

山梨県医療・介護「連携」シート

記入手引き

本シートは、平成 26 年度より医療と介護の連携図るツールとして、入院・入所、退院・退所時に利用者の情報を共有するシートとして活用するものです。（千葉県地域生活連携シートを参照しています。）

章 山梨県医療・介護「連携」シートの趣旨

本シートは、居宅介護支援サービス等の利用者が医療機関・施設に入院・入所する際、または医療機関・施設から退院・退所する際に、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員と当該医療機関が利用者情報を共有するためのシートです。

本シートの活用により、居宅介護支援事業所における介護保険の医療連携加算や退院・退所加算の算定に資するだけでなく、医療と介護のより一層の連携の一助となれば幸いです。

なお、本シートは参考様式であり、介護報酬の算定にあたり、別様式を作成・使用している場合は、その使用を妨げるものではありません。

章 連携シート使用上の留意点

1.【連携シートの使用方法（入院・入所時）】

本シートは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、記入対象者である介護サービス利用者本人または家族の同意を得たうえで、利用者の身体機能等の情報について記入し、入院先の医療機関・入所する施設に送付するものです。

なお、居宅介護支援事業所が、利用者が入院してから7日以内に、入院先の医療機関に対し、本シートの送付等により利用者情報を提供した場合には、介護保険の医療連携加算の算定対象となります。

2.【連携シートの使用方法（退院・退所時）】

本シートは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、利用者の退院・退所の際、入院先の医療機関の職員と面談し提供された利用者情報を記入しておき、居宅サービス計画の作成等に活用するためのものです。

なお、利用者の退院・退所に当たり、当該病院、診療所、介護保険施設の職員と面談を行い、必要な情報提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合には、介護保険の退院・退所加算の算定対象となります。

3.【個人情報の取り扱いについて】

本シートには、利用者の身体機能等、数多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。本シートの記入及び送付に当たっては、必ず本人または家族の同意を得てください。

また、本シートは、利用者本人及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容（特に認知症症状や既往歴等）については十分に注意してください。

4.【山梨県医療・介護「連携」シートの記入について】

認定調査結果や主治医意見書等を参考に本シートを記入する場合には、認定調査結果や主治医意見書等に記載されている利用者の身体機能等の情報と、直近の情報と異なる場合には、直近の情報を優先して記入してください。

5.【家族等との連絡体制】

利用者が入院した際、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対し、家族等から即時その旨の連絡がなされるよう、利用者及び家族等には日頃から本シートの趣旨を説明し、理解を得ておくことが必要です。

6.【入院・入所先の医療機関等への送付について】

利用者が入院・入所した際、直ちに本シートを医療機関・施設に持参または郵送、FAX、Eメール等により送付してください。また、シートを送付した際は、居宅介護支援経過に、入院日、送付日及び送付先の医療機関等名称を必ず記録してください。

(記入例)

「平成 26 年 4 月 病院に入院。平成 26 年 4 月 2 日 病院に山梨県介護・医療「連携」シートを送付し情報提供した」

退院までの間、円滑に連絡調整を図るためには、シート受領者の氏名や連絡先・連絡方法(手段や望ましい時間帯)等も確認し、控えておくことが望ましいと考えます。

なお、シートを送付する際の手段(郵送、FAX又はEメール等)や、医療機関がシートを受領したか否かを確認する際の手段(電話、FAXまたはEメール等)については、地域の医療機関と事前に協議のうえ取り決めておくことが望ましいと考えます。

章 記入方法等について

1.【入院・入所先、送付日（面談日） 利用者の入院・入所日（退院・退所日）】

（1）入院・入所先の医療機関等名称

入院（入所）先の医療機関等の名称を記入してください。地域連携室のある医療機関については、「 病院 地域連携室様」と記入してください。

（2）送付日（面談日）

（入院・入所時）

本シートを、医療機関等に持参した日、または郵送、FAX、Eメール等により送付した日を記入してください。

（退院・退所時）

入院・入所先の医療機関等または入所先の施設の職員と面談し、利用者情報の提供を受けた日を記入して下さい。

（3）入院・入所日（退院・退所日）

（入院・入所時）利用者が医療機関等に入院・入所した日を記入してください。

（退院・退所時）利用者が医療機関等から退院・退所する日（予定日）を記入してください。

2.【利用者の基本情報】

（4）利用者氏名

利用者の氏名を記入してください。その際、ふり仮名も記入してください。

（5）生年・性別等

利用者の生年月日（元号のチェックボックスにチェックマーク☑を記入し、生年月日を和暦で記入）及び本シートの記入時点における満年齢を記入し、利用者の性別について、チェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

（6）生活保護

記入時点における利用者の生活保護の有無について、チェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

（7）障害等認定

記入時点における障害等認定状況の有無等について、利用者の障害者手帳等を参考に、当該するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。なお、身体障害の認定状況については種別及び等級まで、精神障害の認定状況については等級まで記入してください。

また、特定疾患の認定を受けている場合は、チェックボックスにチェックマーク☑を記入のうえ、カッコ内に疾患名を記入してください。

（8）要介護度

記入時点における要介護度及び認定有効期間について、介護保険被保険者証等を参

考に記入してください。

(記入例) 「要介護4」「要介護2」「支2」等

(9) 障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)

記入時点における障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)について、認定調査結果等を参考に、等級を記入してください。

(10) 認知症高齢者日常生活自立度

記入時点における認知症高齢者の日常生活自立度について、認定調査結果等を参考に、等級を記入してください。

(11) 介護サービス利用状況

記入時点における介護サービスの利用状況について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。「居宅療養管理指導」をチェックした場合は、その指導内容等について、カッコ内に記入してください。「福祉用具」をチェックした場合は、用具の名称等について、カッコ内に記入してください。

また、利用回数の単位について、週単位または月単位で記入することが困難な場合は、適宜単位を修正して回数を記入してください。

(記入例) 訪問介護:「1回/週2週」:ショート:「1回/月2半年」等

(12) 同居家族

記入時点における同居家族(退院・退所後の同居予定家族)について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください(複数選択可)。

また、「その他」をチェックした場合は、カッコ内に記入してください。

(13) 住居

記入時点において、利用者が居住している住まいの種別について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、「集合住宅」をチェックした場合は、「マンション」、「アパート」の別、「階数」、「エレベーターの有無」についてもチェックマーク☑を記入してください。また、「施設」をチェックした場合は、施設の種別及び名称について記入してください。

(14) 主介護者

利用者本人の主介護者である者の続柄(または利用者本人との関係)、利用者本人との同居・別居の別、主介護者の就労状況、主介護者の健康状態、連絡先の電話番号を記入してください。

(記入例) 就労状況:「会社員」「自営業」「パート」「主婦」「無職」等

健康状態:「良好」「やや悪い」「悪い」「腰痛有り」「疲労」等

また、就労状況や健康状態について、差し支えない範囲で(56)「具体的内容」や(58)「介護・看取りに関する本人・家族の意向等」の欄に詳細を記入してください。

(15) キーパーソン

利用者本人の介護に係るキーパーソンである者の続柄(または利用者本人との関係)、利用者本人との同居・別居の別、連絡先の電話番号を記入してください。

(16) 緊急連絡先

利用者本人の介護に係る緊急連絡先である者の氏名及び電話番号、また必要に応じ

連絡が取れる時間帯等の情報を記入してください。
(記入例) 山梨太郎の携帯(日中) 090 - . . . 等

3 .【かかりつけ情報等】

(17) かかりつけ情報等(医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主治医意見書等を参考に、要介護状態になる原因となった主病名、かかりつけ医療機関等の名称、診療科等の名称、受診状況(利用状況)等、連絡先の電話番号について記入してください。

また、家族などへの聴取により、上記以外の疾患等について情報を得た場合も、同様に記入してください。

その際、記入した疾患等についての情報を、主治医意見書から得たか、家族等への聴取により得たかについて、「情報源」のチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、「特記事項(既往歴等)」の欄には、既往歴、現病歴入院までの経過等について、利用者本人及び家族等が見ても差し支えない範囲で、可能な限り具体的に記入してください。

4 .【本シートの記入者】

(18) 本シートの記入者(居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員)

本シートの記入者である居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員の氏名及び所属の名称・所在地・電話番号・FAX番号・Eメールアドレスを記入してください。

(19) ケアプラン

対象となる利用者のケアプラン作成状況について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

5 .【記入時の身体・生活機能等】

記入時における利用者の身体機能及び生活機能等の情報について、記入日及び時期を明記のうえ、各項目に記入し、必要に応じ(56)「具体的内容」の欄を使用してください。

その際、どの項目に関する具体的内容なのかがわかるよう、(21)(22)等の項目番号を明記してください。

(20) 記入日

本シートを記入した日(身体機能及び生活機能等を確認した日)を記入してください。また、記入の時期について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入し、「その他」をチェックした場合は、カッコ内に記入してください。

(21) 麻痺の状況

記入時点における麻痺等の状況について、主治医意見書等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、「軽度」「中度」及び「重度」をチェックした場合は、麻痺等のある部位につ

いて、「麻痺の部位」の中から該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

その際、「その他」をチェックした場合は、麻痺等のある部位について、カッコ内または(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

(記入例) その他:「顔面」「体幹」等

選択肢	選択基準
無し	同年齢の人と同等の動作を行うことができる場合を言います。認定調査項目「麻痺等の有無」の「無い」とは異なります。
軽度	目的とする動作は行えるが、軽度の麻痺や感覚の鈍さがあって、動作がぎこちない状態を言います。
中度	目的とする実用的な動作は行えないものの、補助的な動作を行うことができる、または装具等を使用すれば実用的な動作を行うことができる場合を言います。
重度	補助的な動作を行うことができず、装具等を使用しても目的とする動作を行うことができない場合を言います。

(22) 褥瘡の有無

記入時点における褥瘡の有無について、チェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。なお、「有り」をチェックした場合は、褥瘡のある部位について、カッコ内または(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

(23) 皮膚疾患

記入時点における皮膚疾患の有無について、チェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。なお、「有り」をチェックした場合は、皮膚疾患等の状態について、カッコ内または(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

(24) 視力

記入時点における視力の状況について、認定調査結果等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。なお、眼鏡及びコンタクトレンズ等を使用している場合は、使用している状況で選択してください。

選択肢	選択基準
新聞等の字が見える	新聞・雑誌などの字が見え、日常生活に支障がない程度の視力を有している場合を言います。認定調査項目の「普通(日常生活に支障が無い)」と同義です。
目の前の物が見える	新聞・雑誌などの字は見えないが、目の前に置いた視力確認表の図が見える場合を言います。認定調査項目の「約1m離れた視力確認表の図が見える」と同義です。
ほとんど見えない	目の前に置いた視力確認表の図が見えない場合を言います。認定調査項目の「ほとんど見えない」と同義です。
判断不能	認知症等で意思疎通ができず、見えているのか判断できない場合を言います。認定調査項目の「見えているのか判断不能」と

	同義です。
--	-------

(25) 眼鏡

記入時点における眼鏡及びコンタクトレンズ等の使用の有無について、チェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

選択肢	選択基準
無し	眼鏡及びコンタクトレンズ等を使用していない場合を言います。 なお、眼鏡及びコンタクトレンズ等を所持していても、日常的に使用していない場合は「無し」を選択してください。
有り	日常的に眼鏡及びコンタクトレンズ等を使用している場合を言います。

(26) 聴力

記入時点における聴力の状況について、認定調査結果等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、補聴器等を使用している場合は、使用している状況で選択してください。

選択肢	選択基準
日常生活に支障なし	日常生活における会話における支障がなく、普通に聞き取れる場合を言います。認定調査項目の「普通」と同義です。
大声なら何とか聞こえる	耳元で大きな声で話したり、耳元で大きな物音を立てると何とか聞こえる、または、かなり大きな声や音でないと聞こえない場合を言います。 認定調査項目の「普通の声がやっと聞き取れる」及び「かなり大きな声なら何とか聞き取れる」と同義です。
ほとんど聞こえない	ほとんど聞こえないことが確認できる場合を言います。認定調査項目の「ほとんど聞こえない」と同義です。
判断不能	認知症等で意思疎通ができず、聞こえているのか判断できない場合を言います。認定調査項目の「聞こえているのか判断不能」と同義です。

(27) 補聴器

記入時点における補聴器使用の有無について、チェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

選択肢	選択基準
無し	補聴器等を使用していない場合を言います。 なお、補聴器等を所持していても、日常的に使用していない場合は「無し」を選択してください。
有り	日常的に補聴器等を使用している場合を言います。

(28) 意思の伝達

記入時点における意思伝達能力の状況について、認定調査結果等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、失語症が原因で会話が成立しなくとも、本人の意思が伝達できる場合は、それが会話によるものか、身振り等によるものかは問いません。

伝達手段について特記事項がある場合は、(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

選択肢	選択基準
可	手段を問わず、常時、誰にでも意思の伝達ができる状況をいいます。認定調査項目の「調査対象者の意思を他者に伝達できる」と同義です。
時々可	通常は、利用者が家族等の介護者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によってはできる時と、できない時がある場合を言います。 認定調査項目の「ときどき伝達できる」と同義です。
ほとんど不可	通常は、利用者が家族等の介護者に対しても意思の伝達ができないが、ある事柄や特定の人に対してであれば、まれに意思の伝達ができる場合を言います。 認知症があり、「痛い」「腹が減った」「何か食べたい」等、限定された内容のみ意思の伝達ができる場合は、「ほとんど不可」を選択してください。 認定調査項目の「ほとんど伝達できない」と同義です。
不可	重度の認知症や医師紀障害等によって、意思の伝達が全くできない、あるいは、意思の伝達ができるかどうか判断できない場合を言います。 認定調査項目の「できない」と同義です。

(29) 失語症

記入時点における失語症の有無について、主治医意見書等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、失語症とは脳卒中や交通事故等により、脳が損傷を受け、話す・聞く・読む・書く等の言語機能に障害が残っている状態をいいます。但し、失語症は、認知症とは異なり、目から入った情報に対する理解は良好です。

選択肢	選択基準
無し	話す・聞く・読む・書く等の言語機能に障害が見られない場合を言います。
有り	脳卒中や交通事故等により、脳が損傷を受け、 ・自分の意思を言葉で表現できない。 発音や単語に誤りが生じる、意味のある言葉を話せない、うなり声しか話せない等

	<ul style="list-style-type: none"> ・相手の言葉が聞こえていてもそれを理解できない。 断片的にしか理解できない、短い文書しか理解できない。相手の言葉が全く理解できない等 ・文書や文字を読んでも理解できない。 ・文書や文字を書くことができない。等の場合を言います。 <p>なお、失語症の有無が分かりづらい時は、「手を上げてください」「(時計を指差して)これは何ですか」等の質問をジェスチャーを交えないで行い、正常な反応が無い場合には失語症があると考えるのが一般的です。</p>
不明	失語症の有無が不明または判断できない場合をいいます。

(30) 認知症症状

記入時点における認知症の中核症状及び周辺症状等について、主治医意見書等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合も含まれます。

該当する項目がこの中に無い場合は、「その他」のチェックボックスにチェックマーク☑を記入、カッコ内または(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

なお、認知症の症状は人により様々です。その詳細や認知症の診断を受けているか否か、診断を受けている場合の病名、その他の精神疾患の有無、入院中に予測される行動等、共有すべき情報については、(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

(31) 睡眠の状態

記入時点における睡眠の状態について、「良眠」または「睡眠障害」いずれかのチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、「睡眠障害」をチェックした場合は、その状態について、カッコ内または(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

(32) 眠剤

記入時点における眠剤の使用状況について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

(33) 起居動作

記入時点における起居動作の状況について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

選択肢		選択基準
起き上がり	起き上がれる	<p>何にもつかまらないで自立で起き上がることができる、またはベッド柵、ひも、バ、サイドレール等、何かにつかまれば自力で起き上がることができる場合を言います。</p> <p>なお、ここでいう「起き上がり」の「つかまらないでできる」能力を言います。</p>

		認定調査項目「起き上がり」の「つかまらないでできる」及び「何かにつかまればできる」と同義です。
	介助が必要	介助無しでは自力で起き上がることができない等、起き上がりに介助が必要な場合を言います。 途中まで自分でできても最後の部分で介助が必要である場合も含みます。 認定調査項目「起き上がり」の「できない」と同義です。
立ち上がり	立ち上げれる	何もつかまらないで自立で立ち上がることができる、またはベッド柵、手すり、壁等何かにつかまれば立ち上がる行為ができる場合を言います。 介護者の手で引く上げられる状況ではなく、支えがあれば基本的に自分で立ち上がることができる場合も含みます。 なお、ここでいう「立ち上がり」とは、椅子、ベッド、車椅子等に座っている状態から立ち上がることができる能力を言います。 認定調査項目「立ち上がり」の「つかまらないでできる」及び「何かにつかまればできる」と同義です。
	介助が必要	自分ではまったく立ち上がることができない場合を言います。体の一部を介護者が支える、介護者の手で引き上げるなど、介助が無いとできない場合も含みます。認定調査項目「立ち上がり」の「できない」と同義です。
寝たきり		常時寝たきりの状態である場合は、「起き上がり」及び「立ち上がり」の項目でそれぞれ「介助が必要」を選択するとともに、「寝たきり」も選択してください。

(34) 移動

記入時点における移動能力について自立（介護者の介助を必要としない状態）または介助（介護者の介助を必要とする状態）を選択し、更に、補助器具使用の有無及び補助器具の種類について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、(33)「起居動作」で「寝たきり」を選択している場合において、車椅子による移動も困難な場合は、実際の移動方法等について、(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

(記入例)「移動式ベッドによる移動」等

選 択		選 択 基 準
自立	杖無し	補助器具を使用せず、介助無しで歩行のできる場合をいいます。
	杖	杖を使用すれば、介助無しで歩行できる場合をいいます。
	歩行器	歩行器を使用すれば、介助無しで歩行できる場合をいいます。

	車椅子	車椅子に乗れば介助無しで移動できる場合をいいます。
介助	杖無し	手を引く、体を支える等の介助があれば歩行できる場合をいいます。
	杖	手を引く、体を支える等の介助があれば杖を使用して歩行できる場合をいいます。
	歩行器	手を引く、体を支える等の介助があれば歩行器を使用して歩行できる場合をいいます。
	車椅子	車椅子を押す等の介助があれば車椅子に乗って移動できる場合をいいます。

(35) 食事摂取 摂取方法

記入時点における食事の摂取方法について、「経口」または「経管」いずれかのチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、「経管」をチェックした場合は、その方法（鼻腔、胃ろう、腸ろう等） 栄養内容、摂取量、及び一回あたりの摂取にかかる所要時間について記入してください。

(36) 食事摂取 水分トロミ

記入時点における水分トロミの有無について、チェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、「有り」をチェックした場合は、トロミの程度や嚥下障害等の状況について、(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

(37) 食事摂取 食事制限

記入時点における食事制限の有無について、チェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、「有り」をチェックした場合は、制限の内容について、(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

(38) 食事摂取 食形態

記入時点における食形態について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、該当するチェックボックスが無い場合は、(54)「具体的内容」の欄に記入してください。

(記入例)「一口大に切る」「多少やわらかめにする」等

選択肢	選択基準
普通	普通を摂取できる場合を言います。
刻み	刻み食であれば摂取できる場合を言います。
嚥下障害食	嚥下障害食であれば摂取できる場合を言います。
ミキサー	ミキサー食であれば摂取できる場合を言います。

(39) 食事摂取 食事動作

記入時点における食事動作について、認定調査結果等を参考に、該当するチェック

ボックスにチェックマーク☑を記入してください。

選択肢	選択基準
自立	食事動作に対する介助が行われていない場合を言います。認定調査項目「食事摂取」の「介助がされていない」と同義です。
見守り	食事動作に対する介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合を言います。ここでいう「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」や、行為の「確認」「指示」「声かけ」「皿の置き換え」等のことです。 認定調査項目「食事摂取」の「見守り等」と同義です。
一部介助	食事動作の一部のみに介助が行われている場合を言います。食事で小さく切る、ほぐす、川をむく、魚の骨を取る等、食べやすくするための介助や、スプーン等に食べ物を乗せる介助が行われている場合も含まれます。但し、この「一部」については、時間の長短は問いません。また、1回ごとの食事における一連の行為中の「一部」のことであり、朝食夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合は、記入時の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択してください。その場合、その日頃の状況等について、(56)「具体的内容」の欄に記入してください。 認定調査項目「食事摂取」の「一部介助」と同義です。
全介助	食事動作の介助の全てが行われている場合を言います。認定調査項目「食事摂取」の「全介助」と同義です。

(40) 服薬管理

記入時点における服薬管理能力について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

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を言います。認定調査項目「薬の内服」の「介助されていない」と同義です。
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を言います。
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、介護者が分包する際、何らかの介助が行われている場合を言います。認定調査項目「薬の内服」「一部介助」とは異なります。
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を言います。 認定調査項目「薬の内服」「全介助」と同義です。

(41) 薬の形状

記入時点において、利用者が使用（服用）することのできる薬の形状について、「錠剤」「散剤」「液剤」「その他」のいずれかのチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

また、「その他」をチェックした場合は、薬の形状について、カッコ等または、(54)「具体的内容」の欄に記入してください。

なお、利用者が使用している薬の内容等に関して、利用者の薬剤情報提供者や「お薬手帳」がある場合、その写し等を本シートに添付して医療機関に送付することが望ましいと考えます。

(記入例) その他: 「吸入剤」「注射剤」「外用剤」「大きな錠剤は砕いて服用」等

(42) 口腔 口腔環境

記入時点における口腔内環境の状況について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

選択肢	選択基準
良	口腔内が十分手入れされ、口の渇きなどが無く、良くものが嚙める場合を言います。食形態で普通食が摂れる場合がほとんどですが、経管栄養の場合でも口腔ケアが十分行われていれば、これに相当することもあります。
やや不良	口腔内にやや食物残渣（歯垢舌苔も含む）や若干の口臭等があるが、食物を摂取するのに支障が無い場合を言います。食形態で普通食が摂れる場合が殆んどですが、経管栄養の場合でも口腔ケアがある程度行われていれば、これに相当することもあります。
不良	口腔内にかなり食物残渣（歯垢舌苔も含む）があり、口臭を感じる場合を言います。食物を摂取するのに、歯の具合（自分の歯や義歯）が悪くて、若干の支障が出ている場合も含めます。 食事摂取では、食形態として普通食、刻み食、嚙下障害食及びミキサー食の全ての場合で、これに相当することがあります。 もちろん経管栄養の方も、これに相当する場合があります。
著しく不良	口腔内に多量の食物残渣（歯垢舌苔も含む）がある場合を言います。また、唾液分泌の不足による口腔内の乾燥や強い口臭も伴う場合があります。経口による食事摂取は、大変難易度が高いものと思われ ます。

(43) 口腔 義歯使用

記入時点における義歯の使用状況について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

選 択肢	選択基準
良	義歯の管理などが自立していて、十分清潔に保てており、食事で使

	用することが十分できる場合を言います。
不良	一応義歯を装着（自立または介助有り）できるが、義歯の管理が自立した状態でないか、清潔に保てていない場合を言います。また、疼痛や不適合などが原因で、食事を使用することが十分にできない場合も「不良」を選択してください。
不使用（または紛失）	義歯を装着しないと食物の粉碎ができないにも関わらず、全く装着できない状態になっている場合を言います。義歯を紛失した場合も「不使用」を選択してください。
義歯不要	自分の歯がある程度そろっているので、出し入れ式の義歯の作製の経験が無い状態を言います。

(44) 口腔 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、認定調査結果等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

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を言います。認定調査項目「口腔清潔」の「介助がされていない」と同義です。
見守り	口腔ケアの介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合を言います。ここで言う「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」や、行為の「確認」「指示」「声かけ」「磨き残しの確認」等のことです。
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を言います。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も含みます。認定調査項目「口腔清潔」の「一部介助」とは異なります。
全介助	口腔ケアの全ての介助が行われている場合を言います。本人が行った箇所を含めて、介護者が全てやり直す場合も含みます。介護者が歯を磨いてあげ、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は、「全介助」を選択してください。認定調査項目「口腔清潔」の「全介助」と同義です。

(45) 口腔 方法

記入時点における口腔ケアの介助状況について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、該当するチェックボックスが無い場合は、(56)「具体的内容」の欄に記入してください。

選択肢	選択基準
歯ブラシ	歯ブラシ等により、ブラッシングしている場合を言います。なお、介助の有無については、前問の「口腔ケア」で選択してください。
うがい	何らかの事情があり（歯が全て無い等）歯ブラシ等により歯を磨く

	<p>ことが困難で、主として「うがい」により口腔ケアを行っている場合を言います。</p> <p>なお、介助の有無については、前問の「口腔ケア」で選択してください。</p>
--	---

(46) 入浴

記入時点における入浴の介助状況について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

選択肢	選択基準
自立	一人で浴槽の出這入りが可能で、入浴ができる。
見守り	一人で入浴するには、転倒等の危険も伴うため声かけ、見守りが必要である。
一部介助	浴槽の出這入りなど、一部の介助が必要となる。
全介助	入浴の各工程について、介助が必要である。

(47) 住環境

記入時点における住環境について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。(重複可)

選択肢	選択基準
無し	現時点で、住環境に対し対応はしていない。対応が必要と思われるがされていない場合は、(56) 具体的内容に記載してください。
手すり	手すりの設置をしている。設置場所について、(56) 具体的内容に記載してください。 (例：風呂場、玄関)
段差解消	段差の解消をしている。設置場所について、(56) 具体的内容に記載してください。 (例：風呂場、玄関)

(48) 衣服の着脱

記入時点における衣服着脱の介助状況について、認定調査結果等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

選択肢	選択基準
自立	「上衣の着脱」及び「ズボンの着脱」の介助が行われていない場合を言います。認定調査項目「上衣の着脱」及び「ズボンの着脱」の「介助がされていない」と同義です。
見守り	「上衣の着脱」及び「ズボンの着脱」の介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合を言います。ここでいう「見守り等」とは、常時の付き添いの必要性がある「見守り」や、認知症高齢者等の場合に必要な行為の「確認」「指示」「声かけ」等のことです。認定調査項目「上衣の着脱」及び「ズボンの着脱」の「見守り等」と同義です。
一部介助	「上衣の着脱」及び「ズボンの着脱」の際に介助は行われている場

	合であって、「見守り等」、「全介助」のいずれかに含まれない場合を言います。 認定調査項目「上衣の着脱」及び「ズボンの着脱」の「一部介助」と同義です。
全介助	「上衣の着脱」及び「ズボンの着脱」の一連の行為全てに介助が行われている場合を言います。 認定調査項目「上衣の着脱」及び「ズボンの着脱」の「全介助」と同義です。

(49) 排泄 排泄能力

記入時点における排尿の介助状況について、認定調査結果等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

選 択 肢	選 択 基 準
自排尿	管等を不要せず、自然排尿できる場合を言います。
間欠導尿	必要な時に膀胱に直接管を入れて導入している場合を言います。
留置カテーテル	膀胱留置カテーテルを体内に挿入したまま導入している場合を言います。

(50) 排泄 排尿介助

記入時点における排尿の介助状況について、認定調査結果等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

ここで言う「排尿」とは、認定調査項目と同様、「排尿動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ・尿器への排尿）」、「陰部の清拭」、「トイレの水洗」、「トイレやポータブルトイレ、尿器等の排尿直後の掃除」、「オムツ、リハビリパンツ、尿取りパッドの交換」、「抜去したカテーテルの後始末」の一連の行為の事を言う。

選 択 肢	選 択 基 準
自立	排尿の介助が行われていない場合を言います。認定調査項目「排尿」の「介助されていない」と同義です。
見守り	排尿の介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合を言います。ここでいう、「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」「確認」「指示」「声かけ」や認知症高齢者等をトイレ等への誘導するために必要な「確認」「指示」「声かけ」等のことです。認定調査項目「排尿」の「見守り等」と同義です。
一部介助	排尿の一連の行為に部分的に介助が行われている場合を言います。認定調査項目「排尿」の「見守り等」と同義です。
全介助	排尿の介助の全てが行われている場合を言います。認定調査項目「排尿」の「全介助」と同義です。

(51) 排泄 排便介助

記入時点における排便の介助状況について、認定調査結果等を参考に、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

ここで言う「排便」とは、認定調査項目と同様、「排便動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ・排便器への排便）」、「肛門の清拭」「トイレの水洗」、「トイレやポータブルトイレ、排便器等の排便直後の掃除」、「オムツ、リハビリパンツの交換」、「ストーマ（人工肛門）袋の準備、交換、後始末」の一連の行為のことを言います。なお、ストーマを造設している場合は、その旨を（56）「具体的内容」の欄に記入して下さい。

選択肢	選択基準
自立	排便の介助が行われていない場合を言います。認定調査項目「排便」の「介助されていない」と同義です。
見守り	排便の介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合を言います。ここで言う「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」「確認」「指示」「声かけ」や認知症高齢者等をトイレ等へ誘導するために必要な「確認」「指示」「声かけ」等のことです。
一部介助	排便の一連の行為に部分的に介助が行われている場合を言います。認定調査項目「排便」の「一部介助」と同義です。
全介助	排便の介助の全てが行われている場合を言います。認定調査項目「排便」の「全介助」と同義です。

（52）排泄 Pトイレ（ポータブルトイレ）使用

記入時点におけるポータブルトイレの使用状況について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、「夜間」とは夜間のみポータブルトイレを使用する場合を言います。

（53）排泄 オムツ使用

記入時点におけるオムツの使用状況について、該当するチェックボックスにチェックマーク☑を記入してください。

なお、「夜間」とは夜間のみオムツを使用している場合をいい、「常時」とは昼間及び夜間オムツを使用している場合を言います。

（54）本人のしていきたい・やりたい活動を支援するため、在宅で継続していきたいリハ活動

現在、生活の中で継続して活動している内容があれば記載してください。

（記入例）一日 40 分散歩をしている。果樹農家のため、いつまでも継続できるよう、仲間と週 2 回筋トレをしている。

（55）バイタルサイン（特 記）

血圧・脈拍・呼吸・体温において、特徴的なことがあれば記載してください。

（記載例）受診し血圧が 1 年前から高いと言われている。160/90、このため、高血圧の薬を飲んでいる。

（56）具体的内容

各項目につき、該当するチェックボックスが無い場合、チェックだけでは十分に情報

を伝達することができない場合、その他利用者の生活パターン等に関し特記すべき事項がある場合等については、この欄に記入してください。

その際、どの項目に関する具体的内容なのかが分かるよう「21」「22」等の項目番号を明記してください。

(57) 介護上、特に注意すべき点等

利用者を介護する上で、特に支障となる点、注意すべき点等について、具体的に記入してください。

その際、担当ケアマネの意見なのか、家族の意見なのか、主治医意見等からの転記なのかがわかるよう記入してください。

(記入例)

「ケアマネ：答えやすい質問をゆっくり行えば、本人の言葉を引き出せる」

「家族：他人の世話になることを好まず、必要なことも断ってしまう」

「主治医意見書：左右下肢に血栓と閉塞性動脈硬化あり」

「退院指導の際は、主介護者が高齢なため、十分に時間かけるか、他の介護者も同席でお願いします」等

(58) 介護・看取りに関する本人・家族の意向等

介護に関する利用者本人の意向や性格等について、具体的に記入してください。また、介護に関する家族等の意向等についても把握している範囲で具体的に記入してください。

その際、本人の意向なのか、家族の意向なのかがわかるよう記入してください。

なお、「看取り介護計画」等を作成するなど、利用者本人がターミナルケアに関して何らかの意思表示をしている場合には、この欄にその旨を記入し、本人の意思表示の根拠となる文書等を添付してください。