

1 「摂食嚥下連絡票」の目的

摂食嚥下障害を有する患者が退院する際に、在宅において必要な支援を受けられるようにするため、退院時カンファレンス等において病院とケアマネジャーが情報を共有するため、また在宅サービスに入る専門職が情報を共有するための「連携ツール」です。

2 「摂食嚥下連絡票」の特長

摂食嚥下連絡票では、「KTバランスチャート[※]による評価」を採用しており、次のような特長があります。

- ① QOL を勘案した包括的視点での評価ができます。
- ② 多職種が誰でも簡単にチェックすることができます。
- ③ 評価について、誰が見ても分かり易く可視化できます。
- ④ 評価は経時的に活用でき、適切な支援を行うためのケアプランにも反映できます。
- ⑤ 評価した内容を本人や家族への説明にも使うことができます。
- ⑥ 在宅において専門職が介入する場合も、連絡票を活用し、本人の状態を評価することができます。

(注) この評価は、支援者の評価を行うものではなく、患者さんの現在の状態を評価するものです。

【参考文献】※小山珠美編：口から食べる幸せをサポートする包括的スキル
KTバランスチャートの活用と支援第2版（医学書院）

3 「摂食嚥下連絡票」の内容

- ・記載年月日、記載機関、氏名、生年月日、性別
- ・KTバランスチャートによる評価

評価点数及びチャート、評価年月日、評価者

＜評価項目＞			
1 食べる意欲	2 全身状態	3 呼吸状態	
4 口腔状態	5 認知機能（食事中）	6 咀嚼・送り込み	
7 嚥下	8 姿勢・耐久性	9 食事動作	
10 活動	11 摂食状況レベル	12 食物形態	13 栄養

- ・食事について
姿勢、顔の向き、一口量、介助方法、その他の特記事項、評価より必要と思われるケア
- ・KTバランスチャート評価基準一覧①～⑬
- ・KTバランスチャート⑫食物形態の評価基準と各嚥下食分類

4 「摂食嚥下連絡票」の活用方法

(1) 連絡票の対象者

- ① 「県中医療圏退院調整ルール」にて退院に向けたカンファレンス等で使用する「退院調整共有情報」（4頁 参考様式）において、「食事」の項目のうち、「嚥下障害 有」のケース又は、摂食嚥下障害を有するケース
- ② 在宅療養者で摂食嚥下障害を有するケース

(2) 連絡票の記載者

- ① 退院時カンファレンス等に活用するため病院職員が記載します。
- ② 在宅サービスで活用するため専門職が記載します。

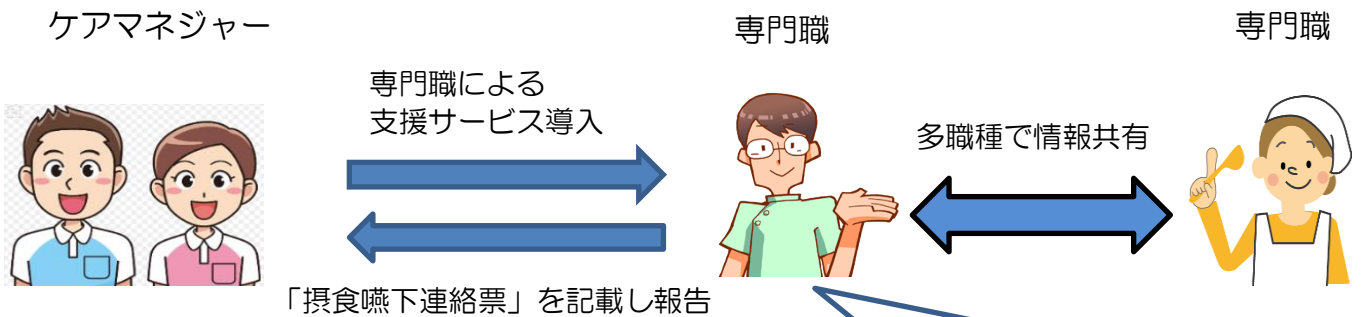
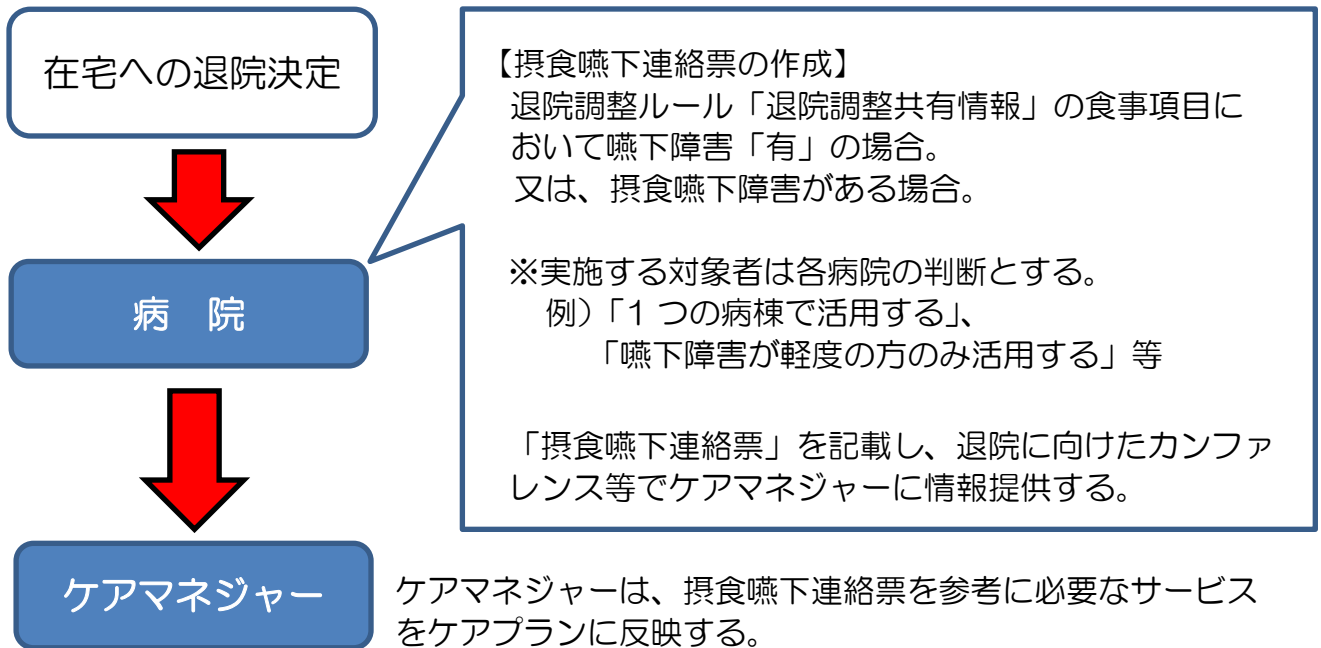
(3) 関係機関の役割と連絡票活用の流れ

医療機関
<p>① 摂食嚥下連絡票の活用について、院内関係職員間で情報共有します。</p> <p>原則、退院調整ルールに則り、退院時に向けた調整をする際に、入院中の患者情報の食事項目において、嚥下障害が有りの場合、又は、摂食嚥下障害が有る場合に摂食嚥下連絡票を作成します。※実施する対象者は各病院の判断とします。</p> <p>② 退院時ケアカンファレンス等において、摂食嚥下連絡票により、ケアマネジャーに情報提供します。</p>

ケアマネジャー
<p>① 摂食嚥下連絡票の活用について、事業所内職員間で情報共有します。</p> <p>② 原則、退院調整ルールに則り、医療機関との退院時カンファレンス等において、摂食嚥下連絡票の作成があった方については、今後、在宅で必要となるケアの情報を共有します。</p> <p>③ 摂食嚥下ケアに必要なサービスをケアプランに反映します。</p> <p>④ 連絡票の内容について、必要に応じて本人・家族に説明します。</p> <p>⑤ 連絡票の内容について、在宅サービスに入る専門職と情報共有します。</p>

専門職
<p>① 専門職は摂食嚥下連絡票の記載内容についてケアマネジャーと情報共有します。</p> <p>② 摂食嚥下連絡票を活用して、患者の状態を評価し、ケアマネジャーに報告します。</p> <p>③ 連絡票の内容について、必要に応じて本人・家族に説明します。</p>

【摂食嚥下連絡票活用のイメージ図】



- 専門職…
医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士、
歯科衛生士、栄養士等

<参考様式>

県中医療圏 退院調整ルール 参考様式

記入年月日 平成 年 月 日

退院調整共有情報

担当ケアマネ ()

面談日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	場所	()
面接参加者	病院の連絡窓口(所属) ()		

氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性別	男・女
病名 (入院理由)	合併症			
既往歴	入院期間	平成 年 月 日~平成 年 月 日(予定)		
病院主治医 (診療科名)	()	在宅主治医		

① 病院から本人・家族への病状の説明内容 ②本人・家族の受け止め方 ③本人・家族の今後の希望

今後治療方針等(治療方針・受診計画・訪問看護への指示内容など)

退院後受診 医療機関	本院・在宅医・その他()	次回受診予定:	平成 年 月 日
リハビリ	無・有(内容)		
薬物治療	無・有(内容)		
医療処置	無・有 ① 内容:バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう(部位)・気管切開・在宅酸素 その他() ② 方法(誰が行う):本人・訪問看護・家族(具体的には誰)		
生活上の指示	無・有(内容)		

ADL等	自立	見守り	一部 介助	全介助	病棟での様子
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車いす・杖使用・歩行器使用・装具、補助具使用
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	床からの立ち上がり(可・不可)
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有)

食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通食・治療食(Kcal) 糖尿病食 高血圧食 腎臓病食 その他() 経管栄養() 主食: 米飯・粥(全・五分)・ミキサー (平均摂取量 割程度) 副食: 通常・一口大・刻み・極小刻み・ミキサー(とろみ付:無・有) (平均摂取量 割程度) 水分摂取:(1日 ml) 制限:無・有(1日 ml) ・とろみ剤使用(無・有)
	嚥下障害(無・有)				
	嚥下障害「有」の場合、摂食嚥下連絡票作成の対象となる。				

更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浴室の有無(有・無) 入浴制限:無・有(シャワー浴・清拭・その他())
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:トイレ・ポータブル・尿器・オムツ
療養上の問題 服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
療養上の問題	無・有(幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他()) 認知症の症状(無・有) うつ傾向(無・有) 聴覚障害(無・有) 視覚障害(無・有)				
感染症	MRSA 保菌(保菌部位:痰・血液・尿・創部・鼻腔)・HBV・HCV・疥癬・その他()				
経済状況	年金・生活保護・その他()		金銭管理:本人・その他()		
世帯構成	独居・高齢者夫婦世帯・その他()		キーパーソン()		
介護力	主介護者() 主介護者以外の支援者() 介護の指導(無・有) 理解の状況:十分・不十分:問題()				

備考欄