図る。</p> <p>《算定要件・施設基準》10 ページ参照</p> <p>地域連携診療計画加算 300 点（入退院支援加算 2 の届出医療機関でも算定可）</p>
退院前カンファレンス	<p>介護支援等連携指導料（1 回目）400 点 B005-1-2 《趣旨》介護サービスの利用見込みがついた段階で、地域で導入可能な介護サービスや要介護認定申請等の情報について患者や医療関係者と情報共有を図る。</p> <p>介護支援等連携指導料（2 回目）400 点 実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプラン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こと等を想定したものである。 《主な条件》患者又は家族等に提供した文書の写し、ケアプランの写しを診療録に添付 障害福祉サービス事業における相談支援事業者や専門員との連携</p>
ケアプラン確定	<p>退院時共同指導料 2 400 点（注 3 の加算 2000 点）入院中 1 回（共同して行う場合は 2 回） B005 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 20px;">3 者以上で共同して行う多機関共同指導加算</div> 《趣旨》医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等、社会福祉士が、退院後の在宅療養に必要な説明や指導を行う。自宅以外の場所に退院する患者も算定可。 《主な条件》患者又は家族等に提供した文書の写しを診療録に添付 他</p>
退院	<p>退院前訪問指導料 580 点 入院中 1 回 B007 入院中又は退院日に患者宅を訪問し、患者又は患者の看護にあたる者に対して、退院後の在宅での療養上必要な指導を行った場合</p> <p>診療情報提供（ ） 250 点/月 1 回 B009 診療に基づき他の医療機関での診察の必要性等を認め、患者の同意を得て、当該医療機関へ診療状況を示す文書を添えて患者紹介を行った場合</p> <p>療養情報提供加算 50 点 指定訪問看護を定期的に行っていた訪問看護ステーションから得た指定訪問看護に係る情報を添付して紹介した場合</p>

（注）本資料は、患者の入院時から退院時まで、入退院連携に関して診療報酬と介護報酬の加算の関係を紹介したものであり、個々の加算の算定要件や主な条件など詳細は、各病院及び介護事業所で、ご確認ください。

介護報酬（在宅・ケアマネジャー側）

入院

退院支援開始

入院時情報連携加算

- ()入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない） 200 単位/月
- ()入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない） 100 単位/月

《趣旨》

- ・入院時における医療機関との連携を促進する。

《主な条件》

- ・居宅介護支援の提供の開始にあたり、利用者に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供しよう依頼することを義務づける。
- ・入院時情報連携加算について入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- ・() () の同時算定不可

「入退院連携シート その1・その2」を活用

退院・退所加算

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

《趣旨》

- ・退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携推進
- ・退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
- ・医療機関との連携回数に応じた評価とする。
- ・医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

《主な条件》

- ・退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、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する。
 - ・3回を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。
- 入院又は入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

「入退院連携シート その2」を活用

退院前カンファレンス

ケアプラン確定

退院

特定事業所加算 () 125 単位/月 平成31年度～

特定事業所加算 () ～ () のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行くとともに、ターミナルマネジメント加算を年5回以上算定している事業所。

緊急時等居宅カンファレンス加算 200 点/月2回

医療機関の求めにより、医療機関の医師等とともに利用者の居宅を訪問・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に関する調整を行った場合

訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャーが把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治医や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

医療系サービスの利用について意見を求めた主治医へのケアプラン交付を義務付ける。

(注) 本資料は、患者の入院時から退院時まで、入退院連携に関して診療報酬と介護報酬の加算関係を紹介したものであり、個々の加算の算定要件や主な条件など詳細は、各病院及び介護事業所で、ご確認ください。

<入院時支援加算の施設基準>

入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、入退院支援部門に十分な経験を有する以下の者が配置されていること。

- (許可病床数 200 床以上) 専従の看護師 1 名以上 又は 専任看護師および専任社会福祉士各 1 名以上
- (許可病床数 200 床未満) 専任の看護師 1 名以上

<入退院支援加算の算定要件>

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院支援計画作成に着手	7日以内	7日以内
病棟	入退院支援及び地域連携業務に専従する職員を専任で配置。	
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)	/
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20 以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)	
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	

<退院困難な要因>

悪性腫瘍、認知症、誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 緊急入院 要介護認定未申請 虐待(疑いを含む)を受けている 医療保険未加入者または生活困窮者 入院前よりADL低下、退院後の生活様式再編の必要	排泄の介助要 同居者の有無に関わらず、必要な介護または養育を十分に提供できる状況にない 退院後に医療処置が必要(胃ろう等の経管栄養含む) 入退院を繰り返している その他
---	--

〈2〉 地域包括支援センターとは

尼崎市には 12 カ所の地域包括支援センターがあり、各支援センターには、専門職として 保健師等、社会福祉士、主任ケアマネジャーが配置され、下記の業務を行っています。

○ 総合相談・支援(様々な相談に応じます)

高齢者やその家族の相談を受け、適切なサービスの利用につなげます。相談内容によってはサービスや制度に関する情報提供を行うほか、関係機関の紹介も行います。

○ 介護予防ケアマネジメント(自立した生活ができるよう支援します)

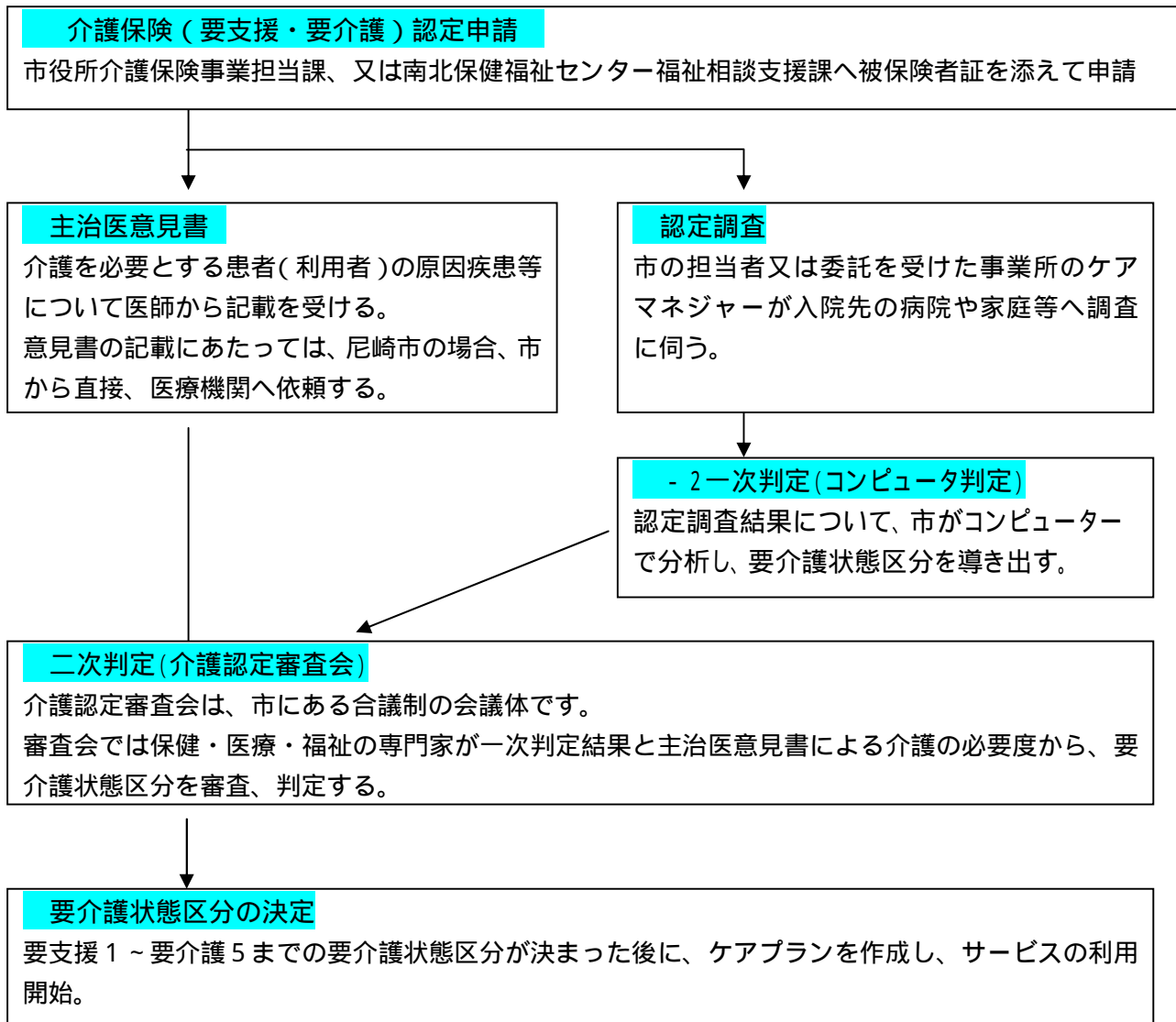
できる限り在宅で自立した生活が継続できるよう介護予防の相談や介護予防ケアプランを作成します。

○ 包括的・継続的マネジメント(様々な方面から支援します)

高齢者やその家族を支える地域のケアマネジャーの指導や支援のほか、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制づくりを行います。

○ 権利擁護、虐待防止など

〈3〉 要介護状態区分が決まるまでの流れ（申請～要支援・要介護区分決定のプロセス）



非該当の場合は、地域包括支援センターの基本チェックリストにより事業対象者となる場合があります。

〈4〉 居宅介護支援事業所とは

ケアマネジャーが所属する事業所で、尼崎市が指定します。

介護保険を利用する患者（利用者）や家族の希望などを尊重し、患者（利用者）の心身の状況や家庭の状況を考慮して、適切にサービスを利用できるように支援する事業所です。

ケアマネジャーは、患者（利用者）とサービス事業所とのパイプ役となり、要介護認定の申請代行を行うほか、サービス提供事業所の連携調整、その他介護に関する様々な相談に応じます。また、継続的なサービス提供の評価や利用者等の苦情の受け付けなども行います。

〈5〉 退院支援におけるケアマネジャーの役割

対象者：要介護（要支援）認定を受けている人又は受ける見込みの人で居宅介護支援の契約が整った人

条件：本人又は家族が、在宅退院や介護サービス利用の意向を持っている人

業務：ケアプランを作成し、適正なサービス提供の支援を行うこと

退院支援において報酬を得るのは、在宅退院となりケアプランを作成した場合で、転院先の紹介などは規定された業務ではありません。

〈6〉 訪問看護ステーションとは

訪問看護は主治医との密接な連携により、保健師、看護師、PT等（以下、「看護師等」という。）が、通院困難な利用者の自宅を訪問して、療養上の世話や必要な診療の補助を行います。要介護（要支援）者に対する訪問看護は、介護保険から給付されますが、急性増悪期や末期の悪性腫瘍等その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する訪問看護は、医療保険から給付され（サービスが受けられ）ます。

訪問看護ステーションを開設する場合は、介護保険法上の指定を受けなければなりません。（指定は尼崎市が行いますが、保険医療機関である病院、診療所については、介護保険法上の指定事業所としてみなされます。）

〈7〉 ケアプラン作成の標準的な流れ（ケアプラン作成のプロセス）

ケアマネジャーとの面談（本人・家族）及び契約

退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら、居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターと契約手続きを行う。

病院からの情報収集

身体機能の低下の状況、要因の分析、生活機能の予後予測を行う。

ケアプラン原案の作成

自立支援、課題解決に向けて必要なサービスを想定し、ケアマネジャーが患者（利用者）・家族に提案する。

サービス提供事業所との調整

患者（利用者）が在宅で利用する事業所の選定や事業所への利用者情報の提供をケアマネジャーが行う。

退院前カンファレンス

サービス提供事業所等を交えた病院との引継ぎを行う。

退院

サービス担当者会議の開催

サービスを提供する事業所間で患者（利用者）支援にかかる目標や課題を共有し、事業所の役割分担を確認する。

サービス提供開始

ケアプランの完成、サービス提供及びサービス利用の開始。

〈8〉 口腔ケアチェックシート

いつまでも自分らしく生きるためには、歯の健康が欠かせません。特に、高齢者は、口の中の細菌が繁殖して肺炎につながったり、食べ物がかめないうことで、消化不良や食欲減退を引き起こしたりします。

「口腔ケアチェックシート」（15 ページ）に該当項目が1つでもあれば、かかりつけ歯科医や在宅訪問対応歯科医院（尼崎市歯科医師会ホームページで確認可）へのご相談をお勧めします。

口腔ケアチェックシート 利用ガイド

使い方

口腔機能の低下を防ぎ経口摂食を維持することは、栄養状態の改善による筋肉量の低下を防ぎ、要介護度の悪化を防ぐだけでなく、脳の活性化につながり生活の質の向上になります。また、お口の中を清潔に保つことは誤嚥性肺炎の予防につながります。そのためには、お口の問題点に早めに気づき、適切な診断・治療に結び付けることがとても重要です。

この口腔ケアチェックシートは、お口の衛生状態及び機能状態をチェックするためのものです。該当項目が一つでもあれば、口腔の専門家である歯科医師による専門的アセスメントを受けることで在宅（訪問）歯科診療による早期の治療開始、口腔機能の維持及び向上、口腔ケア担当者による専門的口腔ケアなどでの口腔の問題解決に最善をつくします。

在宅で通院困難な方を対象に使用してください。

各チェック項目（観察ポイント）

【お口の中の清潔度】

お口の清潔度は、日常のケアだけでなく口腔機能の悪化でも低下します。肺炎予防はもちろん口腔機能や摂食状況の指標ともなります。また、お口の清潔度を見る際には舌や口蓋、頬粘膜などの色調や出血・潰瘍の有無などもチェックしてください。

【お口の中の状況】

自分の口から食事を摂るために歯は大切です。観察ポイントに当てはまるものがないかチェックしてください。また、う蝕や不適合なかぶせ等の放置は口腔ケアを困難にすると同時に炎症の原因ともなります。

【入れ歯】

失った歯を補い、正しい噛み合わせと口腔機能を維持するために入れ歯は必要です。また、入れ歯の手入れが不十分だと入れ歯自体に細菌が繁殖してきます。入れ歯のつけ外しのしやすさや汚れの付き具合、ひび割れの有無や入れ歯のすり減りなどがないかもチェックしてください。

【食事の状況】

摂食嚥下障害が疑われる項目です。普段の食事ですべてはまるものがないかチェックしてください。

【受診の状態】

特に急性期の後などでは、お口の中の状況は短期間で驚くほど悪化します。早期に問題点を見つけ治療につなげることが経口摂食の確保・維持につながります。

各チェック項目（観察ポイント）の解説

【お口の中の清潔度】

◇口臭がある

口臭は口腔衛生状態を反映する指標として有用です。口臭の多くは口の中の細菌の活動によって産生される揮発性硫黄化合物によって生じます。このほか、糖尿病や胃腸の疾患によって口臭を生じる場合があります。さらに食物による口臭もあります。

◇痛み・はれ・出血がある、口の粘膜に傷がある

痛み・はれ・出血の原因は、むし歯、歯周病、のう胞、腫瘍などがあります。残根（歯の残がい）やインプラントが埋もれていて、周囲に炎症がひろがり、外側にまで赤く腫れることもあります。

そのほかに、薬の副作用や、感染症などの全身的な疾患が疑われるものまで様々な原因が考えられます。薬の副作用で、高血圧治療の目的でカルシウム拮抗剤を服用している場合、歯肉増殖や刺激時の歯肉から出血することもあります。

◇口の中に食べカスがついている

歯の表面は、食物残渣（食べ物のカス）、歯垢（プラーク）が付着します。歯垢は歯ブラシなどでこすり落とさない限り、うがいなどで除去することはできません。歯垢の付着はブラッシングの不足か正確に歯ブラシができていないことを表します。食物残渣は、口腔機能が正常な場合は繊維質のもの以外はあまり口腔内にとどまることはありませんので、食物残渣が口腔内に存在している場合は、口腔機能の低下が疑われます。

◇舌に色がついている

舌の表面には、「舌苔」と呼ばれる白色や黒色の苔状の汚れが付着します。本来、この舌苔も、口腔機能が正常な人であれば付着することは少なく、多量の舌苔の付着が認められた場合は舌の機能低下、さらには粘膜感覚の低下が疑われます。

【お口の中の状況】

◇歯がないところがありそのままになっている

咀嚼機能（咬む能力）に影響を及ぼします。喪失歯が多いと、咀嚼能力の低下を招きます。上下の歯、特に奥歯がしっかり咬み合っているかが重要となります。

◇むし歯や歯の残がいがある

◇痛む歯や動く歯がある

【入れ歯】

◇使いにくい（壊れた、ゆるい、痛い、噛みにくい）

入れ歯が安定せず吸着が悪い状態、口の中に収まらず動いてはずれ易い状態、入れ歯の内面に食べ物がたくさん入る状態などです。

◇汚れている

入れ歯にも歯と同様に食物残渣と歯垢が付着します。入れ歯は口の粘膜に接する面（粘膜面）と歯（人工歯）が生えている面の表と裏があります。両面の汚れ、また入れ歯のバネの付近の汚れを確認する必要があります。

◇入れ歯はあるが、使っていない

【食事の状況】

◇食事中にむせることがある

口腔機能の低下が疑われます。

◇咳き込むことがある

◇食べこぼすことがある

唇が十分閉じれなかったり、口に食事を運ぶ際の手と口の協調が上手くとれずに食べこぼすことがある状態を指します。認知機能に問題がある場合にも認められます。

◇口唇がパリパリしている

口腔乾燥は、さまざまな原因によって引き起こされますが、服用薬剤の影響や、口を動かさないことなどによる唾液分泌減少や口腔機能の低下に起因することが多く、口腔の自浄作用の低下を招き、口腔の衛生状態を悪化させます。口の乾燥自体が口腔機能に悪影響を及ぼしたり、むし歯が増えるなど口腔内の疾患の原因になる重大な状態です。このことにより、ものが食べにくい、入れ歯があたると痛いなどの影響も出ます。

◇のどがゴロゴロいうことがある

嚥下に障害がある可能性があります。

お口のチェックをしましょう！！

チェック項目	✓印	観察ポイント
お口の中の 清潔度	<input type="checkbox"/>	口臭がある
	<input type="checkbox"/>	痛み・はれ・出血がある、口の粘膜に傷がある
	<input type="checkbox"/>	口の中に食べカスがついている
	<input type="checkbox"/>	舌に色がついている
	<input type="checkbox"/>	不明・把握できていない
お口の中の 状況	<input type="checkbox"/>	歯がないところがありそのままになっている
	<input type="checkbox"/>	むし歯や歯の残がいがある
	<input type="checkbox"/>	痛む歯や動く歯がある
	<input type="checkbox"/>	不明・把握できていない
入れ歯	<input type="checkbox"/>	使いにくい（壊れた、ゆるい、痛い、噛みにくい）
	<input type="checkbox"/>	汚れている
	<input type="checkbox"/>	入れ歯はあるが、使っていない
	<input type="checkbox"/>	不明・把握できていない
食事の状況	<input type="checkbox"/>	食事中にむせることがある
	<input type="checkbox"/>	咳き込むことがある
	<input type="checkbox"/>	食べこぼすことがある
	<input type="checkbox"/>	口唇がパリパリしている
	<input type="checkbox"/>	のどがゴロゴロいうことがある
	<input type="checkbox"/>	不明・把握できていない
受診の状況	<input type="checkbox"/>	最近2年以上歯科医のチェックを受けていない
	<input type="checkbox"/>	不明・把握できていない

※チェックがいたら専門職によるアセスメントをお勧めします。

在宅（訪問）歯科診療申込書

平成 年 月 日

在宅（訪問）歯科診療を希望し申し込みます。

利用者様氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日生

住 所： _____

電話番号： (_____) _____ - _____ / FAX (_____) _____ -

介護保険認定： 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5

食 形 態： 普通食 刻み食 ミキサー食&ペースト食 不明

口腔ケアを行っている方： _____

通院困難な理由： _____

かかりつけ歯科医： (医院名) _____ /電話番号 (_____) _____ -

申込者様氏名： _____

住 所： _____ 電話番号 _____ FAX _____

かかりつけ歯科医がない、かつ通院が困難な方の場合は、「口腔ケアチェックシート」を在宅訪問対応歯科医院へFAXしてください。依頼内容がわかるものであれば、別の様式でも構いません。

〈9〉尼崎市内の病院で提供している形態対応食について

「形態対応食」は、施設ごとにさまざまな種類や名称があり、栄養成分のように数値で明確に表現しにくいものです。そのため、「形態対応食」を食べている利用者が、ある給食施設から他の給食施設へ移るときや在宅へ帰るときに、今まで食べていた食事の情報を正確に伝えることが難しい場合が数多くあります。

そこで、摂食・嚥下障害を持つ方々の望ましい食事療養の一助となるよう、尼崎市内の給食施設で提供している「形態対応食」の情報をまとめて、市のホームページへ掲載しています。

市トップページ <http://www.city.amagasaki.hyogo.jp/index.html>



I D検索 1003250 で 検索



尼崎市内の病院で提供している形態対応食と各病院での名称

は参考資料の提供がある病院

新規作成日：平成29年1月12日

最終更新日：平成29年3月21日

病院名	区分	嚥下訓練食品0j	嚥下訓練食品0t	嚥下調整食1j	嚥下調整食2-1	嚥下調整食2-2	嚥下調整食3	嚥下調整食4
アイワ病院		ゼリー食1		ゼリー食2	ミキサー食			軟菜食
尼崎医療生協病院				えん下1 (ゼリー・ヨーグルト)		えん下2 (ミキサー+とろみ) えん下3(ミキサー)	えん下4 (ムース・ゼリー)	えん下5 (酵素・スチーム処理した ソフト食)
尼崎永仁会病院					ペースト食		刻みとろみ食	
尼崎新都心病院		嚥下食 (ブロッカゼリー)		嚥下食 (ブロッカゼリー・ エブリッチ・粥ゼリー)	5分菜食 (ミキサートロミ ・粥ゼリー)	5分菜食 (キザミトロミ ・水切り粥)		5分菜食 (キザミ/一口大 ・全粥)
尼崎だいもつ病院		エンゲリド くんれん食		おいしくビタミン アイソカルゼリーHC くんれん食 ムース食	くんれん食 ミキサー食		くんれん食 ミキサー食	くんれん食 みじん食
尼崎中央病院		嚥下食1		嚥下食2 ゼリー食	トロミ食	嚥下食3 トロミ食	ソフト食	キザミ食
安藤病院		嚥下食1 (ブロッカゼリー)		嚥下食2(ソフト食) 嚥下食3(ソフト食)	嚥下食4(ミキサー食)		嚥下食5 (キザミトロミ食)	
池田病院								軟菜食 (かたち/一口/きざみ /細きざみ)
大隈病院		ゼリーハーフ食		ゼリー食	ソフト食 とろみ食			極きざみがらめ食 きざみがらめ食
大原病院				ゼリー食	ミキサー食		ソフト食	きざみ食
岡田病院		ブロッカZnピーチ		ゼリー食 (エンジョイゼリー等)	ミキサー食(粥)	ミキサー食	五分粥食の細キザミ食 の上からトロミのだし をかけたもの	軟菜食の刻み食 (キザミ/細キザミ)
関西労災病院				ゼリー食	ペースト食	三分菜		
神崎病院		プリン食(既製品)		プリン食(手作り)	ミキサー食		極きざみとろみ食	
県立尼崎 総合医療センター		ゼリー食	とろみ水は 病棟で対応	ゼリーペースト食		ミキサー食	ソフト食	
								3分菜食(とろみ) 特別食5分菜食(きざみ) ほか
合志病院		ST訓練食			STミキサー食	ミキサー食 ソフト食		
近藤病院				ゼリー食	とろみ食			軟菜食
杉安病院		おやつ食		ゼリー食	ペースト食	あんかけ食(超刻み)		軟菜食
園田病院			とろみ茶 とろみ付りんごジュース	ブロッカゼリー	ミキサー食		ゼリー食 からめ食	刻み食 軟菜食一口大
立花病院		嚥下開始食		嚥下訓練食 ソフト食	ミキサーとろみ食	きざみとろみ食		
田中病院		嚥下訓練食		ソフト食			摂食嚥下支援食	軟菜食
中馬病院				アイソカルゼリー				
西武庫病院		ブロッカゼリー		ソフト食		ミキサートロミ食	キザミトロミ食	軟菜食
はくほう会 セントラル病院		ゼリー食 (エンジョイゼリー・ ブロッカゼリー)			嚥下訓練食 (ミキサー)		嚥下訓練食 (とろみがらめ ・水切り粥)	嚥下訓練食 (とろみがらめなしの 一口大)
樋口胃腸病院		ゼリー食	流動食+トロミ		ミキサー+トロミ食		極きざみ+トロミ食	極きざみ食 きざみ食
鷺田病院		水分ゼリー(手作り)			ミキサー食		細きざみとろみ食	軟菜食 (かたち/一口/きざみ /細きざみ)

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013(食事)に沿って分類した。
記載内容は、各病院の自己申告によるもの。

入退院連携シート その1

提出先	病院	事業所名	
		担当者名	
入院日(予定)	年 月 日	電話	FAX


ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
--------	--	-------	----	---	----	---

現住所	TEL/FAX
	携帯電話

緊急時連絡先	ふりがな氏名	続柄	同居/別居	電話番号(携帯推奨)	備考(連絡しやすい時間帯等)
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別(市)	日中 夜間	
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別(市)	日中 夜間	
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別(市)	日中 夜間	

世帯状況 単身世帯 高齢者世帯 その他の世帯()

経済状況 国民年金 厚生年金 生活保護 その他の収入()

かかりつけ医	1	機関名: ()科	電話	家族構成図 <small>【人物】:女性:男性 本人は2重 死亡の場合は黒塗り 【特記事項】主:主介護者:キーパーソン 人物の横に記入 【同居関係】円で囲む</small>  家族構成図タブで作図してください
		主治医:	FAX	
	病名等:			
2	機関名: ()科	電話		
	主治医:	FAX		
	病名等:			

かかりつけ歯科医 無 有

機関名: 電話

主治医: FAX

治療中 治療終了(年 月頃) 不明

かかりつけ薬局 無 有

薬局名: 電話

薬剤師: FAX

お薬手帳 無 有

主介護者: 氏名 続柄

訪問看護ステーション 無 有

機関名: 電話

FAX

住環境

一戸建 集合住宅(階建て 階) エレベーター

施設・高齢者住宅等()

道路~自室までの階段や段差 無 有:

移動/外出に障害となる環境 無 有()

金銭管理 本人 家族(続柄:) その他()

麻痺 無 有:

視/聴覚障害 無 有: 眼鏡 補聴器

要介護度 非該当 申請中 区分変更中 要支援() 要介護() 総合事業対象者

手帳等 無 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 その他()

申込中の施設 無 有()

サービス利用状況

訪問介護 (回/週) 訪問看護 (回/週) 訪問リハビリ (回/週) 訪問入浴 (回/週)

通所介護 (回/週) 通所リハビリ (回/週) 短期入所 (回/週)(回/月)

福祉用具貸与() 住宅改修()

その他のサービス利用:種類/頻度等()

特記事項/その他(日中の状態(日中独居)、入院までの経過、興味・関心のあること等)

入院連携シート その2

患者氏名: (生年月日: 明治 大正 昭和 西暦 年 月 日)

		入院前の状態	西暦	年	月	日	退院に向けて	西暦	年	月	日
障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症高齢者の日常生活自立度		自立・a・b・a・b・M					自立・a・b・a・b・M				
食 事	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					<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	嚥下機能	<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"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				
	口腔状態	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 欠損歯あり(義歯使用)					<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 欠損歯あり(義歯使用)				
		<input type="checkbox"/> 欠損歯あり(義歯不使用) <input type="checkbox"/> 不明・把握せず					<input type="checkbox"/> 欠損歯あり(義歯不使用) <input type="checkbox"/> 不明・把握せず				
	形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ食					<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ食				
	その他	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 特別食()					<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 特別食()				
介護状況や指導内容		痛分・水分・カロリー制限、禁忌事項等					痛分・水分・カロリー制限、禁忌事項等				
排 泄	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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし				
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル(昼) <input type="checkbox"/> ポータブル(夜) <input type="checkbox"/> カテテル・人工肛門等 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル(昼) <input type="checkbox"/> ポータブル(夜) <input type="checkbox"/> カテテル・人工肛門等 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()				
	介護状況										
夜間睡眠		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服薬あり					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服薬あり				
着 脱	上着の着脱	<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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	ズボン・パンツの着脱	<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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	介護状況										
移 動	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> なにかにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない					<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> なにかにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない				
	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					<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	方法(屋内)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()				
	介護状況										
清 潔	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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> その他()				
	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					<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	口腔衛生	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 口臭あり <input type="checkbox"/> 汚れあり <input type="checkbox"/> 不明・把握せず					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 口臭あり <input type="checkbox"/> 汚れあり <input type="checkbox"/> 不明・把握せず				
	介護状況										
認 知 機 能	確定診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断名:)					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断名:)				
	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り					<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り				
	意思決定	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 判断不可					<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 判断不可				
	症状	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他()				
	介護状況										
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 一包化 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 一包化 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
そ の 他		担当ケアマネからの情報提供(本人・家族の意向等)					退院時期		退院場所		
							病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め				
							本人・家族の今後の希望				
							リハビリからの情報提供				
							MSWからの情報提供				
		【別紙】: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					【別紙】: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席	回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席
1					無・有	3					無・有
2					無・有						

(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。)

[参考資料]

障害高齢者の日常生活自立度

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

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

認知症高齢者の日常生活自立度

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

(平成 18 年 4 月 3 日老発第 0403003 号 「「痴呆性老人の生活自立度判定基準」の活用についての一部改正について」より)

尼崎市における入退院調整の標準的な取扱い
平成30年9月 第3版の2

編集発行 尼崎市医療・介護連携協議会

問合先 尼崎市健康福祉局
保健部保健企画課

尼崎市七松町 1-3-1-502
電話 06-4869-3010 FAX 06-4869-3049

福祉部包括支援担当 尼崎市東七松町 1-23-1

電話 06-6489-6356 FAX 06-6489-6528

尼崎市医療・介護連携支援センター



尼崎市南塚口町 4-4-8 ルーティ 21 尼崎市医師会内
電話 06-6423-9916 FAX 06-6423-9917