

「医療と介護の連携シート」説明書

I	医療と介護の連携シートの利用	1
1	目的	
2	経緯	
3	シートの種類	
II	医療と介護の連携シート概要と活用方法	2
1	入退院共通連携シート（在宅・施設→ 医療機関）	
2	入退院共通連携シート（医療機関→ 在宅・施設）	
3	医療（医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護等）と 介護（ケアマネジャー等）の連携シート（医療機関 ↔ 介護機関）	

- * 「1、2」のシートの様式は、公益社団法人 栃木県看護協会のホームページからダウンロードできます。（様式を変更して利用したい場合は、栃木県看護協会に連絡し変更が可能です。）
- * 「2」のシートの 安定健康福祉センター改訂版様式は、安定健康福祉センターのホームページからダウンロードできます。
- * 「3」のシートの様式は、佐野市のホームページからダウンロードできます。

平成 30 年 3 月
佐野市在宅医療・介護連携推進協議会
（情報共有シート作成活用検討専門部会）
問合せ先：佐野市いきいき高齢課地域支援事業係
Tel 0283-20-3021 Fax 0283-21-3254
e-mail ikiikikourei@city.sano.lg.jp

I 医療と介護の連携シートの利用

1. 目的

市民の皆様が住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送るには、関係機関の連携による一体的なサービス提供が重要です。このため、医療・介護の連携を推進するしくみづくりを目的として、標準となるシートの様式と活用方法等について検討、作成しました。このシートを使うことで、関係機関の間で、より活発で効果的な連携が進むことをめざしています。

2. 経緯

佐野市では平成 29 年度から、佐野市医師会等関係機関の協力を得て在宅医療・介護連携推進協議会を立ち上げ在宅療養支援について検討し、医療と介護の連携を深める取組みを進めています。

協議会に在宅医療介護連携シート作成活用検討専門部会を設けて、医療と介護の連携シートについての検討に取り組みました。専門部会では、「入退院共通連携シート」の活用を進めるための検討や、「在宅における連携」の場面で使用する連携シートの様式、活用方法の検討を行いました。

3. シートの種類

シートは次の 3 種類です。病院やかかりつけ医との連携の際、必要な内容を効果的なタイミングでやりとりするためにご活用ください。

(1) 入退院共通連携シート (在宅・施設→ 医療機関)

利用者の入院時に、医療機関とケアマネジャーとの連携に使います。

(2) 入退院共通連携シート (医療機関→ 在宅・施設)

利用者の退院時に、医療機関とケアマネジャーとの連携に使います。

(3) 医療（医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護等）と介護（ケアマネジャー等）の連携シート (医療機関 ↔ 介護機関)

在宅療養の利用者について、医療機関（医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護等）と介護機関（ケアマネジャー等）双方向のやりとりをすることに使います。

※連携シートについては

(1) は、栃木県看護協会・とちぎケアマネジャー協会・栃木県医療社会事業協会
入退院共通連携シート作成委員会作成の様式（様式 1）

(2) は、栃木県看護協会・とちぎケアマネジャー協会・栃木県医療社会事業協会
入退院共通連携シート作成委員会作成様式の安足健康福祉センター改訂版
（様式 2）

(3) は、佐野市の様式（様式 3）

を標準様式としますが、他に独自の様式を用いることを妨げません。

II 医療と介護の連携シート概要と活用方法

1. 入退院共通連携シート (在宅・施設→ 医療機関)

2. 入退院共通連携シート (医療機関→ 在宅・施設)

◆本シートの用途：入退院に向けた病院とケアマネジャーの連携。

◆活用の目的：ケアマネジャー又は病院が必要な情報を共有し、連携して本人・家族への適切な支援、事前準備を行いながら、円滑に在宅へ移行できるようにする。

(1) シートの概要、活用方法等

入退院共通連携シート(医療機関→ 在宅・施設)は、『安足地区(両毛二次医療圏)退院調整ルールの手引き』を参照し、活用してください。

また、入退院共通連携シートは、栃木県看護協会・とちぎケアマネジャー協会・栃木県医療社会事業協会が2013年度より栃木県から事業費補助を受け作成したものです。公益社団法人 栃木県看護協会のホームページに掲載された入退院共通連携シート作成委員会の記入例、記載時の注意点なども参考に活用してください。

3. 医療(医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護等)と介護(ケアマネジャー等)の連携シート (医療機関 ←→ 介護機関)

◆本シートの用途：在宅における主治医(かかりつけ医)とケアマネジャーの連携。

その他の医療(医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護等)と介護(ケアマネジャー・訪問看護等)の連携。

◆活用の目的：このシートを使い、介護機関と医療機関が必要な情報を共有し、医療・介護が円滑に連携しながら在宅療養を支援できるようにする。

(1) シートの概要

①本人・家族等を通してのやりとりを補完し、医療(主治医等)と介護(ケアマネジャー等)が十分な情報共有を図るためのシートです。在宅で療養中の方について、主治医あて報告・連絡・相談を行う際、または主治医からケアマネジャーへの連絡、状況確認の際など、医療・介護双方向の情報発信(返信)に使います。

②基本的に病名や診療情報そのものの照会(※)ではなく、それを踏まえた上で、在宅療養生活を支援していくためのやりとりに使うことを想定しています。

活用例を参考に、サービス担当者会議開催時など、サービス内容を見直すために有効に活用してください。(※病名や傷病の経過等の診療情報を提供してもらう必要が生じた場合は、診療報酬の対象となり、自己負担が発生する可能性がありますので、本人・家族と事前に相談してください。)

(2) 活用方法等

- ①シートは、手渡し、郵便、FAXなど適切な方法で、活用してください。
個人情報保護の観点から、FAX利用の場合は誤送信がないよう細心の注意を払ってください。氏名の一部を消す方法、事前に電話を入れ了解を得て個人情報なしで送付する方法も考えられます。
- ②可能な限りその都度本人（家族）の同意を得ながらこのシートを活用してください。
- ③ケアマネジャーは、このシートを使用し、必要時、主治医に担当ケアマネジャーである旨を伝えてください。（通院同行等で主治医と面識を持つことも大切です。）
- ④このシートで言う「主治医」とは、介護保険の主治医の意見書を記載している医師とは限りません。複数科目を受診している場合などは、必要に応じ各医師とこのシートを使って連携を図ってください。

(3) 活用例（必要と考えられるケース）

①ケアマネジャー等⇒主治医（→ケアマネジャー等）

- ・診察だけでは把握しづらい生活状況の情報伝達・相談
（→対応の指示）
（例）処方してもらった薬が飲めていない
ショートステイを利用してみたら夜間頻尿がわかった
認知症が疑われる言動等があった
- ・医療系サービス等を導入・継続するにあたり意見を求める
（→医療面からの注意事項など）
- ・状態が短期間で大きく変わった場合の連絡
（→対応の指示）
- ・必要時、利用者の担当ケアマネジャー等になった旨の連絡

②主治医⇒ケアマネジャー等（→主治医）

- ・心身状態に合わせ、特別な注意が必要な場合（必要になった場合）の連絡
（例）血圧（入浴の可否の基準等）、カロリー（食事）や水分摂取、服薬等について
（→必要に応じて経過報告）
- ・経過観察の必要な薬剤（認知症、神経内科系、下剤など）処方についての連絡（→状況把握に努めて報告）

入退院共通連携シート(在宅・施設→医療機関)

作成日

情報提供日

氏名			男性 ・ 女性	生年月日		年齢	
住所			TEL	申請中 【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】			
緊急連絡先	氏名:	(続柄:)	TEL	要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	氏名:	(続柄:)	TEL		有効期間【 ~ 】		
かかりつけ医療機関		障害認定	身体障害者手帳() 精神障害者手帳()	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
主治医			療育手帳()	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
感染症: 無・有 ()	家族構成			入院前の自宅での生活の様子等			
既往歴							
生活歴	主介護者:			在宅でのサービス利用状況			
	住民税: 課税 ・ 非課税						
	年金の種類: 国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 身障者			家屋状況	一戸建て・マンション・アパート(1階・2階以上)		
	保険の種類: その他()				段差 あり ・ なし 手すり あり ・ なし		
入院前の状況				具体的状況・その他特記事項			
栄養	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
	形態	主食 : 常食 ・ 粥 ・ ペースト					
		副食 : 普通 ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ペースト					
		とろみ : なし ・ あり ()					
方法	経口 ・ 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ・ 輸液						
	嚥下 : 良 ・ 不良 咀嚼状況 : 良 ・ 不良						
排泄	排尿	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		尿意: あり ・ なし			
	排便	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		便意: あり ・ なし			
	失禁	なし ・ あり ()					
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等					
入浴	清潔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない					
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭					
移動	歩行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		麻痺の有無 : なし ・ あり ()			
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー					
夜間の状態	睡眠	良眠 ・ 不眠 (状態)					
	睡眠薬	なし ・ ときどき ・ 常用					
認知精神面	認知症状 : なし ・ あり			【中核症状】 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 知能(判断・理解)障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害			
	専門医への受診 : なし ・ あり ()			()			
	精神状態(疾患) : なし ・ あり ()			【周辺症状】 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他			
コミュニケーション	会話 : 可 ・ やや困難 ・ 不可能 ()			聴覚 : 支障なし ・ 支障あり ()			
	褥瘡	なし ・ あり (部位)		視覚 : 支障なし ・ 支障あり ()			
口腔清潔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		体圧分散マット : 使用していた ・ 使用していなかった				
医療的処置	義歯の有無: なし ・ あり						
	<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> インスリン注射 (内容 : 回数 / 日 自己注射 可・不可) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()						
その他連絡事項							

お願い : カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。薬剤情報は別途添付してください。

事業所名 : _____ 連絡先 : TEL _____ FAX _____
 担当ケアマネジャー : _____

入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)

様式2

様

作成日:

氏名		性別		生年月日		年齢					
入院期間	~		要介護度	未申請	更新中	新規申請中	総合事業対象	非該当			
病名			要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
			身長	cm		体重	kg				
入院中の経過											
家族構成			既往歴			(本人)病気の捉え方と在宅療養に関する意向 コミュニケーション: 不可 可能 ツール: 言語 筆談 ジェスチャー 他 (家族)病気の捉え方と在宅療養に関する意向					
キーパーソン:											
連絡先:			感染症: なし あり()								
入院中の状況						在宅療養上の留意事項					
栄養	食事	自立 見守り 一部介助 全介助			食事内容: 一般食 特別食 ()						
	食形態	主食(常食 粥 ペースト)			Kcal g						
		副食(普通 ソフト食 刻み ペースト)			禁止食品:						
	方法	経口 経管栄養(鼻腔 胃ろう 腸ろう) 輸液			経管栄養の内容・量等:						
排泄	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助			カテーテル:(尿道 膀胱ろう 腎ろう) 導尿: 時間毎 サイズ: Fr 最終交換日:						
	排便	自立 見守り 一部介助 全介助			排便状況:(回1日) 排便コントロール: 不要 要						
	失禁	なし あり ()			便秘薬使用状況:						
	方法	トイレ ポータブルトイレ おむつ カテーテル等			オムツ・リハビリパンツ:(常時 夜間のみ)						
入浴	清潔	自立 一部介助 全介助 行っていない			入浴の制限: なし あり						
	方法	一般浴 シャワー浴 機械浴 清拭			体温:(度)以上中止 血圧:(mmHg)以上中止						
移動	方法	独歩 杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 ストレッチャー			リハビリの内容:						
	歩行	自立 見守り 一部介助 全介助			運動制限: なし あり ()						
	移乗	自立 見守り 一部介助 全介助									
夜間の状態	不眠	良眠 不眠 (状態:)			不眠時対応:						
	睡眠薬	なし ときどき 常用									
認知精神面*	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			認知症状: 記憶障害 幻覚/妄想 昼夜逆転 介護への抵抗							
	障害高齢者の日常生活自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			暴言/暴力 不潔行為 徘徊 その他							
褥瘡*	精神状態(疾患): なし あり ()										
	部位	d	e	s	i	g	n	p	体圧分散マット: 不要 要 マットの種類: ()		
	部位	d	e	s	i	g	n	p	体位変換: 不要 要 ()時間毎		
口腔清潔	自立 見守り 一部介助 全介助			口腔の問題: なし あり ()							
	自立 見守り 一部介助 全介助			義歯: なし あり ()							
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助			退院後必要な福祉用具							
	服薬の問題: なし あり ()										
医療的処置の有無	なし インスリン注射(自己注射: 可 不可 回数: 回)			在宅酸素 人工呼吸器							
	あり 非侵襲的人工呼吸器 (使用状況: 常時 夜間のみ 昼のみ)			中心静脈栄養 疼痛管理							
その他	喀痰吸引(回数: 回) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 その他()										

* 別紙判定基準参照

「入退院共通連携シート」の目的を説明し、情報提供について

に同意を得ました。

情報提供元の医療機関名:

所属:



記載者氏名:

責任者氏名:

栃木県看護協会・とちぎケアマネジャー協会・栃木県医療社会事業協会 入退院共通連携シート作成委員会Ver.1

【H30年3月 安足健康福祉センター改訂版】

医療と介護の連携シート

医療機関の名称 所在地 電話番号 FAX番号 主治医 様	 	介護支援事業所の名称 所在地 電話番号 FAX番号 担当居宅介護支援専門員または担当者 氏名
---	--	---

本人(家族)の同意について

連携シートを使用して連絡および、情報提供を頂く事について

- ご本人(ご家族)の同意を得ています。
- ご本人(ご家族)の心身状況等から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますので、ご連絡いたします。

◆ 利用者の情報(* 欄は「ケアマネジャー等 ⇄ 主治医の場合のみ記入)

ふりがな		生年月日	M・T・S	年	月	日
氏名					(歳)
住所		TEL				
*要介護度	事業対象者	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	申請中		
*他医受診歴	無 有 (医院 科 ・ 疾患名)					

◆ ケアマネジャー等記載欄

年 月 日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要です
<内容>							
<input type="checkbox"/> ケアプラン作成(新規・更新・区分変更・ケアプラン変更)にあたり、症状等についての確認・指示など <input type="checkbox"/> 医療系サービス等()を導入・継続するにあたり相談など <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての報告・相談など <input type="checkbox"/> 担当者になりましたのでご報告します <input type="checkbox"/> その他							

◆ 医師・歯科医師・薬剤師・訪看等記載欄

年 月 日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要です
<内容>							
<input type="checkbox"/> 電話してください 月 火 水 木 金 土の午前・午後()時頃 <input type="checkbox"/> 下記のとおり回答します <input type="checkbox"/> その他							