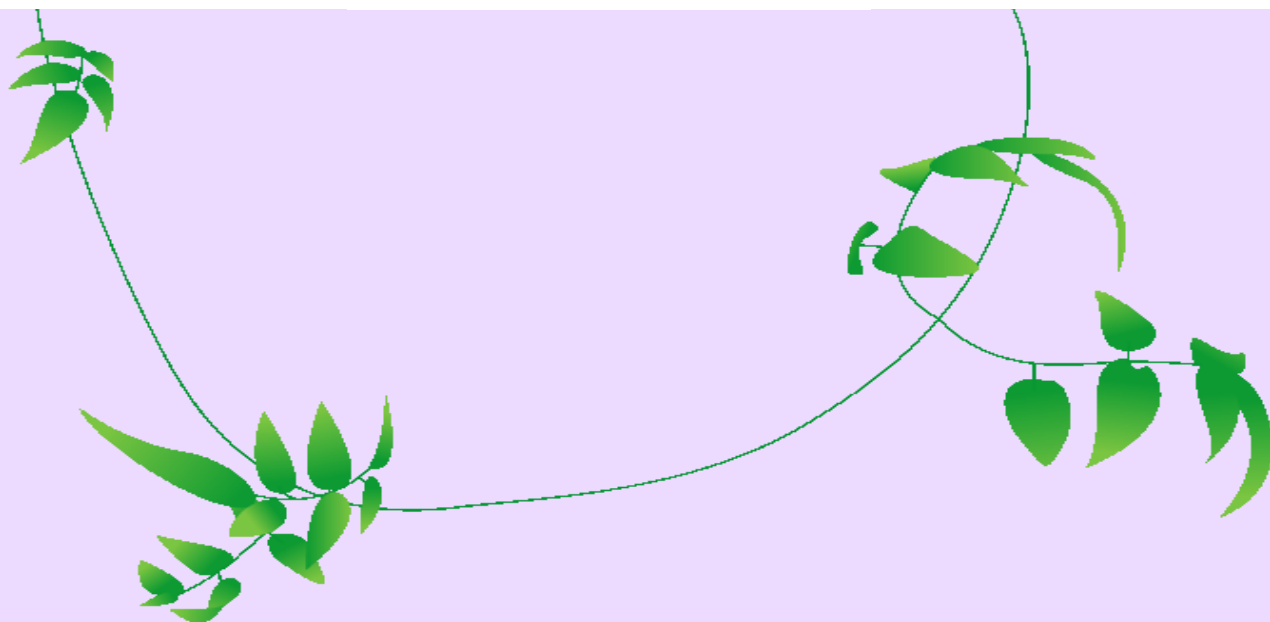




## 春日部市医療介護連携ガイド

はるパス・思いやりガイド・入退院支援ガイド

## 活用の手引



春日部市地域包括ケアシステム推進センター

春日部市在宅サービス多職種連絡協議会



# 目次

---

1. 春日部市医療介護連携ガイドの基本的な考え方	
(1) はじめに	1
(2) 春日部市医療介護連携ガイドの目的	1
(3) 目指す多職種連携の姿	2
(4) 情報共有とは	2
(5) 春日部市医療介護連携ガイドの評価と改定	3
(6) 春日部市医療介護連携ガイドに関する留意事項	3
2. 多職種連携にあたっての心構え『思いやりガイド』	
(1) 連携にかかわる私たちが取り組みます	3
(2) 医師の私たちが取り組みます	3
(3) 病院スタッフの私たちが取り組みます	3
(4) ケアマネジャーの私たちが取り組みます	4
3. 入退院支援ガイド	
(1) ケアマネジャーの支援	4
(2) 病院スタッフの支援	5
(3) 入退院支援のポイント	6
4. はるパス運用マニュアル	
(1) 運用上の基本姿勢	6
(2) 理念	6
(3) 使用場面	7
(4) 受け取りと保管	8
(5) 管理責任者・管理について	8
(6) 記入者	8
(7) 個人情報の取り扱い	8
(8) 診療報酬・介護報酬	9～14
5. 記入マニュアル	
(1) 表面	15～16
(2) 裏面	17～23
付録	
・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準	24
・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	25
・ADL評価方法	26

# 1.春日部市医療介護連携ガイドの基本的な考え方

## (1)はじめに

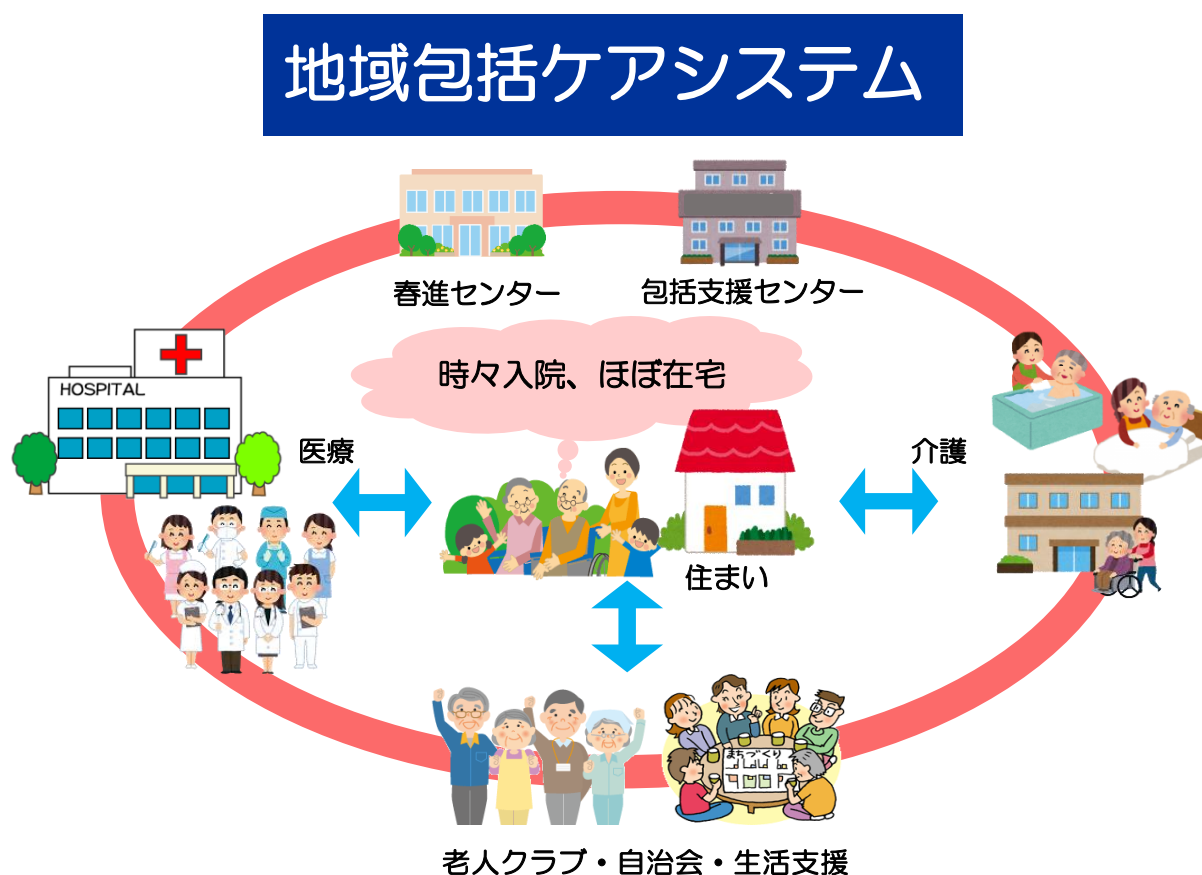
高齢化が急速に進んでいる中、医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加しています。このため、厚生労働省の政策として、疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要と考えられています。

こうした状況から、全国では地域包括ケアシステムの構築を目指して、医療介護関係者の連携・協働を促進するため、様々な連携のルールが定められ運用がなされています。

春日部市においても、利用者のQOL向上を目的として、医療介護関係者等が協働し、情報共有を図ることを促進していくため『はるパス（春日部市医療連携シート）』を作成しておりましたが、この度、さらに進化・深化した連携のルールを作成するにあたり、市内の医療介護関係者、市職員など延 221 人もの方にお集まりいただき連携・協働について協議し、多職種が集まる春日部市在宅サービス多職種連絡協議会にて取りまとめ、春日部市医療介護連携ガイドとして『はるパス・思いやりガイド・入退院支援ガイド』を策定しました。このツールの主旨をご理解いただき、関係者の立場をお互いに尊重しあいながら春日部市医療介護連携ガイドをご活用くださいますようお願いいたします。

## (2) 春日部市医療介護連携ガイドの目的

住み慣れた生活の場で、自分らしい生活を続けられるために、在宅生活における医療と介護が常に連携・協働することが必要になります。また、入退院時に医療機関とケアマネジャー等の専門職が連携し、必要な情報を共有していくことが求められます。このツールは、利用者本人・家族のニーズや思いに基づき、一貫した支援がなされることを目的とし、医療と介護の関係者が、顔の見える関係づくりをさらに深化させ連携協働を図ることで、安心して自分らしい生活が続けられるような地域づくりを目指しています。



### (3) 春日部市医療介護連携ガイドを用いて目指す多職種連携の姿

利用者（患者）が入院した場合、その人らしい暮らしに戻るため、病院スタッフと在宅医療介護職との協働が求められます。また、退院後、再発・重度化を予防し、本人が望む在宅療養生活が継続できるよう、医療介護職が、互いの強みを活かしながら地域全体で連携し支援を行うことが大切です。

### (4) 春日部市医療介護連携ガイドにおける情報共有とは

情報共有とは、見分（実際に見たり聞いたりすること）や知識、ノウハウ（物事のやり方に関する知識）を、仲間に伝達し共有することです。組織やメンバー間で知識や情報などを伝達し合うことで認識などを揃える、といった文脈（すじみち）などで特に使われる表現です。

情報共有は、仕事を円滑にまわすための素地をつくることであると同時に、情報をオープンにすることで、仲間との信頼関係を構築する目的も含まれています。情報共有することにより、在宅医療・介護を受ける利用者に対し、質の高い安全な医療や介護サービスを迅速に提供することが可能となります。

情報共有を効率化するためには、無駄な情報共有を減らすことが重要です。「情報を共有する」という仕事に時間をかけすぎないこと、「リアルタイムのやり取り」と「ストックしたいデータ」とは別情報として取り扱うことが必要です。目的に応じたツールを使用することで、連携調整が標準化され、業務の効率化が期待できます。

医療介護の情報とは、一次から四次情報に分類されます。（下記図参照）

はるパスで得た情報は、2次情報に分類され、それを活用することにより、利用者が入院・退院をする際に必要となる情報が共有でき、シームレスなサービス提供が行えます

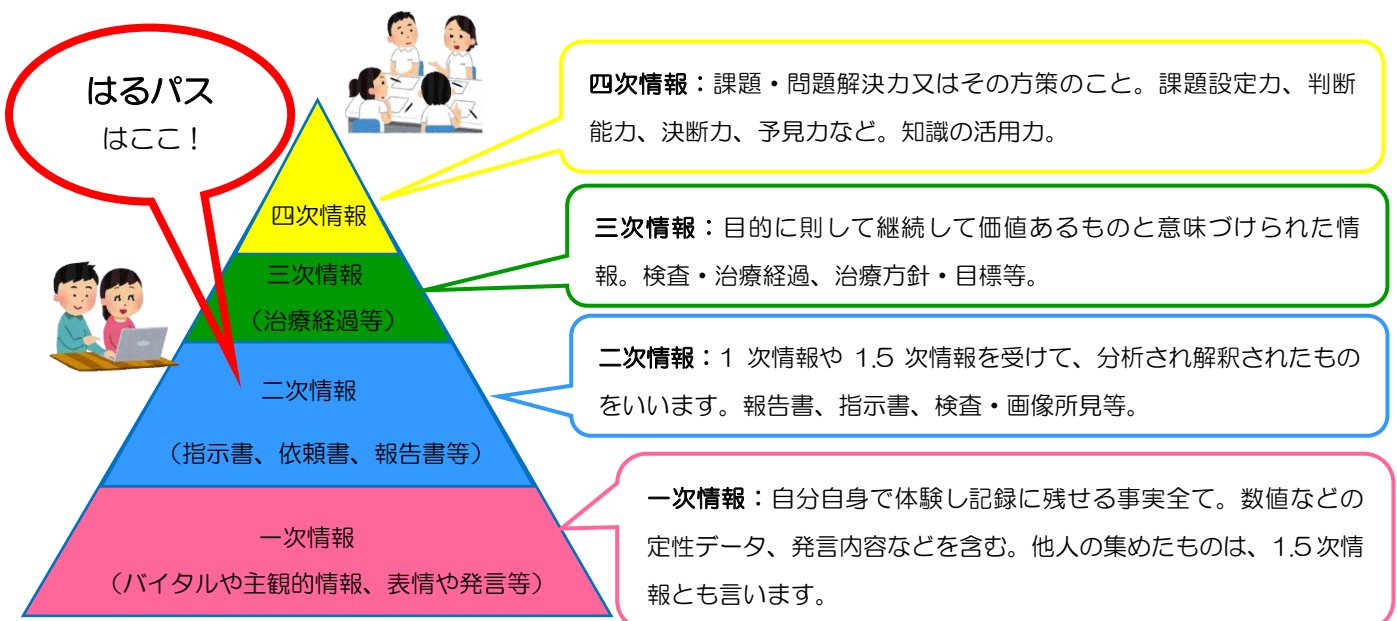
#### ※個人情報の取扱いについて

医療・介護の連携のためには、関係者間の情報共有が不可欠ですが、個人情報の取扱いには、細心の注意が必要です。個人情報の取扱いについては、厚生労働省から「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」が示されていますので、参考にしてください。

（厚生労働省ホームページ）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

## 医療介護の情報



## (5) 春日部市医療介護連携ガイドの評価と改定

春日部市医療介護連携ガイドの使用者から寄せられた意見を、春日部市地域包括ケアシステム推進センター（以下、春進センター）が集め、必要に応じて春日部市在宅サービス多職種連絡協議会（春宅会）において評価や見直しについて協議し、春日部市医療介護連携ガイドの改定を行う予定です。しかし、各事業所においてルールを円滑に実践するための補足事項の追加等については、柔軟に行ってください。

## (6) 春日部市医療介護連携ガイドに関する留意事項

『はるパス・思いやりガイド』は、連携ルールとして策定しましたが、強制力を持つということはありません。医療介護職の顔の見える関係づくりの深化や、連携・協働の促進が期待される標準的な行動を定めたものとなります。また、春日部市医療介護連携シート「はるパス」については、参考様式であり、各病院・事業所の既存のシートを活用していただいて構いません。対象者によって情報共有の方法は異なりますので、その都度、必要な情報を追加するなど関係者間で柔軟に調整をお願いします。

## 2.多職種連携にあたっての心構え『思いやりガイド』

医療介護連携時に医療介護職が心がけることとして、「春コン（春日部市医療介護職連携研修・交流会）」にて意見交換したものを『思いやりガイド』としてまとめました。この『思いやりガイド』が、地域の多職種連携を少しでも進化・深化できるよう、お役立ていただければ幸いです。

### (1) 連携にかかわる私たちが取り組みます

- ① 多職種連携は、目配り・気配り・心配りを意識して取り組みます
- ② お互いに日常的なコミュニケーションを心掛け、日頃から顔の見える関係を築きます
- ③ お互いの専門性や役割を理解し歩み寄り思いやりをもち、丁寧な対応を心がけます
- ④ お互いの視点を大切に、なるべく専門用語は使わずわかりやすく相手に伝えます
- ⑤ 相手が必要としている正確な情報を、5W1Hを意識し結論から伝えます
- ⑥ 他職種に連携をとるときには、どの程度急ぐ用件か判断して連絡します
- ⑦ 担当者不在時の体制を整備しておきます

### (2) 医師の私たちが取り組みます

- ① 主治医意見書や指示書などの書類を出来るだけ早くきれいに作成します
- ② ケアマネジャーと顔の見える連携が構築できるよう私たちから働きかけます
- ③ ケアマネジャーへ専門用語は少なめに、医療情報を分かりやすく伝えます
- ④ ケアマネジャーからの連絡に耳を傾け、健康生活状況の把握をします

### (3) 病院スタッフの私たちが取り組みます

- ① 入院中から在宅生活をイメージした支援を心がけます
- ② 本人指導のみならず、ご家族にも退院後の療養生活について指導します
- ③ 退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせます
- ④ 必要な書類はケアマネジャーと確認します
- ⑤ 利用者が入院した際は、ケアマネジャーに連絡します
- ⑥ ケアマネジャーが行う入院中の面談や情報収集に協力します
- ⑦ 退院前カンファレンスは、できるだけ1週間前までを目安に開催します



- ⑧ 多職種での退院前カンファレンスが数回開催出来るよう、日時の調整に取り組みます
- ⑨ カンファレンスが有意義な時間になるよう発言しやすい雰囲気作りに取り組みます
- ⑩ 介護保険の申請や区分変更は、患者・家族・ケアマネジャーと相談の上で進めます
- ⑪ 担当ケアマネジャーがいない場合は、地域包括支援センターに相談します。

#### (4)ケアマネジャーの私たちが取り組みます

- ① 医療機関へ情報提供を求める際には、本人・家族から了承を得ます
- ② 家族から入院等の連絡が入るよう家族とこまめに連絡を取ります
- ③ 保険証などに担当ケアマネジャーの氏名・所属が分かるよう名刺などをはさみます
- ④ 医療機関の訪問に際しては、事前に相手方に確認しアポイントメントを取ります
- ⑤ 入院前の情報提供書類は、出来るだけ手渡しし、顔の見える連携に取り組みます
- ⑥ 訪問や受診同行は、事前に氏名・所属・職種・目的を伝え、相手方と日時調整をします
- ⑦ 訪問や受診同行の際には、自己の紹介と要件や結論を簡潔に伝えます
- ⑧ 入院中、面会の前には病院担当者に挨拶してから利用者と面会します
- ⑨ 退院時カンファレンスの内容は、各介護サービス担当者と情報共有します
- ⑩ 退院前カンファレンスには、できるだけ全ての介護サービス関係者へ声かけします
- ⑪ 退院前カンファレンスでは、必要な情報を確実に収集できるよう準備して臨みます
- ⑫ 退院時の ADL に関する情報は、できるだけ自分の目で確認します

### 3.入退院支援ガイド

入退院支援時に必要な情報や取り組みについて、「春コン」にて意見交換したものを、日頃から・入院時・入院中・退院時、それぞれの時期における支援内容例を『入退院支援ガイド』としてケアマネジャー・病院スタッフ別にまとめました。医療介護職による入退院支援が、スムーズに連携できるよう、お役立ていただければ幸いです。

#### (1)ケアマネジャーの支援

##### ①【日頃から】

- ◇ 日頃から利用者の入院退院情報を早期に把握するための取り組みに努める
- ◇ 元気に過ごせるよう健康管理に配慮し、入退院を繰り返さないよう、重度化を防止し再入院しないための支援に努める
  - 本人家族から入院した際に医療機関と情報交換することの同意を得る
  - 本人家族に担当ケアマネジャーの名刺を渡し、医療保険証・介護保険証・お薬手帳等と一緒に保管し、入院時に必要なもののセットとして持参するように伝える
  - 自宅の見えるところ（電話の前、ベッドサイドなど）に担当ケアマネジャーの氏名・連絡先を貼っておくように伝える
  - 入院したら担当ケアマネジャーに連絡するように、本人や家族に伝える
  - 入院したら入院先にケアマネジャー氏名と連絡先を報告するように、本人や家族に伝える
  - 入院中に病院からの病状説明や退院目途の話があった時ケアマネジャーに報告するように、本人や家族に伝えておく

##### ②【入院時（入院から3～7日以内）に】

- ◇ 入院生活、退院準備に必要な情報をなるべく早く提供することに努める

- 本人・家族や医療機関から入院の情報を入手する
- 利用している介護保険サービス事業所や担当者への連絡
- 入院先とかかりつけ医が違う場合は、かかりつけ医と情報共有を図る
- 入院医療機関から連絡相談窓口等を把握する
- 入院時情報提供書等を作成し情報提供する
- 退院予定の連絡を依頼

### ③【入院中に】

- ◇ 病院と在宅チームが認識や方向性を合わせることに努める
- ◇ 退院に向けて療養環境を整えることに努める
  - 状態変化の確認
  - 退院の見込み・時期を確認
  - 退院後の生活課題の把握
  - 患者・家族の意向を病院スタッフと共有
  - 退院先や支援内容などを病院スタッフと意見交換（カンファレンスなど）
  - 状態に合わせ区分変更やケアプラン変更、住宅改修などを検討

### ④【退院の見込みがついた時期から退院までに】

- ◇ 利用者が自宅に戻ってからの生活イメージを共有することに努める
  - 病院・家族から退院見込みの連絡を受けたら、サービス事業所担当者にも連絡
  - 病院スタッフと退院後の在宅介護サービス者が情報共有、意見交換を行う
  - 在宅介護サービス者のカンファレンス参加を提案
  - カンファレンスで助言を受けたい内容を確認する
  - 退院前カンファレンスに参加し助言を反映させケアプラン（原案）を作成
  - 在宅介護サービスの調整
  - 次回受診日や追加事項などの確認
  - 必要に応じて、退院後ケアプランを医療機関へ提供

## (2) 病院スタッフの支援

### ②【入院時（入院から3～7日以内）に】

- ◇ 入院生活、退院準備に必要な情報をなるべく早く収集することに努める
  - 介護認定状況やケアマネジャーの有無、受けている介護サービスの確認
  - ケアマネジャーが不明の場合や不在時、家族に相談
  - 本人・家族からケアマネジャーに病院へ連絡するよう依頼、もしくはケアマネジャーへ入院したことの連絡
  - 本人・家族から病名や推定される入院期間をケアマネジャーに連絡するよう説明
  - 本人・家族と退院支援について話し合い退院支援計画書を作成

### ③【入院中に】

- ◇ 入院時から退院後の生活を見据えた医療と看護
- ◇ 病院と在宅チームが認識や方向性をあわせることに努める
  - 患者・家族の意向を確認しケアマネジャーと共有
  - 入院生活と経過をケアマネジャーに情報提供
  - 退院へ向けた健康問題の整理および退院後の生活課題を把握しケアマネジャーと情報共有
  - 病院多職種スタッフ内において情報共有を行い退院支援について相談

- 退院先や支援内容などをケアマネジャー等と意見交換（カンファレンスなど）
- 退院後の生活イメージについて本人・家族に説明
- 退院（入院期間）の見込み・時期をケアマネジャーと共有

#### ④【退院の見込みがついた時期から退院までに】

- ◇ 退院後に必要な支援が切れ目なく提供されるよう病院から在宅医療介護職につなぐ
  - 退院見込み日を出来るだけ早く家族・ケアマネジャーに連絡
  - 在宅介護サービス者と退院後の生活課題について情報共有、意見交換を行う
  - カンファレンスにて説明する内容（在宅療養生活等）について院内多職種で整理
  - 退院前カンファレンスの開催
  - 退院後の医療管理先と内容（口腔や薬剤管理等）を本人・家族・ケアマネジャーと共有
  - 入院主治医の許可した退院日を本人・家族・ケアマネジャーに連絡
  - 必要書類（サマリー等）を本人・家族・ケアマネジャーに渡す

### (3) 入退院支援のポイント

入院から退院までの経過における、入退院支援のポイントは、以下の5つです。

- ① 【医療機関】ケアマネジャーの把握と入院の連絡
- ② 【ケアマネジャー→医療機関】「入院時情報提供書」等情報の提出
- ③ 【医療機関→ケアマネジャー】「退院見込み」の連絡
- ④ 【医療機関・ケアマネジャー等】退院前カンファレンスにて情報共有
- ⑤ 【医療機関→ケアマネジャー】「退院時情報提供書」等情報の提出

## 4. はるパス運用マニュアル

### (1) 運用上の基本姿勢

『はるパス』は、春日部市及び近隣の多職種が協働して、利用者本人が在宅生活を安心して継続できるよう支援するために、必要な情報共有を行うことを目的としています。

【表面】

利用者の身体・生活機能等の情報を記入します。医療情報については、診療情報提供書等をご参照下さい。

【裏面】

裏面は、すべての欄への記載は必要ありません。本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼にあたって必要な項目を記入してください。

### (2) 理念

- 利用者本人、家族のニーズや意向を尊重する。

『はるパス』は、利用者、家族の基本情報、利用者の身体、生活機能について、また本人家族の意向などを記載する用紙になっております。利用者本人、家族を中心に、そのニーズや意向を踏まえ、一貫性のある医療・介護の提供ができるよう作成されています。

- 医療・介護を担う多職種連携を推進する。

利用者の生活支援を担う多職種の連携を円滑に行うためには、各職種間の共通理解が前提となります。しかし、職種ごとに使用される用語や理解が異なるのが現状です。



『はるパス』は、共通の認識が持てるよう、チェックシートとなっており、利用者の状態を共通理解しやすくなっています。(意向など、チェックできない項目に関しては記述式)

- 生活全般を支える包括的な連携。

利用者や家族の生活全体を支援するには、在宅主治医と入院主治医との連携、在宅主治医と居宅・施設ケアマネジャーとの連携や、入院主治医と居宅・施設ケアマネジャーとの連携、また、ケアマネジャーと各在宅サービス専門職との連携など各専門職同士の連携が複雑に絡んでいます。『はるパス』は各専門職共通の用紙で、疾患を問わず活用でき、使用場面を明確に使い分けることで、地域の包括的な連携の構築を目指したものです。

- 共通する情報項目は、わかりやすくスマートに。

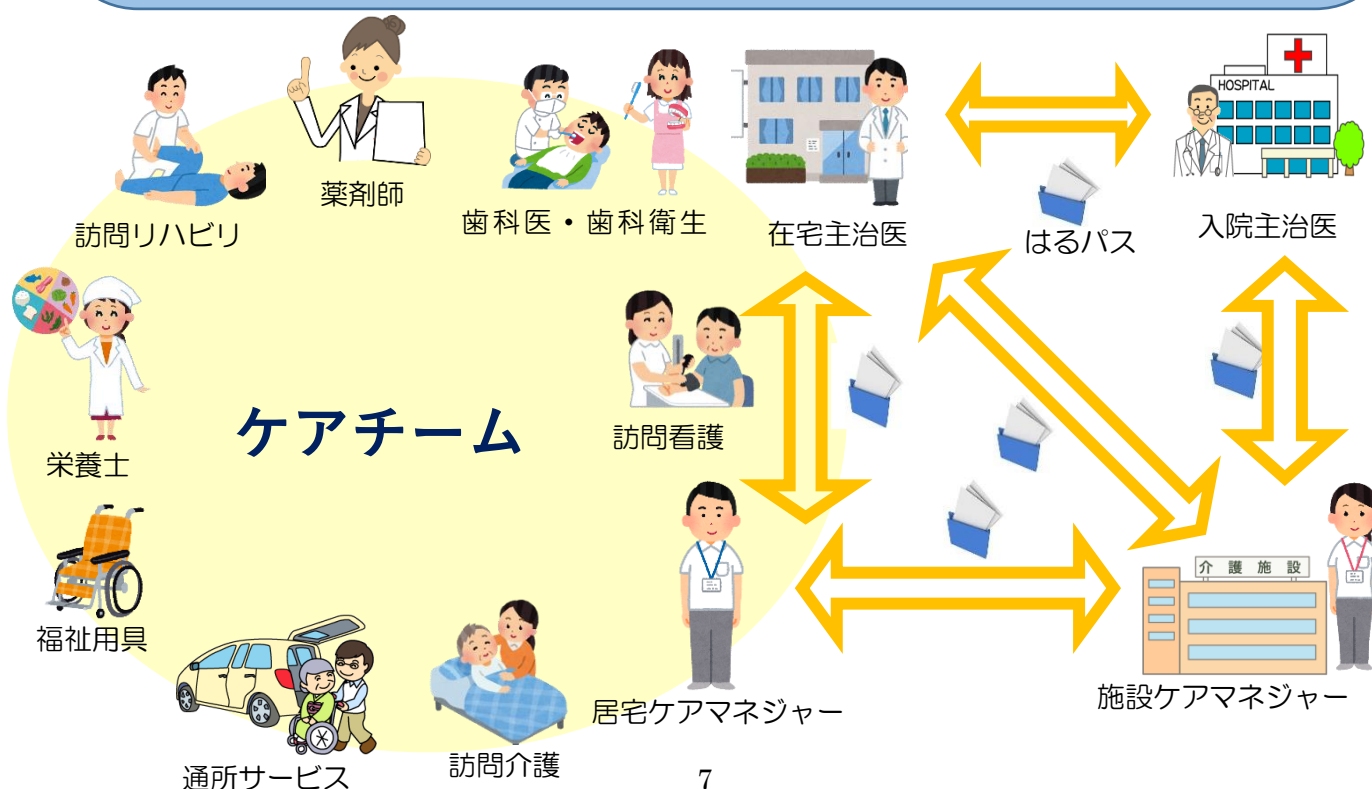
『はるパス』の記載項目は、どの職種でも記載しやすく、送りたい情報と欲しい情報がわかりやすくまとめられる様式となっています。これにより、連携調整が標準化され、業務の効率化が期待できます。

### (3)使用場面

『はるパス』は、入院主治医⇔在宅主治医、入院主治医⇔ケアマネジャー(居宅・施設)、在宅主治医⇔ケアマネジャー(居宅・施設)、居宅ケアマネジャー⇔居宅ケアマネジャーの間で、利用者本人の病状や環境等が変わる場合や、介護認定更新や変更時等、情報連携が必要な場面で使用します。

#### (使用の具体例)

- 病状の変化があり、入院調整会議が必要な場合
- 退院、退所調整会議が必要な場合(申し込みの段階ではない)
- 急性期治療が必要な場合(予定された検査入院は含まない)
- 老健から特養に入所するなど、入所施設が変わった場合
- かかりつけ医やケアマネジャーが変更になる場合
- かかりつけ医からケアマネジャーに、医療上の留意事項を伝えたい場合
- 介護保険サービスの大きな変更を必要とするADLや病状の変化が生じた場合



#### (4)受け取りと保管

『はるパス』を渡す時は、コピーを診療録等に保管し、原本を相手先にお渡しください。本シートを受取する際の手段（訪問、郵送等）や、シートを受領したか否かを確認する手段（面談、電話等）については、事前に連携先と協議のうえ、取り決めておくことが望ましいと考えます。

#### (5)管理責任者・管理について

『はるパス』の管理者は、病院では連携担当者（MSWや退院調整看護師等）、在宅や施設では、ケアマネジャーや生活相談員が想定されますが、機関によっては上記職員以外の連携担当者が管理責任者になることも可能と考えます。

#### (6)記入者

『はるパス』は、医者、看護師、リハビリ療法士、MSW、薬剤師、栄養士、ケアマネジャーなどの多職種で記入し、用紙を完成していきます。

#### (7)個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いに関しては、別紙『個人情報の取扱いについて』をご参照ください。

追記：『はるパス』をFAXまたはEメール等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関の方で氏名を記入してもらう等の配慮が必要です。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。

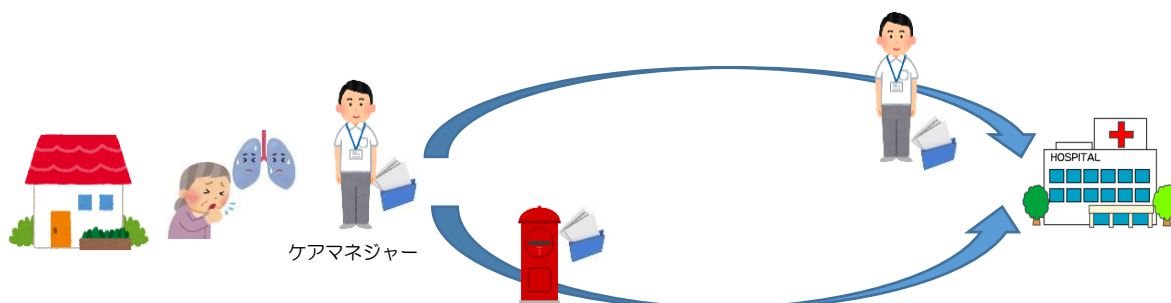
## (8) 診療報酬・介護報酬

『はるパス』を運用していく過程において、診療報酬・介護報酬が算定できます。

- ① 入院が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援の計画書（以下「療養支援計画書」という。）を作成した場合は『入院時支援加算1』を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画書を作成した場合は、『入院時支援加算2』を算定する。入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書を、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、当該計画書については、入院前又は入院日に患者又はその家族等に説明を行い交付するとともに、診療録に添付又は記載すること。入院時支援加算は、入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療が受け入れられるよう、入院前の外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援することを評価します。

### 【支援内容】

- ア. 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
  - イ. 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
  - ウ. 褥瘡に関する危険因子の評価
  - エ. 栄養状態の評価
  - オ. 服薬中の薬剤の確認
  - カ. 退院困難な要因の有無の確認
  - キ. 入院中に行われる治療・検査の説明
  - ク. 入院生活の説明
- ② 利用者が入院することになった場合、ケアマネジャーは『はるパス』を用いて生活・介護情報を提供します。本シートを受け取りするのに、入院後3日以内に情報提供した場合は『入院時情報連携加算Ⅰ』、7日以内で『入院時情報連携加算Ⅱ』をケアマネジャーが算定することができます。



- ③ 原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに、退院困難な要因を有している患者を抽出する。退院困難な要因を有する患者について、入退院支援加算1の「イ 一般病棟入院基本料等の場合」にあつては原則として7日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」にあつては原則として14日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手することで病院が『入退院支援加算1』を算定できます。



【施設基準】

- イ. 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
- ロ. 当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
- ハ. 当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- ニ. 各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士が配置されていること。
- ホ. その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。



- ④ 患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。できるだけ早期に患者及び家族と話し合いを行うとともに、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すると『入退院支援加算2』が算定できます。



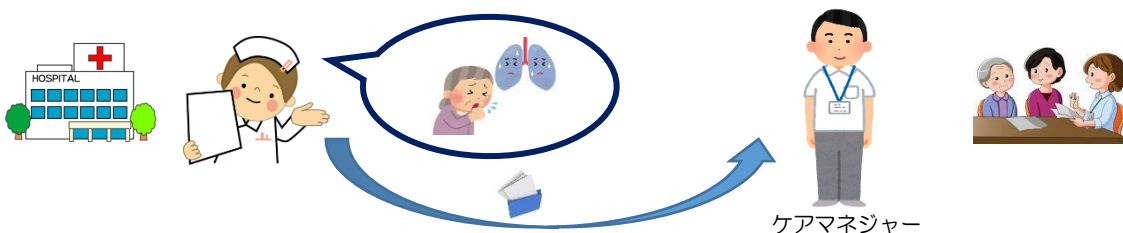
【施設基準】

- イ. 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
- ロ. 当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
- ハ. 当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- ニ. その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- ⑤ 入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。この他、家族等に対して退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う。入院後1か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録等に添付又は記載すると、『**入退院支援加算 3**』が算定できます。なお、病棟及び入退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同してカンファレンスを行った上で作成及び実施すること。また、退院時には家族等に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡が取れる体制を取る。

【施設基準】

- イ. 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
- ロ. 当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。
- ⑥ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、『**総合機能評価加算**』が更に加算できます。
- ⑦ 退院後の介護サービス支援の準備として、入院先の医療職員は、入院中の要介護者に対し『はるパス』の【裏面】(ADL情報等)に必要な情報を記載します。それを基にケアマネジャーと病院の職員が面談して情報を共有し、『はるパス』の記載内容を反映させたケアプランを作成した場合、ケアマネジャーは『**退院・退所加算**』を算定できます。(入院中1回まで算定可。連携回数が3回以上の場合、うち1回は医療機関でのカンファレンスに参加)

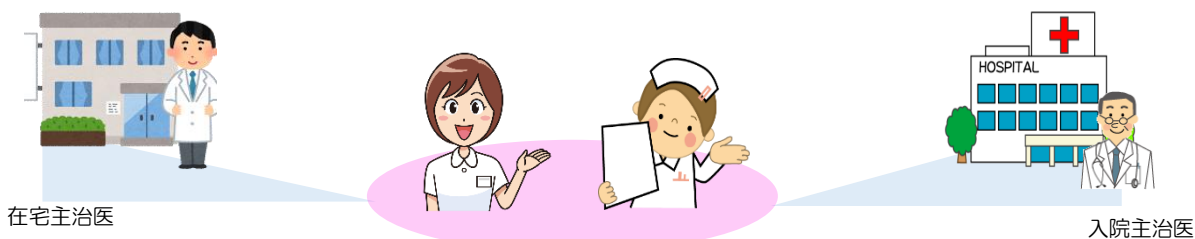


- ⑧ 入院先の病院は、『はるパス』の情報を基に作成したケアプランの写しを受け取り、診療録等に添付します。医療スタッフ(医師・看護師・社会福祉士等)は、ケアマネジャー等と共同して、利用者本人・家族に、介護保険サービス等を受ける上での医学的留意事項、療養上の留意点を共同指導した場合(ケアマネジャー等からケアプラン等の写しを得て、診療録等に添付)、病院側は『**介護支援等連携指導料**』(入院中2回まで)が算定できます。





- ⑨ 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、『退院前訪問指導料』当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定できます。ただし、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定できない。
- ⑩ 医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関は『退院時共同指導料 1』、入院中の保険医療機関は『退院時共同指導料 2』が算定できます。ただし、当該入院中に2回算定する場合は、当該2回中1回はそれぞれの保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、当該患者の在宅療養担当医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。



- ⑪ 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に『退院時リハビリテーション指導料』が算定できます。この場合において、同一日に、退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。
- ⑫ 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り、『退院時薬剤情報管理指導料』が算定できます。この場合において、同一日に、退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。また、保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、『退院時薬剤情報連携加算』が加算できます。

- ⑬ 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り、『**診療情報提供料(I)**』を算定できます。
- ⑭ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定、『**連携強化診療情報提供料**』を算定できます。
- ⑮ 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月（退院日を除く。）を限度として、5回に限り、『**退院後訪問指導料**』を算定できます。また、在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の保健師、助産師、看護師又は准看護師と同行し、必要な指導を行った場合には、『**訪問看護同行加算**』として、退院後1回に限り、加算できます。

No.	報酬名	点数
①	入院時支援加算 1 入院時支援加算 2	230 点 200 点
②	入院時情報連携加算 I (入院後 3 日以内に情報提供) 入院時情報連携加算 II (入院後 7 日以内に情報提供)	200 単位/月  100 単位/月
③	入退院支援加算 1	一般病棟入院基本料等 700 点 療養病棟入院基本料等 1300 点
④	入退院支援加算 2	一般病棟入院基本料等 190 点 療養病棟入院基本料等 635 点
⑤	入退院支援加算 3	1200 点
⑥	総合機能評価加算	50 点
⑦	退院・退所加算	【カンファレンス有り】 連携 1 回 600 単位/回 連携 2 回 750 単位/回 連携 3 回 900 単位/回 【カンファレンス無し】 連携 1 回 450 単位/回 連携 2 回 600 単位/回
⑧	介護支援等連携指導料 (入院中 2 回まで算定可)	400 点
⑨	退院前訪問指導料	580 点
⑩	退院時共同指導料 1  退院時共同指導料 2 (入院先の医療機関が算定)	在宅療養支援診療所 1500 点 それ以外 900 点 400 点 在宅療養担当医療機関の保険医と共同 300 点 在宅療養担当医療機関の専門職 3 人以上と共同 2000 点
⑪	退院時リハビリテーション指導料	300 点
⑫	退院時薬剤情報管理指導料 退院時薬剤情報連携加算	90 点 60 点
⑬	診療情報提供料 (I)	250 点
⑭	連携強化診療情報提供料	150 点
⑮	退院後訪問指導料 訪問看護同行加算	580 点 20 点

## 5.記入マニュアル

### (1)表面

【基本情報】

#### (1)連携機関名称

はるパスで連携をとる送り先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、「〇〇病院地域連携室様」と記入してください。

#### (2)送付日

はるパスを提出する日(送付日)を記入してください。

#### (6)要介護度

□の該当項目にチェックを入れ、介護度は、カッコ内に記入してください。

(記入例)「要介護 1」「支援 2」等

#### (8)障害等認定

記入時点における障害等認定状況を記入してください。また、特定疾患の認定を受けている場合は、□にチェックを入れ、( )内に疾患名を記入してください。

#### (9)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□にチェッ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、( )内に記入してください。

#### (10)住居

記入時点において、利用者本人が居住している住まいの種別にチェックを入れてください。施設にチェックを入れた場合は( )内に施設名を記入してください。

#### (11)主介護者(12)キーパーソン

主介護者、キーパーソンが同じ人であれば、同上でかまいません。また、身寄りのない方の場合など、記入できない場合は、空欄でも構いません。キーパーソンは、本人の意思を代弁できる人、あるいは決定権を持っている人を記入します。

#### (13)緊急連絡先

氏名と電話番号を記入してください。

#### (14)日常生活自立度

別紙付録『障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準』を参照し、等級を記入してください。

#### (15)認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

別紙付録『認知症高齢者の日常生活自立度判定基準』を参照し、等級を記入してください。

(16)(17)(18) **在宅医療・介護利用状況 or 提供予定**

実施または、予定されている医療・介護状況を記入してください。

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、適宜単位を修正し回数を記入してください。

(19) **過去半年間の入院有無**

入院する原因となった傷病名を記入してください。(複数でも可)

(20) **かかりつけ情報**

わかる範囲内で記入してください。特記事項には、既往歴や、アレルギーなど知らせたい情報を簡潔に記入してください。



## (2)裏面

全ての欄への記載は必要ありません。はるパスの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目を記入してください。概ね一週間以内の状態を記入します。

【身体・生活機能等】

### (22)麻痺筋力低下

記入時点における麻痺筋力低下の状況について、状態及び部位について、該当する口にチェックしてください。その他にチェックをした場合は、( )内に記入してください。

程度の判断は、以下を参照してください。

<無> 同年齢の人と同等の動作を行うことができる場合。

<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、動作がぎこちない場合。

<中度>目的とする実質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、または装具を使用すれば実質的な動作を行うことができる場合。

<重度>補助的な動作も行うことができず、装具等を使用しても目的とする動作を行うことが出来ない場合。

### (23)褥瘡(24)皮膚疾患

有の場合、部位は( )内に記入してください。

### (25)視力

眼鏡、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ます。

### (26)聴力

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ください。

<日常生活に支障なし>日常生活における会話に支障がなく、普通に聞き取れる。

<大声なら聞こえる>耳元で話したり、大きな音や声でないと聞こえない場合。

<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。

<判断不能>認知症等で意思疎通が出来ず、聞こえているのか判断できない場合。

### (27)意思の伝達

記入時における意思伝達能力の状況について、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。

<可>手段を問わず、常時、誰にでも「意思の伝達」ができる状態。

<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、その内容や状況によっては出来るときと、できない時がある状態。

<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」が出来ないが、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」ができる場合をいいます。

<不可>重度の認知症や意識障害等によって、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いいます。

### (29) 言語障害

<無>話す・聞く・読む・書く等の言語機能に異常が見られない場合。

<有>何らかの要因により、話す・聞く・読む・書く等の言語機能が障害された状態。言葉がでない、ろれつが回らない場合。

<不明>不明または判断できない場合。

### (30) 睡眠の状態

眠剤等を使用しているても、本人にとって十分な睡眠が得られていれば「良」を選択します。

### (31) 眠剤

睡眠導入剤や安定剤等の薬剤の使用状況を記入してください。

### (32) 日常生活起居動作

<自立>動作について、見守りや介助を必要としない状態

(補助具をしようしても、実質的な介助を必要としない場合は自立)

<見守り>自力で動作が可能であるが、装具装着等の準備、転倒や事故防止のための見守りや声かけを必要とする状態。

<一部介助>動作の一部に何らかの介助を必要とする状態。

<全介助>移動に関して、全面的に介助を必要とする状態。

補助具：移動動作時に使用する器具にチェックをしてください。

杖の例



歩行器の例



### (33) 食事摂取方法

食事・栄養の摂取方法について、□にチェックを入れてください。

「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、及び一回当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。

### (34) 食形態

食事の形態について、記入してください。

<普通>常食、普通食を摂取できる場合。

<刻み>咀嚼に障害があり、刻み食であれば摂取できる場合。

<嚥下障害食>嚥下に障害があり、嚥下障害食であれば摂取できる場合。

<ミキサー>咀嚼に障害があり、ミキサー食であれば摂取できる場合。

### (35) 食事制限

熱量、たんぱく質、塩分等の制限がある場合、チェックをし( )内に記入をしてください。また、禁忌の食物がある場合も記入してください。

### (36) むせ・嚥下

食事中、食後のむせがある場合や、食事がペースト食や、飲み物にとろみをつけている場合等、頻度の状況で記入してください。

### (38) 食事動作

＜自立＞介助が行われていない場合。

＜見守り＞食事の介助は行われていないが、常時の付き添いの必要がある見守りや、確認・指示・声かけ・皿の置き換え等の行為が行われている場合。

＜一部介助＞食事摂取の行為の一部に介助が行われている場合。食卓で小さく切る、ほぐす、皮をむく、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。

＜全介助＞食事摂取の全てに介助が行われている場合。

### (39) 食事支度

自分が食事をするための簡単な調理が行えるかどうかを記入してください。ここでいう簡単な調理とは、炊飯、弁当等の加熱、即席めんの調理をいいます。施設等でこれらの行為が施設職員によって代行されている場合は、施設職員による対応の状況について選択してください。

＜自立＞自己にて食事の支度を行っている場合。

＜一部介助＞食事の支度への介助が部分的に行われている場合。

＜全介助＞食事の支度の全てに介助が行われている場合。

＜不必要＞経管栄養等の実施により、食事の支度が不要な場合。

### (40) 口腔環境

※経口摂取をしていない場合も、相当する状況を記入してください。

＜良＞口腔内が十分手入れされ、口の渇きなどが無く、良くものが噛める場合。

＜やや不良＞口腔内にやや食物残渣(歯垢舌苔を含む)や若干の口臭などがあるが、食物を摂取するのに支障が無い場合。

＜不良＞口腔内にかなり食物残渣(歯垢舌苔を含む)があり、口臭を感じる場合。食物を摂取するのに、歯の具合(自歯または義歯)が悪く、若干の支障が出ている場合も含まれます。

＜著しく不良＞口腔内に多量の食物残渣(歯垢舌苔を含む)がある場合。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。

### (41) 義歯使用

＜不要＞自分の歯がある程度そろっている、または、義歯を必要としない状態。

＜必要＞義歯は作製していないが、義歯の使用が望ましい状態。

＜良＞義歯の管理等が自立していて十分清潔に保たれている状態。

＜不良＞一応義歯を装着(自立または介助有)できるが、義歯の管理が不十分で、清潔が保持できていない状態。

＜不使用＞義歯はあるが、使用していない状態。

#### (42) 口腔ケア

口腔ケアの介助状況および方法について、記入してください。

＜自立＞口腔ケアの介助が行われていない場合。

＜見守り＞口腔ケアの実施に際し、常時付き添いの必要のある見守りや、確認・指示・声かけ等の行為が行われている場合。

＜一部介助＞歯磨き等の一連の行為に、部分的に介助が行われている場合。義歯の出し入れは出来るが、義歯を磨くことは介助者が行っている場合も含まれます。

＜全介助＞口腔ケアの全ての介助が行われている場合。本人が行った箇所も含めて、介助者がすべてやり直す場合も含まれます。

#### (43) 排尿能力

＜自然尿＞管等を使用せず、自然排尿できる場合。

＜間欠導尿＞必要な時に導尿している場合。

＜留置カテーテル＞膀胱留置カテーテルを挿入している場合。

#### (44) 排泄場所

排泄を行っている場所を記入してください。日中と夜間の場所が異なる場合は、それぞれの項目にチェックを入れ、「夜間のみ」にもチェックをしてください。

例えば、日中トイレへ行き、夜間はオムツを使用している場合は、「トイレ」「オムツ」「夜間のみ」の3カ所にチェックをします。

#### (45) 排尿動作(46) 排便動作

排泄時の動作について、記入してください。

ここでいう「排尿」「排便」とは、排排便動作(ズボンの上げ下げ、トイレ・尿器への排泄)「陰部の清拭」「トイレの水洗」「トイレやポータブルトイレ、尿器等の排尿後の掃除」「オムツ、リハビリパンツ、尿とりパットの交換」「抜去したカテーテルの後始末」の一連の行為のことをいいます。

＜自立＞排泄時の動作が自己にて行われている場合。

＜見守り＞排泄時の介助は行われていないが、常時の付き添いの必要がある見守りや、確認・指示・声かけ等の行為が行われている場合。

＜一部介助＞排泄時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＞排泄時の介助の全てが行われている場合。

#### (47) 衣服の着脱

普段使用している上衣及びズボン等の着脱について記入してください。

＜自立＞衣服の着脱が介助なしに自己にて行われている場合。

＜見守り＞衣服の着脱の介助は行われていないが、常時の付き添いの必要がある見守りや、確認・指示・声かけ等の行為が行われている場合。

＜一部介助＞衣服の着脱の際に介助が行われている場合であって、「見守り」「全介助」のいずれにも含まれない場合。

＜全介助＞衣服の着脱の一連の行為すべてに介助が行われている場合。

#### (48) 入浴動作

入浴に関する動作(浴槽の出入り、洗身等)について記入してください。

＜自立＞入浴に関する動作が、介助なしに行われている場合。

＜見守り＞入浴に関する動作への介助は行われていないが、常時の付き添いのある見守りや確認、指示、声かけ等が行われている場合。

＜一部介助＞入浴に関する動作に、部分的に介助が行われている場合。

＜全介助＞入浴に関する動作すべてに介助が行われている場合。また、入浴動作が行われていない場合。

#### (49) 住宅整備

住居環境において、整備がされているか否かを記入してください。手すり、段差解消以外の整備については、□その他にチェックをし、( )に整備箇所を記入してください。

#### (50) 外出

一人で自宅や施設の外に出かけ、帰宅することができるか否かを記入してください。ただし、認知症による徘徊は含みません。

＜自立＞一人で外出することができる。

＜一部介助＞部分的に介助者の補助があれば外出が可能である場合。

＜全介助＞全面的に介助を受けて外出する場合。

＜不可能＞全面的な介助を受けても外出が困難である場合。

#### (51) 金銭管理

自分の所持金の支出入の把握、管理、出し入れする金額の計算等ができるか否かを記入してください。

＜自立＞自分の所持金(貯金通帳等)の支出入の把握や管理を自分で行っている、金額の計算を自己にて行っている場合。

＜一部介助＞金銭の管理に何らかの介助が行われている、あるいは、小遣い銭として少額のみ自己管理している場合。介護者が確認する場合も含みます。

＜全介助＞金銭の管理の全てに介助を受けて管理している場合。

＜不可能＞介助を受けても、金銭管理の認識が出来ず、困難である場合。

#### (52) 電話対応

電話を掛けたり、受けたり等、対応が出来るか否かを記入してください。

＜自立＞電話の対応が自己にて可能である場合。

＜一部介助＞介護者が受話器を取る、置くといった行為や、電話対応の一部に、確認・指示・声かけ等の介助があれば可能である場合。

＜全介助＞電話対応はしておらず、介護者がすべて行っている場合。

＜不可能＞意思疎通が困難であり、電話の対応が不可能である場合。



### (53) 服薬管理

服薬管理能力について、該当するものに記入してください。また、利用者が服用(使用)することのできる薬の形状について、いずれかに記入してください。

<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>薬を飲む(使用する)際の見守り、飲む量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、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。

### (54) 日常生活の具体的内容

各項目につき、該当するチェック項目がない場合、チェックだけでは十分に情報を伝達することが出来ない場合、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については、この欄に記載してください。

### (55) バイタルサイン

バイタルサインで、変動のあるものや、注意して診ておきたい項目及び値について、伝達の必要な事項はこの欄に記載してください。

### (56) 在宅で継続したいリハ活動

退院・退所にあたり、今後も在宅(施設)での継続が望ましいと思われるリハビリについて、伝達が必要な場合はこの欄に記載してください。

### (57) 介護上特に注意すべき点

利用者を介護するうえで、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、誰からの意見なのか(職種または家族)もあわせて記入してください。

### (58) 看取りに関する本人・家族の意向

最期について、本人・家族の願い・想いをそのまま記入してください。(家で看取りたい、除苦痛、延命について等)その際、誰の想いなのか、わかるように記載してください。

### (59) 自宅での生活継続希望

自宅で生活を継続していくことについて、本人・家族の想いを個々に記入してください。また、別途伝達事項があれば、特記事項に記載してください。

### (60) 生活上の一番の課題

本人・家族の意向をふまえ、各専門職の立場から、一番と思われる課題を記載してください。

**(61) 本シートの記入者**

所属、担当、電話番号を記入してください。電話番号は、本シートの問い合わせに答えられる連絡先を記入してください。

**(62) ケアプラン**

本シートをケアマネジャーが送付する際のケアプランの作成状況について、記入してください。

## 付録

### 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

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	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てない

## 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
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はほぼ自立している。	
II	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。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	時々道に迷うとか、買物や事務、金銭管理など、それまで出来ていたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理が出来ない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番が出来ない等
III	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。	
III a	日中を中心として上記III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、不潔更衣、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	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III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

## ADL評価方法

### F I M (Functional Independence Measure)

運動項目	セルフケア	1.食事	1～7点
		2.整容	1～7点
		3.清拭	1～7点
		4.更衣(上半身)	1～7点
		5.更衣(下半身)	1～7点
		6.トイレ	1～7点
	排泄	7.排尿コントロール	1～7点
		8.排便コントロール	1～7点
	移乗	9.ベッド、椅子、車椅子	1～7点
		10.トイレ	1～7点
		11.浴槽、シャワー	1～7点
移動	12.歩行、車椅子	1～7点	
	13.階段	1～7点	
認知項目	コミュニケーション	14.理解	1～7点
		15.表出	1～7点
	社会認識	16.社会的交流	1～7点
		17.問題解決	1～7点
		18.記憶	1～7点
合 計			18～126点

自立	7点：完全自立
	6点：修正自立
部分介助	5点：監視、準備
介助あり	4点：最小介助
	3点：中等度介助
完全介助	2点：最大介助
	1点：全介助





## お問い合わせ

### 春日部市地域包括ケアシステム推進センター

〒 344-0063 埼玉県春日部市緑町 6-11-41

TEL : 048-745-8651 FAX : 048-745-8655 Mail : [harushin@skmg.jp](mailto:harushin@skmg.jp)