

# 秋田市入退院支援ルール

～医療と介護の切れ目のない連携をめざして～

## \*\* 医療・介護連携推進のためにお願したいこと \*\*

高齢になり入院が必要になった場合でも、安心して住み慣れた地域に戻り暮らし続けるためには、医療と介護とが連携して、ご本人を支援することが重要になります。

このため、秋田市では、医療・介護の専門職の方々と構成する「秋田市在宅医療・介護連携推進協議会」において検討を重ね、入退院時における情報引継ぎの共通の仕組みとなる「秋田市入退院支援ルール」を作成いたしました。

このルールはこれで完成ではなく、皆様からのご意見をもとに改良を重ね、より良いものへと成長させていきたいと考えておりますので、関係者の皆様におかれましては、医療・介護連携の推進のために、積極的にご活用いただければ幸いです。

## 目 次

1	利用目的	1 ページ
2	共通事項	1 ページ
3	運用に関する注意事項	1 ページ
4	入退院支援フロー図	2 ページ
5	退院支援の手順	4 ページ
6	介護保険利用までの手続	6 ページ
7	入院時情報提供シート	9 ページ
8	退院時情報共有シート	11 ページ

秋田市入退院支援ルールについての問合せ先

秋田市福祉保健部 長寿福祉課

地域包括ケア担当

電 話：018-888-5668

F A X：018-888-5667

## 1 利用目的

「秋田市入退院支援ルール」は、医療と介護との両面を必要とする秋田市民の方々が、入院から退院まで、切れ目のない支援を受けられるようにするための情報引継ぎの仕組みです。病院関係者と在宅支援者とが連携してルールを実践することで、退院支援を必要とする方々が、安心して暮らしの場に戻る体制づくりを目的とするものです。

## 2 共通事項

### (1) 支援対象者

基本的に居宅（※1）から入院し、居宅に退院する患者（利用者）で、下記の①～②のいずれかに該当する方。

- ① 入院前から介護保険サービスを利用している方 ⇒フロー図Aに該当
- ② 入院後に介護保険サービスが必要と判断された方（※2）⇒フロー図Bに該当

### (2) 支援担当者

- ① 病院担当者：医師、病棟看護師、地域連携室担当者、リハビリ担当者、MSW等
- ② 在宅支援者：ケアマネジャー（居宅介護支援事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所）、地域包括支援センター職員等

## 3 運用に関する注意事項

- (1) このルールは、医療および介護の関係者が、入・退院支援に必要な情報を共有するための基本的な流れを示したものです。情報共有の方法やカンファレンスの要否・時期、シート記入を誰が担うかなどについては、病院担当者と在宅支援者とで調整の上、個別ケースに適した柔軟な対応を行ってください。
- (2) 「入院時情報提供シート」および「退院時情報共有シート」は参考様式で、使用を強制するものではありません。しかし、統一した様式を用いることで、退院調整が効率的に行えることから、普及のために積極的な活用をお願いします。
- (3) 入院又は退院が決まった時点で、わかる範囲のことをシートに記入してください。全項目を埋めることにこだわる必要はありません。
- (4) 情報提供は、シートの持参や郵送、FAXなどの方法がありますが、個人情報の取扱いには細心の注意を払う必要があります。厚生労働省のホームページに「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（※3）」が示されていますので、参考にしてください。
- (5) シートを受領したかどうかの確認は、各事業所において行ってください。

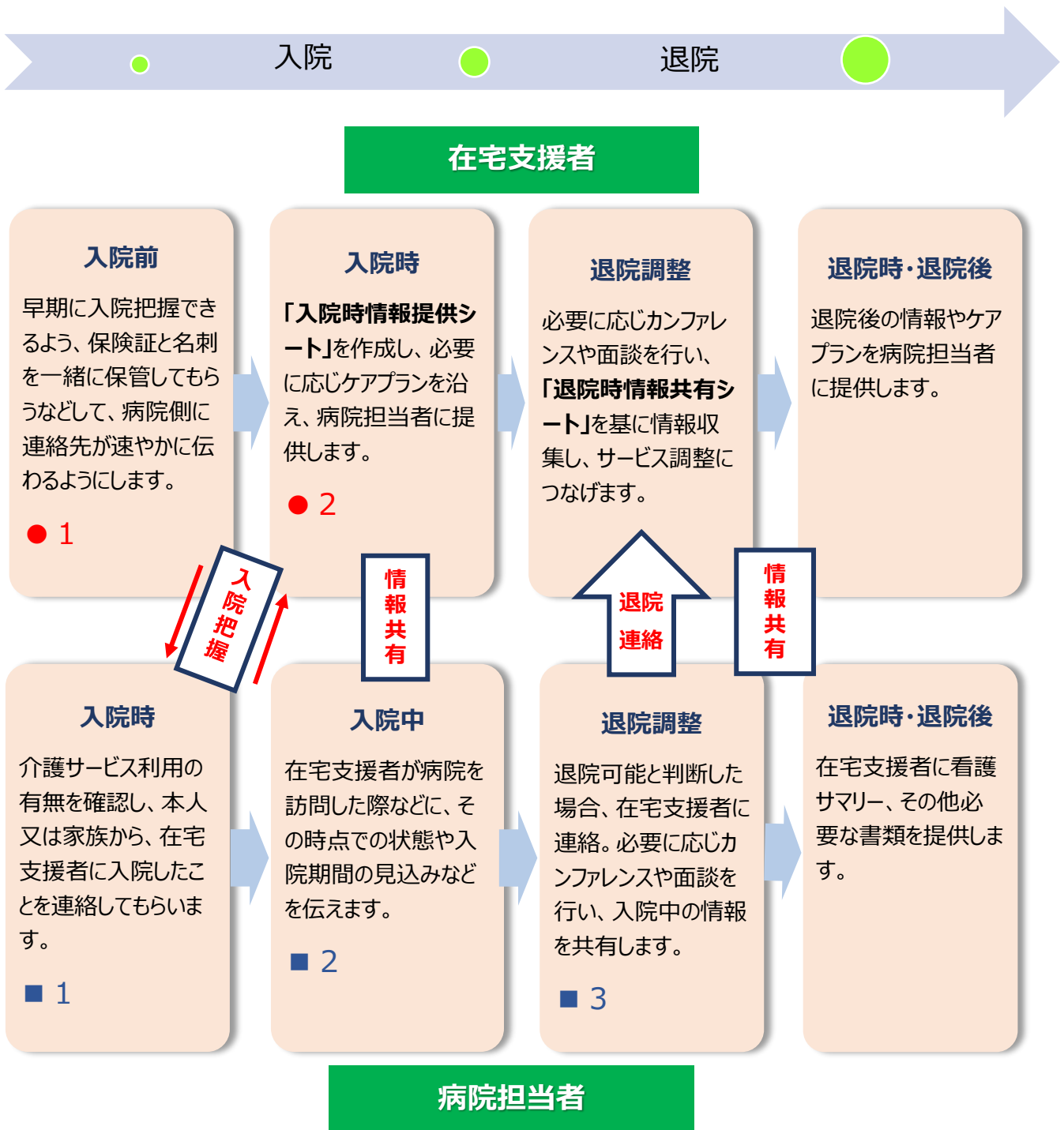
※1・・・短期入所施設、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅、ケアハウスなども含みます。

※2・・・6ページ、6-(1)「介護保険サービスが必要と判断される目安」を参照してください。

※3・・・<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

## 4 入退院支援フロー図

フロー図 A : 入院前から介護保険サービスを利用している場合

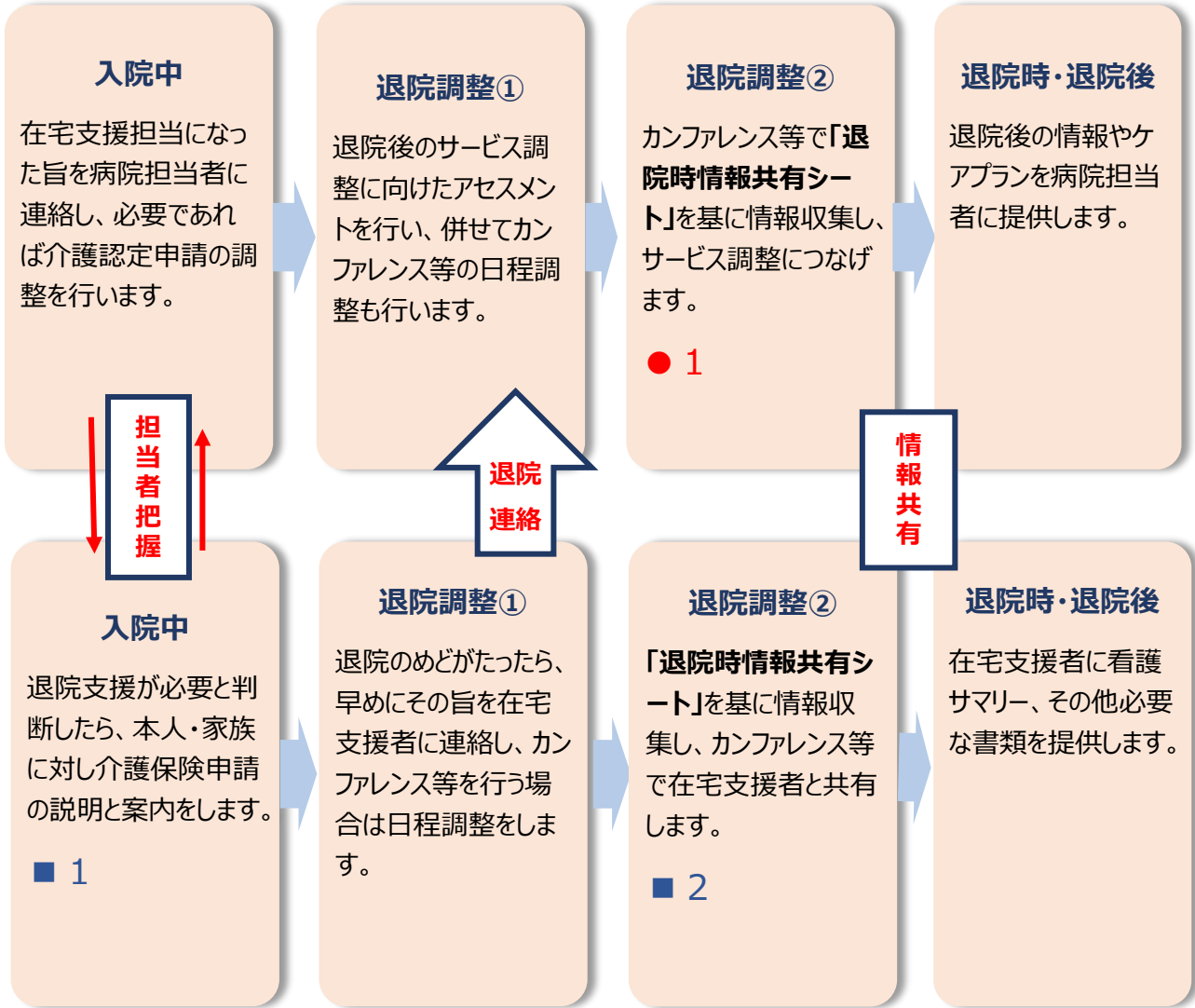


- 1 「入院になった時はすぐに連絡をください。」と、日頃から本人および家族に話をしておきます。
- 1 本人や家族が連絡できない場合、介護保険被保険者証に記載されている事業所に連絡をお願いします。
- 2 1週間以内に、入院前の生活や心身の状況、サービス利用状況などの情報を提供。また、利用者および家族と面談し、退院後の生活やサービスについての意向も確認しておきます。
- 2 入院期間の見込みなどについての情報を、在宅支援者と共有します。
- 3 転院になる場合、在宅支援者にその旨連絡し、転院先の病院にも、在宅支援者についての情報を提供します。

フロー図 B： 入院後に介護保険サービスが必要と判断された場合



在宅支援者



病院担当者

- 1 介護サービスについて、本人・家族の意向を確認し、病院の担当窓口や地域包括支援センターを案内します。
- 2 心身の状況、本人・家族の思い、退院後の生活と課題、家族への指導状況などについて情報共有します。
- 1 把握した情報を基に、退院後のサービス利用の調整を行い、必要に応じ在宅サービススタッフとも情報共有します。

## 5 退院支援の手順

(1) 入院前から介護保険サービスを利用していた方の場合

### 入院前

- 在宅支援者は、介護保険被保険者証、健康保険証、お薬手帳などと担当者の名刺と一緒に保管してもらうなどして、在宅支援担当者の情報が病院担当者側に速やかに伝わるように工夫をしておきます。日頃から、本人や家族に「入院したら連絡をください。」と伝えておくことも大切です。

### 入院時

- 病院担当者は、介護サービス利用の有無を確認し、本人および家族から在宅支援担当者に、入院したことを伝えてもらうようにします。本人や家族が連絡できない場合は、介護保険被保険者証などで在宅支援担当事業所を確認し、入院の連絡をします。
- 在宅支援者は、本人の入院を把握したら、「入院時情報提供シート」を作成し、1週間以内に病院担当者に連絡の上、情報提供します。また、必要に応じ、ケアプラン（又は介護予防プラン）も添付します。

### 退院見込み

- 病院担当者は、居宅への退院が可能と判断した時点で、退院調整に必要な期間を考慮し、早めに在宅支援者に連絡をします。
- 在宅支援者は、退院調整に必要な情報の共有方法（カンファレンス等）や時期について調整を行います。併せて本人および家族と面談し、退院後のサービス調整に向けたアセスメントを実施します。

### 退院調整

- 病院担当者と在宅支援者は、カンファレンス等で入院中の情報を「退院時情報共有シート」を基に共有し、相互に協力して退院に向けた調整を行います。
- 在宅支援者は、カンファレンス等で把握した情報を基に、退院後に滞りなく介護保険サービスが利用できるよう調整を図ります。また、サービスの利用調整にあたり、必要な情報をサービス提供事業所とも共有します。

### 退院後

- 病院担当者は、サマリーやその他必要な書類を在宅支援者に提供します。
- 在宅支援者は、退院後の状況の情報やケアプランを病院担当者に提供します。

注：■は病院担当者、●は在宅支援者を示します。

## (2) 入院後に介護保険サービスが必要と判断された方の場合

### 入院中

- 病院担当者は、入院患者が、退院後に介護保険サービスの利用が必要な状態だと判断したら、本人および家族の意向を確認の上、病院の担当窓口や地域包括支援センターを案内するなどの支援を行います。

(介護認定申請の結果が出るまで、1か月以上かかることを考慮し、早めの対応を心がけます。)

- 在宅支援者は、本人および家族から介護支援の依頼を受けた場合、速やかに担当になった旨を病院担当者に連絡します。同時に本人および家族と面談し、居宅支援の契約、基本情報の聞き取りやアセスメント、必要に応じて介護認定申請の代行申請等を行います。

### 退院見込み

- 病院担当者は、本人が居宅への退院が可能と判断した時点で、退院調整に必要な期間を考慮し、早めに在宅支援者に連絡をします。
- 在宅支援者は、退院調整に必要な情報の共有方法（カンファレンス等）や時期について調整を行い、併せて本人および家族と面談し、退院後のサービス調整に向けたアセスメントを実施します。

### 退院調整

- 病院担当者と在宅支援者は、カンファレンス等で「退院時情報共有シート」を基に入院中の情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を行います。
- 在宅支援者は、カンファレンス等で把握した情報を基に、退院後に滞りなく介護保険サービスが利用できるよう調整を図ります。また、サービスの利用調整にあたり、必要な情報をサービス提供事業所とも共有します。

### 退院後

- 病院担当者は、サマリーやその他必要な書類を在宅支援者に提供します。
- 在宅支援者は、退院後の状況の情報やケアプランを病院担当者に提供します。

注：■は病院担当者、●は在宅支援者を示します。

## 6 介護保険利用までの手続

### (1) 介護保険サービスが必要と判断される目安

#### ● 65歳以上の方の場合

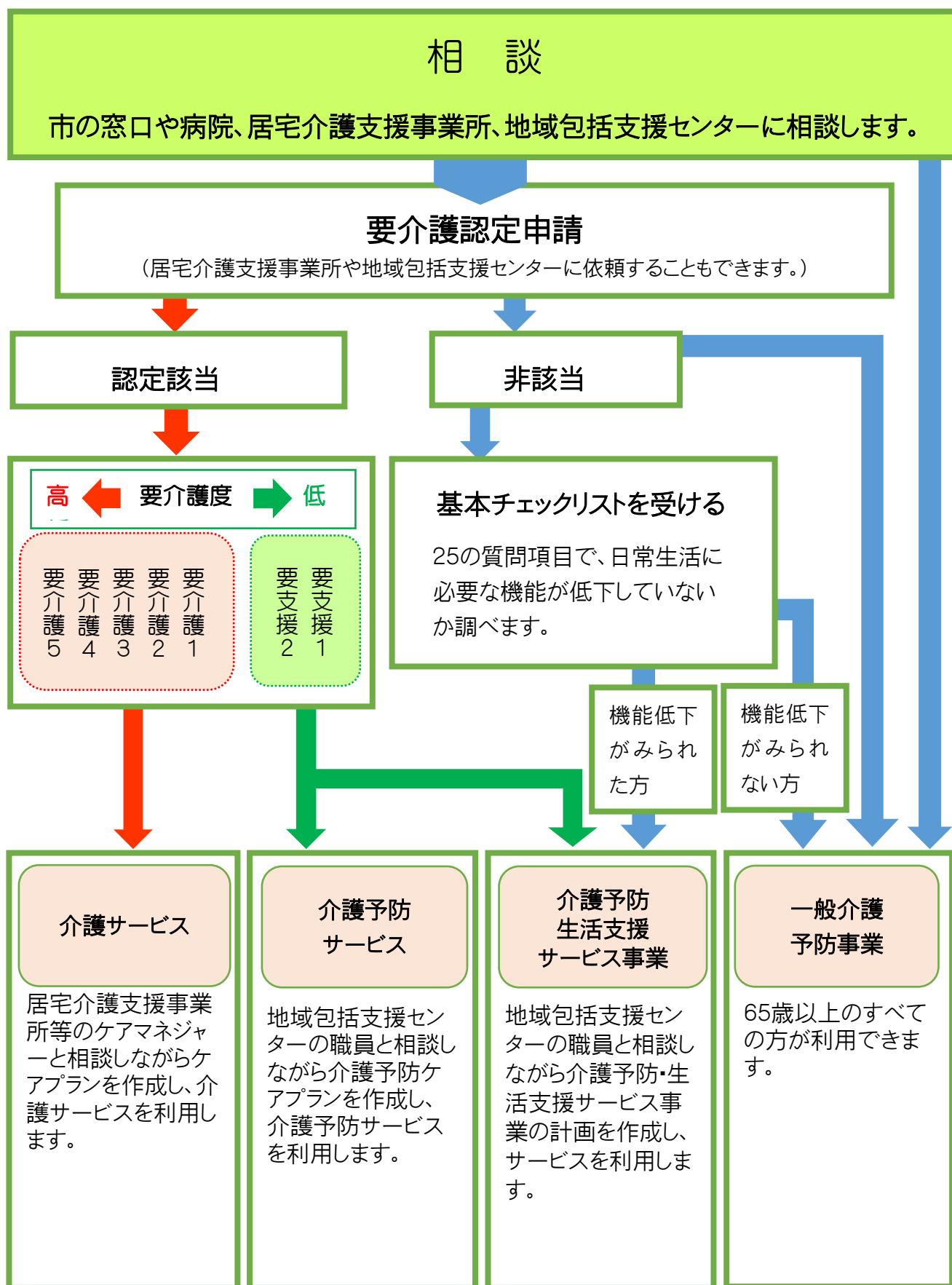
- ① 立ち上がりや歩行、食事、入浴、排泄などに介助が必要
- ② 調理や掃除、洗濯などに援助が必要だが、支援できる家族がない
- ③ ADLは自立だが、がん末期で自宅療養が必要
- ④ 病状の観察や服薬管理、医療処置が必要
- ⑤ 認知症により理解力低下などの症状があり、何らかの介入が必要

#### ● 40歳から64歳までの方の場合（下記16の特定疾病のいずれかに該当する方）

- ① がん（回復の見込みがない状態に至ったと医師が判断した場合に限る）
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 早老症
- ⑧ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑨ 脊髄小脳変性症
- ⑩ 脊柱管狭窄症
- ⑪ 多系統萎縮
- ⑫ 脳血管疾患
- ⑬ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症



(2) 介護サービス利用の流れ





# 入院時情報提供シート

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

ご本人・ご家族の同意に基づき、利用者情報を提供します。  
 退院が決まり次第、左記までご連絡いただけますようお願いいたします。

医療機関名	
部署名	
担当者名	様
FAX番号	

作成日：       年       月       日

基本情報	ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年齢	性別	世帯の状況	
	氏名		年 月 日	年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他	
	住所						電話番号	

連絡先	役割	氏名	住所	続柄	電話番号

家族関係	家族構成図		家族・兄弟との関係、生活歴など		
			同胞   人中   番目		

住居・生計	<input type="checkbox"/> 一戸建て   段差 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 住宅改修済み <input type="checkbox"/> 集合住宅   階に居住   エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					手帳等	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 特定疾病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他							

医療情報	かかりつけ医院：		医師名：		受診頻度	
	意見書作成医：		医師名：			
	かかりつけ薬局：		薬剤師：		<input type="checkbox"/> 訪問診療   回 /	
主病名	既往歴			入院の経緯		

介護保険情報	<input type="checkbox"/> 事業対象者   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 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中					
	認定有効期間：		介護保険負担割合：			割
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具	特記事項				

自立度	障害高齢者日常生活自立度： <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				
	認知症高齢者日常生活自立度： <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				

【裏面あり】

氏名:

様

## 自宅での状況と特記事項

日常生活動作	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	移動手段	<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	
	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	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	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	
	入浴手段	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> デイサービスで入浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴	
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄手段	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 紙オムツ	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
食事関連	食事摂取	<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"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせあり <input type="checkbox"/> 常時むせあり	
	食事時間	朝 時頃 / 昼 時頃 / 夜 時頃	
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 水分とろみ <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 流動食		
視聴覚言語	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 殆ど見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない	
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 会話が困難	
	使用用具	<input type="checkbox"/> 眼鏡あり <input type="checkbox"/> 補聴器あり <input type="checkbox"/> 白杖あり	
嗜好	飲酒	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日 量	性格 <input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> その他
	喫煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日 量	
精神面	療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不穏・興奮 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗	
		<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> その他	
医療と服薬の状況	医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル	
		<input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	
		<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input checked="" type="checkbox"/> 朝 時 / 昼 時 / 夜 時 <input type="checkbox"/> その他	
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他	
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 <input type="checkbox"/> 要一包化 <input type="checkbox"/> 薬カレンダー <input type="checkbox"/> 都度手渡し <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れ多い		
ACPについて	<input type="checkbox"/> 説明を受けたことがない <input type="checkbox"/> 説明を受けた <input type="checkbox"/> 説明を受けたが迷っている <input type="checkbox"/> 説明を受け話し合いもしている		
	<input type="checkbox"/> 医療・介護について代わりに決めてほしい人がいない <input type="checkbox"/> 医療・介護について代わりに決めてほしい人がいる		
	<b>受けたくない</b> 医療を選択: <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		
	最後の時を過ごしたい場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人ホームなど介護が受けられる施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他		
	代理意思決定人氏名:		続柄:
特記:			

## 退院時情報共有シート

面談日時		面談場所	
面談者		病院窓口	

作成日：      年      月      日

基本情報	ふりがな		生	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年齢	性別	世帯の状況			
	氏名		年月日	年	月	日	歳	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢世帯		
	住所							<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他		
								電話番号			

連絡先	役割	氏名	住所	続柄	電話番号

入退院に関する情報	入院日	令和      年      月      日	退院予定日	令和      年      月      日頃
	病院主治医		退院後主治医	
	入院の経緯		入院の原因疾患	
	本人への説明内容		家族への説明内容	
	本人の受け止め方		家族の受け止め方	
	生活に対する本人の意向		生活に対する家族の意向	
	家族関係		家族介護力	

住居・生計	<input type="checkbox"/> 一戸建て      段差 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 住宅改修済み <input type="checkbox"/> 集合住宅      階に居住 エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	手帳等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

介護保険	<input type="checkbox"/> 事業対象者      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 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中
	認定有効期間：      介護保険負担割合：      割

自立度	障害高齢者日常生活自立度： <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
	認知症高齢者日常生活自立度： <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

【裏面あり】

氏名: 様

入院中の状況と特記事項	
日常生活動作等	麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度
	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動手段 <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
	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
	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	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
	口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄手段 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 紙オムツ
食事関連	食事摂取 <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"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせあり <input type="checkbox"/> 常時むせあり
	食事時間 朝 時頃 / 昼 時頃 / 夜 時頃
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 水分とろみ <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 流動食
	<input type="checkbox"/> 食制限なし <input type="checkbox"/> 食制限あり <input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし
視聴覚言語	視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 殆ど見えない
	聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない
	言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 会話が困難
	使用用具 <input type="checkbox"/> 眼鏡あり <input type="checkbox"/> 補聴器あり <input type="checkbox"/> 白杖あり
精神面	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不穏・興奮 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗
	<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> その他
退院後に必要な事柄	医療処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> インスリン注射 ➡ 朝 時 / 昼 時 / 夜 時 <input type="checkbox"/> その他
	感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他
	リハビリの内容 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 起居・立位等基本動作 <input type="checkbox"/> その他
	目標
	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
ACPについて	<input type="checkbox"/> 説明を受けたことがない <input type="checkbox"/> 説明を受けた <input type="checkbox"/> 説明を受けたが迷っている <input type="checkbox"/> 説明受け話し合いもしている
	<input type="checkbox"/> 医療・介護について代わりに決めてほしい人がいない <input type="checkbox"/> 医療・介護について代わりに決めてほしい人がいる
	<b>受けたくない</b> 医療を選択: <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養
	最後の時を過ごしたい場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人ホームなど介護が受けられる施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他
	代理意思決定人氏名: 続柄: 確認日:
特記:	