

各団体での意見集約を依頼した資料
(第3回専門部会のご意見を反映したもの)

医療介護連携に関する専門部会委員 各位

神戸市保健福祉局長 三木 孝

「地域包括ケア推進部会 医療介護連携に関する専門部会」で作成中の
入退院連携シート（案）に対する各団体での意見集約について（ご依頼）

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、本市の保健福祉行政にご理解・ご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、本市では、地域包括ケアを推進するため「医療介護連携に関する専門部会」
を設置し、医療介護連携を重要なテーマとして、具体的方策を議論いただいています。

専門部会では、入退院時における医療・介護を切れ目なく円滑に提供するため、神
戸市版「入退院連携シート」を作成し、活用することが必要ではないかとのご意見を
いただき、現在、その内容について検討いただいております。このたび、委員の皆様
方からいただいたご意見を踏まえ、別添のとおり「入退院連携シート（案）」を作成
いたしました。

つきましては、各団体内において、「入退院連携シート（案）」に関するご意見を集
約していただき、修正意見等がございましたら、下記のとおり、電子メールにてご提
出をお願いいたします。

ご多用のところ恐縮ではございますが、よろしくお願い申し上げます。

記

1. ご意見提出締切：平成 31 年 1 月 17 日（木）

2. 提出先：神戸市保健福祉局健康部地域医療課

e-mail) komet@office.city.kobe.lg.jp

※Eメール送信の際には、①所属団体名 ②入院連携シート ③退院連携
シート ④その他ご意見 にわけて記載をお願いします。

3. 送付物：資料 1 入院連携シートについて（説明）

資料 2 入院連携シート（案）

資料 3 退院連携シートについて（説明）

資料 4 退院連携シート（案）

資料 5 退院連携シート必須項目

資料 6 11/19 部会でのご意見を踏まえた主な修正点（専門部会委員のみ）

参考資料 1 入退院時の患者情報の流れ図

参考資料 2 看護サマリー（イメージ）

入院連携シートについて

1 作成者（記入者）

ケアマネジャー

2 シートの作成対象者

介護保険利用者（要介護、要支援の認定を受けている方）

3 シートの作成目的

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

これにより、

- ・退院後の生活をイメージした、より適切な医療の提供（本人にとってのメリット）
 - ・退院支援計画作成に向けた生活情報の取得（医療機関にとってのメリット）
- につながることを期待できます。

4 入院連携シート（案）について

資料2の入院連携シート（案）は、チェック方式を多く取り入れ、簡便に記入ができ、病院やケアマネジャーにとって分かりやすく使いやすいものとなるようにしました。

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

5 その他

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

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

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

6 ご意見をいただきたい事項

- ・資料2の入院連携シート（案）の記載項目は、作成目的に照らして適切か。

1 作成者（記入者）

ケアマネジャー（医療機関や患者・家族からの聞き取り情報をもとに作成）

2 シートの作成対象者

介護保険の要介護・要支援の認定（認定予定を含む）を受けており、病院を退院し、在宅移行もしくは施設に入所する方（転院を除く）

3 作成目的

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

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

4 退院連携シート（案）について

資料4の退院連携シート（案）は、退院連携シートの必須項目（資料5）に網羅された項目を2ページにまとめ、チェックシート方式を多く取り入れることにより、見やすく簡便に記入ができるようにしたものです。

専門部会では、退院連携シート作成の議論の中で、退院連携シートの記入項目は「看護サマリーと重複する部分がある」とのご意見がありました。そのため、36病院から看護サマリーをご提供いただき調査したところ、退院連携シートに記載すべき必須項目との重複項目が多いことがわかりました。

ケアマネジャーが医療情報を正確に把握するのは難しく、ケアプランを作成するためには、医療機関から提供いただく情報は非常に重要です。従って、看護サマリーを通じて、ケアマネジャーに正確かつ確実に伝えていただくことが可能であれば、患者と家族にとってより良いケアプランの作成につながり、円滑に在宅療養生活へ移行することができると考えております。

つきましては、退院連携シート必須項目（資料5）の表中、右から2列目の欄「②看護サマリーに記載をお願いしたい項目」については、可能な限り、看護サマリーへの反映をお願いできないかと考えています。

ただし、既に電子カルテに連動した看護サマリーを使用されている医療機関では、看護サマリーの様式を変更していただくのは難しいと思われますので、ケアマネジャーが必要とする情報を、現在の看護サマリーに反映していただければ幸いです。

なお、ご参考までに、資料5の表中「②看護サマリーに記載をお願いしたい項目」を1枚のシートにまとめたイメージは、参考資料2「看護サマリー（イメージ）」のとおりです。

5 ご意見をいただきたい事項

- (1) 資料4の退院連携シート（案）の記載項目は、作成目的に照らして適切か。
- (2) 退院後のケアプラン作成のため、ケアマネジャーから依頼があれば、病院は退院カンファレンス実施時に看護サマリーをケアマネジャーに提供することは可能か。
(現在、ケアマネジャーへ看護サマリーを提供していない医療機関もあるため)
- (3) ケアマネジャーが退院連携シートを作成するにあたり、医療機関からの聞き取りが必要な項目については、可能な限り、何らかの形で看護サマリーに反映することを願いたい。 (資料5「②看護サマリーに記載をお願いしたい項目」)
- (4) 退院連携シートの情報を、在宅療養生活を支える多職種（在宅チーム）で共有することは可能か。

退院連携シート（案）

資料4

記入者

記入日

年 月 日

事業所（施設）名	
ケアマネジャー名	
電話番号	

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

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

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

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

現在治療中の病気	①	②	③
----------	---	---	---

病名 (入院原因疾患)			
-------------	--	--	--

入院中の経過 薬処方内容 予後・予測	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎		
--------------------------	--	--	--

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

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

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

退院後必要な事柄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
----------	---	--	--	--	--	--	--

禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
------	---	--	------	---	--	------	--	--

備考								
----	--	--	--	--	--	--	--	--

利用者氏名

記入日： 年 月 日

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

退院連携シートの必須項目

資料5

番号	退院連携シートの必須項目	詳細項目	①看護サマリー (36病院中、記載項目有りの病院数)	②看護サマリー に記載をお願い したい項目	③ケアマネジャーが 本人・家族等から 聞き取る項目
1	入院期間		30	○	
2	入院時の主治医(診療科)		12	○	
3	主病名 ・入院原因疾患 ・在宅療養時の主疾患	(留意事項) 入院原因疾患と、在宅療養時の主疾患が異なる場合は、その両方を記載	35	○	
4	病状・治療・薬処方内容 症状・病状の予後予測	(留意事項)入院中の処方薬剤の整理が必要	34	○	
5	今後の医学管理を行う医療機関名	入院した医療機関への通院/かかりつけ医/訪問診療が可能な医療機関			
6	既往歴		33	○	
7	医療処置状況	なし/あり 点滴/中心静脈栄養/透析/人工肛門/酸素療法/人工呼吸器/気管切開/痛みコントロール/経鼻経管栄養/胃ろう/褥瘡処置/カテーテル/喀痰吸引/インシュリン/その他()	27	○	
8	心身の 状況 (A D L)	食事摂取・形態・制限等	自立/一部介助/介助 その他(ペースト/刻み/ソフト食/普通/経鼻経管栄養) カロリー Kcal/日 水分 ml/日 塩分、その他 嚥下機能(むせ) なし/あり(常に/時々)	34	○
9		口腔ケア	自立/一部介助/介助	5	○
10		義歯	全部/部分/なし	13	○
11		移動・移乗 麻痺・関節拘縮の有無 寝返り、起き上がり	自立/一部介助/介助 その他(見守り/手引き/杖/シルバーカー/歩行器/車椅子/ストレッチャー)/転倒危険 麻痺::ない/左上肢/右上肢/左下肢/右下肢/その他 関節拘縮:ない/肩/股/膝/その他(四肢の欠損) つかまらない/できる/何かにつかまればできる/できない	33	○
12		入浴・更衣	自立/一部介助/介助/不可(シャワー/清拭) 上着、ズボン等の着脱	32	○
13		排泄(排尿・排便)	自立/介助 トイレ/リハビリパンツ/オムツ(常時・夜間のみ)/カテーテル	33	○
14		夜間(睡眠)状況	良好/不穏(状態) 眠剤の服用(有/無)	21	○
15	服薬状況	自立/一部介助/全介助 自己管理/他者管理/服薬拒否	15	○	
16	日常生活自立度 (障害・認知症)	(障害)自立/J1/J2/A1/2/B1/B2/C1/C2 (認知症)自立/I/IIa/IIb/IIIa/IIIb/IV/M	29	○	
17	介護保険情報	未申請/申請中/申請済(申請日)、要介護度など	20	○	
18	精神・心理面での療養上の留意点	なし/あり⇒ 被害妄想/作話/感情不安定/昼夜逆転/しつこく同じ話をする/大声を出す/介護への抵抗/落ち着きがない/外に出たがる/収集癖/物を壊す/ひどい物忘れ/独語/自分勝手な行動/会話にならない(認定調査項目) 幻視・幻聴/暴言・暴力/徘徊/火の不始末/不潔行為/異食行動/性的問題行動	30	○	
19	導入 と 留意 点 サ ー ビ ス	医療	訪問診療/訪問歯科診療/訪問看護/居宅療養管理指導/その他	1	○
20		生活	訪問介護/通所介護/訪問リハ/通所リハ/施設入所/その他	1	○
21		医療・看護・リハビリの視点 (栄養状態、禁忌事項含む)		32	○
22	キーパーソン		33	○	
23	成年後見人の有無		1	○	
24	家族状況、退院後の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()	12	○	
25	在宅復帰のための要件 (住宅改修、福祉用具等)		0	○	
26	受け 止め	本人への病名告知	あり/なし	16	○
27	病気、後遺症等の受け止め、 医療への意向	(本人) (家族)	15	○	
28	退院後の生活に関する意向	(本人) (家族)	3	○	
29	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活暦等	1	○	
30	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護・医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)	7	○	
31	整容	洗顔、整髪、爪切り(自立/一部介助/介助) (認定調査項目)	2	○	
32	調理	できる/見守り/一部介助/全介助	1	○	
33	買い物	できる/見守り/一部介助/全介助	1	○	
34	金銭管理	自立/一部介助/全介助	0	○	
35	認知(短期記憶)	直前に何をしていたのか思い出すことができる/できない	18	○	
36	意志の伝達	意思を他者に伝達できる/ときどき伝達できる/ほとんど伝達できない/できない	29	○	
37	視力	普通/約1m離れた視力確認表の図が見える/目の前に置いた視力確認表の図が見える/ほとんど見えない/判断不能	20	○	
38	聴力	普通/普通の声がやっと聞き取れる/かなり大きな声なら何とか聞き取れる/ほとんど聞こえない/判断不能	22	○	
39	社会活動の状況	家族等近親者・地域近隣・友人知人との交流の有無	0	○	
40	褥瘡・皮膚の問題	褥瘡の有無、部位、程度 その他の皮膚症状等	16	○	

前回（11/9）会議での主なご意見とご意見を踏まえた対応について

1 入院連携シートの修正点

- ・ Eメールの欄を削除
- ・ 「義歯」の有無を追加
- ・ 「処置同意」を「医療同意」に変更。緊急時連絡先の欄外に「どちらか一方が医療同意者となる場合は、続柄欄に記載」の注記を追加
- ・ コミュニケーション（聴力、視力、言語、意思疎通）を追加
- ・ 「既往歴」で「急性呼吸器感染症」を削除。「心血管疾患」と「手術歴」を追加
- ・ 「在宅療養時の主疾患」を「現在治療中の病気」に変更
- ・ 服薬管理の処方薬「有」の後ろの括弧書きを削除
- ・ 酸素療法の項目を追加

2 退院連携シート必須項目の修正点

(1) 前回会議資料「4-2 退院連携シートの必須項目」の必須項目の整理・統合

- ・ 「食事制限」「嚥下機能」→「食事摂取・食事形態」に統合
- ・ 「麻痺・関節拘縮の有無」「寝返り、起き上がり」→「移動・移乗」に統合
- ・ 「更衣」→「入浴」へ統合
- ・ 「リハビリの視点」「栄養状態」「禁忌事項」→「医療・看護の視点」に統合

(2) 前回会議資料「4-2 退院連携シートの必須項目」の分類方法の見直し

前回資料では、

- ① 看護サマリーに追加をお願いしたい項目
- ② （ケアマネジャーが情報を聞き取る際）医療機関に協力をお願いしたい項目
- ③ ケアマネジャーが本人・家族等から聞き取りが必要な項目

の3つに分類していましたが、36病院の看護サマリーの記載項目の状況を踏まえ、

「看護サマリーに追加をお願いしたい項目」

「ケアマネジャーが本人・家族等から聞き取る項目」

の2つに分類しました。（②をいずれかに割り振り）

- ・ 「②医療機関に協力をお願いしたい項目」を以下のとおり分類

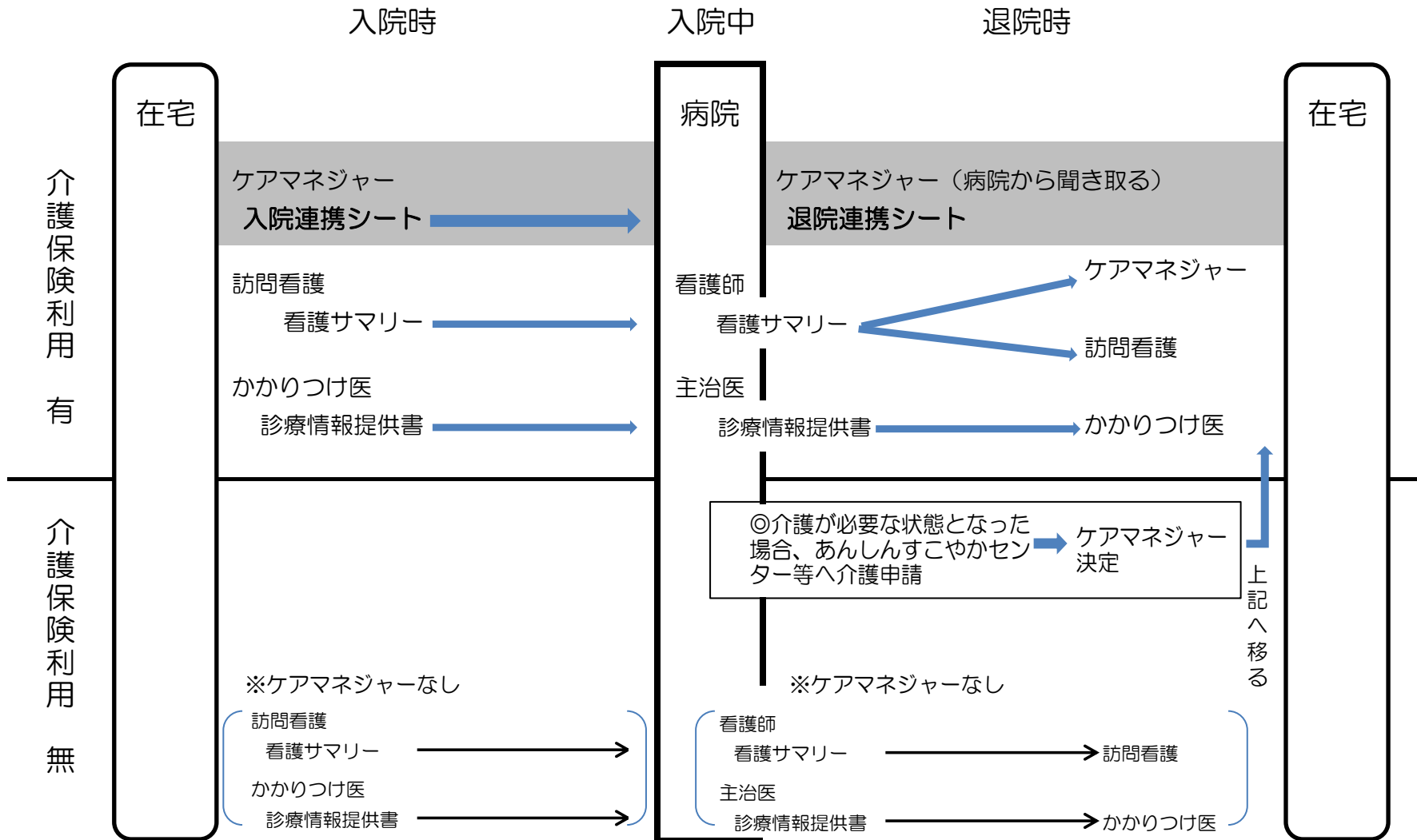
看護サマリーへの追加をお願いしたい項目	ケアマネジャーが本人・家族等から聞き取る項目
○今後の医学管理を行う医療機関名 ○導入すべきサービスと留意点のうち <ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリの視点 ・ 栄養状態 ・ 禁忌事項 	○導入すべきサービスと留意点のうち <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療 ・ 生活 ○在宅復帰のための要件

(3) まとめ

- ・ 退院連携シートの必須項目 48項目→40項目
- ・ 看護サマリーへ追加をお願いしたい項目 全24項目 ※
- ・ ケアマネジャーが本人・家族から聞き取る項目 全15項目

※ご参考として、24項目を1枚のシートにまとめた参考資料2：看護サマリー（イメージ）を添付

入退院時の患者情報の流れ図



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

※退院連携シート須項目における「②看護サマリーに記載をお願いしたい24項目」を1枚にまとめたものです。