

函館市医療・介護連携推進協議会
情報共有ツール作業部会 第2回会議

日時：平成28年9月7日（水）18：30～
場所：総合保健センター 2階 健康教育室

【次第】

1 開 会

2 議 事

- (1) 作業部会の目的の再確認
- (2) 前回部会の発言の整理
- (3) 前回依頼した内容
- (4) 前回協議で次回までの作業で先行着手に整理した内容
- (5) 本日の作業・協議
- (6) 次回に向けた作業イメージ
- (7) 参考資料（退院支援に係る情報共有ツールの例）

3 その他

- (1) 次回の部会日程について

4 閉 会

【配付資料】

- 1 議事項目
- 2 取組工程とメンバー発言内容の対応表（情報共有ツール作業部会）
- 3 （たたき台）函館市医療・介護連携サマリー
- 4 （たたき台）応用ツール
- 5 参考資料（退院支援に係る情報共有ツールの例）
- 6 次回スケジュールの確認票

**函館市医療・介護連携推進協議会 情報共有ツール作業部会
第2回会議 出席者名簿**

※★…部会長および副部会長 ○…幹事

(敬称略)

分野	所属団体	氏名	勤務先
医療	公益社団法人 函館市医師会	○高柳 靖	公益社団法人函館市医師会 函館市医師会病院事務部
	一般社団法人 函館歯科医師会	四條 伸之	よじょう歯科医院
	一般社団法人 函館薬剤師会	星野 志津代	(有)みすず調剤薬局
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	加藤 由美子	日本赤十字社 函館赤十字病院
	道南在宅ケア研究会	岡田 晋吾	医療法人社団 守一会 北美原クリニック
	函館地域医療連携実務者協議会	★部会長 亀谷 博志	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院 総合医療支援センター 地域医療連携課
	一般社団法人 北海道医療ソーシャルワーカー協会 南支部	石井 義人	社会医療法人 高橋病院
介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	横山 文昭	指定居宅介護支援事業所 ハーモニー
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	★副部会長 松野 陽	函館市地域包括支援センター たかおか
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	吉荒 龍哉	介護老人保健施設 ケンゆのかわ
	道南訪問看護ステーション連絡協議会	保坂 明美	訪問看護ステーション フレンズ

議事項目

(1) 作業部会の目的の再確認

- ア 情報共有ツールの作成
- イ 情報共有ツールの導入支援や、導入後の検証方法の策定
- ウ 情報共有ツールの更新方法の策定
- エ ICTの検討

(2) 前回部会の発言の整理 資料2参照

- ・ 目的：情報共有ツールに関する問題意識やキーワードの抽出
- ・ 取組工程に対応させて、会議録を要約した発言内容を分類
※前回はフリートークも兼ねており、発言内容は情報共有ツールに限らない。

(3) 前回依頼した内容 ※ 前回協議により、先行着手としたものや、優先順位を下げた工程がある。

- ① 課題の認識 ～ アンケート調査結果等の詳読
- ~~② 協議会で収集したツールの内容確認とマトリクスの作成および検討着手の優先順位付け~~ → 取組項目の優先順位を下げる。
- ③ 退院支援にかかる情報共有ツールの選別，抽出
- ④ 先進地事例の退院支援に係る情報共有ツールと，函館市の同様の情報共有ツールの比較検証（函館市バージョンの作成の視点）
- ⑤ その他の模範となる事例の提供について

(4) 前回協議で次回までの作業で先行着手に整理した内容

- ・ 名古屋市の「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を軸に，基本ツールおよび基本ツールの利用に係る共通様式（記入依頼鑑文，FAX送信票など）の検討
- ・ 応用ツール（褥瘡ケア，排泄ケア，口腔ケアなど）の作成方法等検討

(5) 本日の作業・協議

- ・ 退院支援に係る基本ツールのたたき台の概要説明および意見交換
～ 資料3参照
- ・ 応用ツールのたたき台の概要説明および意見交換
～ 資料4参照
- ・ 次回部会までの作業内容
- ・ 各メンバーの作業役割分担

(6) 次回に向けた作業イメージ

- ・ 基本ツールの作成を進行
- ・ 基本ツールの具体的な利用手順・方法の構築～利用の手引き
- ・ 応用ツールの検討

(7) 参考資料（退院支援に係る情報共有ツールの例） 資料5参照

- ① 名古屋市「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」
 - ② 福岡市「入院時／退院時情報提供書」
 - ③ 福井県敦賀市「医療と介護の連携シート」
 - ④ 兵庫県西宮市「みやっこケアシート」
 - ⑤ 石川県小松市「医療・介護連携に関する様式集」
 - ⑥ 福島県：県中医療圏「入院時情報提供シート」，「退院調整共有情報」
 - ⑦ 鹿児島県：鹿児島保健医療圏「入院時情報提供シート」，「退院支援情報共有シート」
- ※ 「主治医意見書」（H21.9.30 厚生労働省老健局長通知：別添3）

取組工程とメンバー発言内容の対応表(情報共有ツール作業部会)

① 課題の認識 ～ アンケート調査結果等の詳読	
発言者	発言内容
岡田:	情報共有の様式が統一されていないと、それぞれを見るのは面倒。どこに何が書かれているのかを理解しなければならない手間がある。同一の内容の記述が、様式の別により、書かれている場所や表現が変わり、それを読み解くことはかなりストレス。
加藤:	資料のアンケート結果は丁寧に調査されていると思う。多くの声が集約されていると感じる。
加藤:	様式の統一はすごく有効。誰が見ても同じように書いてあったら、同じように等しく理解できる。
星野:	例えば、個人的な経験では、ケアマネジャーとの情報共有の場面でも、お互いに必要な情報の内容や、保有している情報の内容を理解していない。
星野:	函館市で統一された共通様式があれば、新規の薬局もすぐとつきやすくなると思う。
横山: ケアマネ	私たちの方から医師にお願いする書類は、すごく多い時がある。簡単な書面のやりとりだけでは、本当に簡単な返信の内容となり、また、内容が理解できないことがある。私たちは正直、医療知識が少ない。どうしても詳しく教えてほしい、情報量が多くなることもある。
松野:	情報共有ツールについて、地域包括支援センターの場合は、「急変時の対応」の局面で情報収集が必要な場合での関連がある。例えば、相談者から「ちょっと調子悪い」という訴えがあった場合、少ない情報しか無い場合が多い。この場合、基本となる情報があることがありがたい場面である。情報が無い場合、MSWに依頼して情報提供して頂くことが多くある。
松野:	また、「退院支援」の局面で、退院前に病院サイドの看護師から在宅療養の注意点などの情報を聞くことがあるが、病院サイドでは、患者の在宅の状況を把握していない場合がすごく多い。
松野:	実際、在宅の状況がゴミ屋敷になっていることもあるなど、せっかく治療して在宅に戻ってきても、在宅の状況が療養に適さず、自宅に戻ったら同じことを繰り返してしまう懸念など、病院サイドと情報共有、情報交換し状況を改善していきたい思いがある。その際に、共通の情報共有ツールでやり取りできれば望ましいと考えている。
② 協議会で収集したツールの内容確認とマトリクスの作成および検討着手の優先順位付け	
発言者	発言内容
小棚木:	「退院支援」に関するツールの検討を優先し、具体的に名古屋市の様式をベースにするという進め方、方向性だと理解した。
小棚木:	一方、他の局面や場面の、情報共有ツールの状況把握や検討の優先順位についても、優先順位付けしたり、取組の優先度を図っていったり、ということも、一方では取り組まなければならない作業だと考えている。
亀谷:	その必要もあると考えるが、次回の部会については、まずは、順を追って取り組みたい。
③ 退院支援にかかる情報共有ツールの選別、抽出	
④ 先進地事例の退院支援に係る情報共有ツールと、函館市の同様の情報共有ツールの比較検証(函館市バージョンの作成の視点)	
発言者	発言内容
岡田:	名古屋市の「在宅医療・介護連携サマリー」のような様式は、最低限の情報が大体集約されている。こういう様式をまず作って、みんなで使っていけばいいと思う。ただし、あまり詳細な情報にすると面倒になるので、最低限の情報でいい。
加藤:	名古屋市の様式について、この情報量で患者の様子がどれだけ伝達できるのか、検証しなければならないと思うが、作業量の予想が果てしないように感じている。
保坂:	名古屋市の様式や、訪問看護の看看連携の様式などを参照し、病院サイドと在宅サイドの双方で必要な最低限の情報を網羅した情報共有の様式を作成し、各医療機関、事業所で運用するというのであれば、先が見えてくる。
松野:	ケアマネジャーからの立場では、入退院の際、病院サイドへ提供すべき適切な情報の内容などがわからないことが多い。その中でこのツールはすごく大事だと思う。
高柳:	時間が限られているので、情報共有ツールを形成するには、先進地事例を模範として、アレンジすることが有効な手法だと思う。
亀谷:	先進地事例のようなツールを、ゼロからオリジナルで作る作業をしようとすれば、1年以上はかかると思う。

亀谷:	情報共有ツール作業部会では、先進地事例として提示されている名古屋市のようなパターンの様式の、函館市バージョンの情報共有ツールの作成に着手するという事によろしいか。
亀谷:	一つの目標としては、今年度内に、この情報共有ツールを作るということで進めていきたい。
岡田:	先進地事例が既に提示されており、次回までに具体的な様式の検討を持ち越すものではないと考える。
亀谷:	それでは、協議のスピードを少し早めて、資料中、先進地事例として提示した名古屋市の「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を軸に検討していくこととしたい。
亀谷:	次回の部会開催予定が9月であり、その前までに、様式の具体的な原案を関係者間の協議(部会長、副部会長、幹事、事務局その他関係者)で作成し、次回の部会に提案する進め方としたい。
亀谷:	方針は、基本ツールを作成し、派生ツール(褥瘡ケア、排泄ケア、口腔ケアなど)の検討を行うこととする。
松野:	名古屋市の様式にも、ベースとなるひな型が存在する。
保坂:	主治医意見書の内容に、項目が追加されていると思う。
岡田:	ほとんど主治医意見書の1枚目。
保坂:	連携サマリーだから、両方の立場で使える、双方向的な内容の様式が望ましいと思う。
岡田:	介護保険の主治医意見書にある程度流用できるような情報項目があることが望ましい。
保坂:	この様式が運用されたら、介護保険の申請の要否について、あらかじめ医師と情報共有できるかもしれない。
岡田:	退院前カンファレンスの前にあらかじめこの様式が作成されていると、要点が容易にわかる。介護保険の関係書類の作成もスムーズとなる。名古屋市の様式は、コンパクトな割には、情報が入っていると思う。
亀谷:	名古屋市ベースの函館バージョンの様式の原案について、皆様には9月の前までに連絡し提示するので、内容を確認しフィードバック頂きたい。
岡田:	「介護支援専門員→病院」という表示を消しても、そのまま使えるレベル。
保坂:	職種を絞り込まない方がいい。
⑤ その他の模範となる事例の提供について	
発言者	発言内容
岡田:	※メールでの情報提供 お疲れ様です。帰っているいろいろ見てましたが、以下のHPにいくつか連携ツールとかが載っています。基本は名古屋のもので良いと思いますが、それを補助するツールとか参考になるかも知れませんか。 http://www.city.tsuruga.lg.jp/kenko_fukushi/tiikihokatsushien/zaitaku_iryu_kaigo/renkeituru.html (福井県敦賀市) http://www.nishi.or.jp/contents/0003522300030010800652.html (兵庫県西宮市) http://www.city.komatsu.lg.jp/13624.htm (石川県小松市)
⑥ 退院支援に係る情報共有ツールの作成(基本ツールと応用ツール)	
発言者	発言内容
石井:MSW	病院サイドが保有する患者の情報は多い。ただし、それを効率良く在宅の方に情報提供できているかどうかは自信がない。在宅サイドに何でもかんでも情報提供することは、量だけが増えてしまい効率的ではない。コンパクトな情報共有の様式にするイメージを共有したい。
保坂:	情報提供する側と、情報提供される側の、それぞれ必要な情報量のボリュームが不明。
岡田:	全ての情報を網羅する様式にすると、莫大な情報量になってしまい大変である。
岡田:	例えば、栄養指導や口腔ケアなどが必要な場合では、基本の様式(サマリー)でまず情報を共有し、その情報だけでは不足する場合、栄養指導などに関するサマリーを別途追加で依頼するなどの運用でいいと思う。排泄ケアの場合も同様だと思う。一律に、全患者に関して排泄ケアに関するサマリーを作成し情報提供する必要はない。また例えば、摂食・嚥下レベルを測定する「藤島のなんとか分類」を情報提供されても、知らない人は意味が分からない。
岡田:	「患者がどういう人かわからないから全部の情報をください」というわけにはいかない。それをやると、まとまらないと思う。
岡田:	例えば、褥瘡のWOCの人たちや、排泄のWOCの人たちに、この地域で共通で使えるサマリーを作ってもらえれば、見やすいし、処置のし易さもわかりやすい。専門のナースたちは、作りたくて仕方がないと思う。関わってくれると思う。

岡田:	また、各医療機関や事業所で別々にその専門のサマリーの様式を作るのは面倒。
亀谷:	最低限の共通様式から枝葉の共通様式へ、という流れであれば、まずは、今年度内に最低限の基本的な共通様式を作って、その枝葉になる共通様式を、メンバーの各所属団体に作成依頼し、協働してやっていくという流れが見えてきたように思う。
四條:	基本的な情報共有の様式、ツールは必要。
四條:	先日、在宅歯科医療連携室に、資料として12枚の大量のFAXが情報提供として送られてきたが、在宅医科診療に必要な情報は、氏名、住所、肢体の状況、服薬の状況程度でいい。
四條:	まずは基本的なツールで情報共有し、不足する情報を追加で連絡し合うという方法が、一番現実的でやりやすい。
横山: ケアマネ	基本的な共通様式と、特に教えてほしい内容を肉付けした共通様式をやりとりし、分からない部分があれば再度やりとりするという流れが一番いいと思う。
亀谷:	ケアマネジャーの立場では、経験則であるが、医師との情報共有の場面では、情報提供不足で迷惑をかけないように、情報を絞り込むことなく、全ての情報をできるだけ提供するというスタンスになりがちである。
亀谷:	やはり、基本的なツールに、追加して必要なツールを加えるというやり方が理想。
亀谷:	ケアマネジャーの労力として、最初から莫大な情報量の書面を作成するための作業時間を要するよりは、ある程度コンパクトなものから初めて、必要な情報だけを加えるというツールの方が、業務の効率化につながると思う。
吉荒: 訪リハ	情報共有の場面では、普段から情報の取捨選択は自然に行われている部分もあると思うが、基本的なシンプルなツールをしっかりと作るという考え方は全くその通りだと思う。
吉荒: 訪リハ	基本的なツール、シートそのものに追加情報を加える作りになってしまうと、情報量が莫大な1シートとなってしまふ。
吉荒: 訪リハ	キーワードとしてICTがあるが、その画面参照のリンクのように、追加する情報のシートを別のペーパーにするなど、情報の取捨選択を簡略にできるような作りにはできないかと考える。
亀谷:	ツールに関して、まずは最低限必要な基本的なツールを作成し、それを柱として、枝葉のツールを作成し発展させる方向性で取り組む。
亀谷:	そして、各団体でそのツールを標準として実際に使用して頂き、ブラッシュアップするのが、今後の基本的な考え方、進め方となるものと考えている。
亀谷:	方針は、基本ツールを作成し、派生ツール(褥瘡ケア、排泄ケア、口腔ケアなど)の検討を行うこととする。
岡田:	メールで様式の前案を提示し意見交換することで、協議は可能。
岡田:	そのメールでの協議の中で、褥瘡ケア、排泄ケアなどの個別のサマリーの情報共有ツールの提案があれば、それをどのメンバーに取り組んでもらうかとか、協議を進めていけると思う。
⑦ 退院支援に係る情報共有ツール以外のツールの優先順位付けの確認	
発言者	発言内容
松野:	「退院支援」に関する情報共有ツールの検討を優先するということだが、最終的には、現実には色々な局面で困っている様々な場面があるので、この部会が組織されている期間中に全ての問題を解決することは難しくても、今後設置される函館市医療・介護連携支援センターへ取組を引継ぎ、継続した検討がなされることを期待している。
⑧ 他部会・分科会との協議の要否の確認	
発言者	発言内容
亀谷:	ただし、「退院支援」に関する情報共有ツールを検討する場合、並行して開催される退院支援分科会の動きも見据えなければならぬと考えるが、この点についてご意見を伺いたい。
岡田:	情報共有ツールの検討・作成作業は、こちらの部会で進めて構わないと考える。
岡田:	「退院支援」の一連の流れ、例えば退院前カンファレンスや、連携エチケットのような連携ルールは退院支援分科会でまとめてもらうことでいい。
岡田:	別々に動いても支障はないものと考えている。こちらで作成する情報共有ツールを提供したら、退院支援分科会でも使ってもらえると思う。

⑨ ICTについて(ICTツールは何ができるのか)	
発言者	発言内容
吉荒：訪リハ	キーワードとしてICTがあるが、その画面参照のリンクのように、追加する情報のシートを別のペーパーにするなど、情報の取捨選択を簡略にできるような作りにできないかと考える。
⑩ 作成した情報共有ツールをどのように導入支援、伝播させるかという方法論の構築	
発言者	発言内容
岡田：	共通様式の運用に関しては、利用方法などの研修が必要。
岡田：	褥瘡の人がいる施設や、訪問看護師さん達を対象に、共通様式を作成した者が、その運用マニュアルを作成し、研修を担ってもらえればいい。
保坂：	一緒に作っていくという形を取れば可能。
加藤：	喜ばれます。
岡田：	この情報共有ツール作業部会が主催で研修会を開催するとか、例えば排泄ケア研修会というのをやってもらえれば、医療・介護の関係者が参加できると思う。ツールと一緒に繋がっていく。
⑪ 作成した情報共有ツールの更新方法の構築	
発言者	発言内容
その他	
発言者	発言内容
亀谷：	多様にある情報共有ツールの中で、函館方式という形で標準化し、アウトプットとして形にしていきたい。
亀谷：	センター準備室が10月に立ち上がり、今年度内には一定程度情報共有ツールを形にしていきたい。
亀谷：	「退院支援」の流れが、この情報共有ツールに関して大事だと思っている。
亀谷：	おそらく、作業量から考えると、この部会の中でもさらに分科会が必要になってくるものと思われる。
石井：MSW	次回までに、北海道医療ソーシャルワーカー協会南支部の中で意見を取りまとめるのにあたり、私どもの会員は、それぞれ色々な機能を持つ病院に所属しており、意見の集約が難しいと感じる。
加藤：	私は、この部会のほかに、排泄ケアに関する部会にも参加しており、そこでも情報共有ツールの作成に取り組む動きがある
加藤：	それも合わせ、一緒に取り組むことができればいいと感じている。
星野：	正直、薬局は手探り状態。
四條：	在宅歯科診療の場面で、情報共有に関し、書面でのやり取りはあまり行われていない。実際に現場へ赴き、実技指導をして情報を伝える感じである。
四條：	歯科の場合は、基本的には実際に口の中を見ないと判断できない。現場で実際に情報共有、情報交換したい。文書での情報共有は、歯科にはあまりなじまないように思っている。
亀谷：	患者さんの局面によっては、書面での情報共有にはなじまないことがあるということですね。
亀谷：	情報共有ツールの効果として、相互理解により関係者間に一定程度のモラルができるということも、大きい要素だと思う。
亀谷：	多職種連携の中では、「医療機関は敷居が高く連携が難しい」と言われ続けてきている。それを取り払うには、双方でお互いに共通運用するツールの存在は非常に有効だろうと思う。
高柳：	情報共有ツールの取組に関しては、以前からの懸案であり、各関係団体でも独自に取り組まれてきたツールもあることと思う。
高柳：	なかなか浸透してこなかった原因は、一部の関係者や、限られた関係者間での合意や運用でしかなかったからだと個人的には考えている。
高柳：	全市的な規模でのこのような取組みはこれまでない。
高柳：	取組の過程では、各メンバーから各団体に案件を持ち帰っていただき、各団体での意見交換や合意形成を頂くことが必要であり、その結果を部会に持ち寄っていただいで協議していくことにより、より最適化された長続きするツールが形成されると思う。
亀谷：	おそらく、各団体でそういう試みはなされていたと思う。それを、今日のこのような、各団体の代表がお集まりの部会で提案できればいいと考える。

函館市在宅医療・介護連携サマリー

入院先の医療機関等名称	様	当該利用者についての情報の提供および取得は、下記同意者の同意の上行っています。	発行日 (面談日)	平成	年	月	日
		同意者氏名	入院日 (退院日)	平成	年	月	日

(ふりがな) 利用者氏名	生年・性別等	<input type="checkbox"/> 明治 年	<input type="checkbox"/> 大正 月	<input type="checkbox"/> 昭和 日生 日	生活保護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等 認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患	<input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神(級)
要介護度	認定有効期間	年	月	日	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)		認知症高齢者日常生活自立度	
医療保険種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者	公費の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
現住所	住居		<input type="checkbox"/> 戸建(階)	<input type="checkbox"/> アパート(階)	<input type="checkbox"/> マンション(階)	※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()							
主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話		就労状況		健康状態	
キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話		緊急連絡先			

医療情報(受診中の診療科)

受診中の診療科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()
---------	---	---

身体・生活機能等

評価日		平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()	具体的内容		
褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)			
視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> 判断不能	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 大声ならなんとか聞こえる <input type="checkbox"/> 判断不能	補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩			
認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 抑うつ・不安	<input type="checkbox"/> その他()
睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害()	眠剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩			
起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 介助が必要	<input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 介助が必要	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす	
食事摂取	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分ロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
口腔	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	義歯使用	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 義歯不要		
排泄	排尿介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	Pトイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
	排便介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	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		
特別な医療	<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法(/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養(○ 経鼻 ○ 胃ろう : チューブサイズ : 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル(サイズ : 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> ドレーン(部位:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(○ 陽圧式 ○ 陰圧式 : 設定) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ(サイズ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()					
介護上、特に注意すべき点等				介護・看取りに関する本人・家族の意向等		

本サマリーの記入者

所属		担当		住所	
電話		FAX		Eメール	
				ケアプラン	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未

応用ツール（たたき台）

- 1 在宅自己注射（インスリン療法）管理
- 2 癌末期疼痛管理
- 3 気管カニューレ管理
- 4 在宅経管栄養法管理
- 5 在宅酸素療法管理
- 6 在宅自己導尿管管理
- 7 在宅人工呼吸療法管理
- 8 人工肛門・人工膀胱管理
- 9 腎瘻・尿管皮膚瘻（有カテーテル尿路変更）管理
- 10 在宅中心静脈栄養法管理
- 11 糖尿病内服治療管理
- 12 在宅自己腹膜灌流管理
- 13 膀胱留置カテーテル管理
- 14 褥瘡管理

平成 年 月 日

在宅自己注射（インスリン療法）管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者のインスリン療法の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.実施理由 _____
- 4.実施開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.経口薬 1) なし
2) あり：薬剤名（ _____ ）量（ _____ ）服用法（ _____ ）
 薬剤名（ _____ ）量（ _____ ）服用法（ _____ ）
- 6.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
- 7.使用薬剤および投与量・投与方法
インスリン名（ _____ ）
量（ _____ ） 単位/回
回数（ _____ ） 回/日
- 8.使用器具および提供数
注射器（シリンジ・ペン型） 針（ペンニードル）（ _____ 本/月）
自己血糖測定器 穿刺具
針（ _____ 本/月） チップ（ _____ 個/月） その他（針廃棄）
- 9.消毒薬・衛生材料
カット綿（ _____ 枚× _____ パック） 滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック）
消毒液（アルコール・他）（ _____ ml）
- 10.事前協議事項
1) 明らかな低血糖発作時の対処方法
2) 食事がとれないときのインスリン量
3) その他
4) 緊急時の対応方法
- 11.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

癌末期疼痛管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の癌末期疼痛の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.開始理由 _____
- 4.開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.鎮痛剤による過敏症の既往 1) あり 2) なし
- 6.経口摂取 1) 可 2) 否
- 7.訪問開始時の自己管理能力 (該当するものに○)
 - 1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完 (代行)
- 8.使用薬剤の種類・投与量 (提供機関 _____)

鎮痛剤の種類 (_____)	鎮痛補助剤の種類 (_____)
投与量 (_____)	投与量 (_____)
投与回数 (_____)	投与回数 (_____)

 その他の薬剤 (生理食塩水を含む)
- 9.使用器具・交換頻度・提供数 (提供機関 _____)

輸液回路 (_____)	セット/月	インフューザーポンプ (_____)	セット
注射器・注射針 (_____)	セット/月	その他	
交換頻度 (_____)			
- 10.消毒薬・衛生材料 (提供機関 _____)

滅菌綿棒 (_____)	本/月	絆創膏 (_____)	個/月
滅菌ガーゼ (_____ 枚× _____)	パック/月	消毒液 (_____)	ml/月
その他			
- 11.投与方法 (該当するものに○)
 - 1) 経口 2) 経腸 3) 持続皮下注 4) その他 (_____)
- 12.事前協議事項
 - 1) 痛みが増強したときの対応方法
 - 2) 副作用に対する対応方法
 - 3) その他
 - 4) 緊急時の対応方法
- 13.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

気管カニューレ管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の気管カニューレの管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.設置理由 _____

4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

- 1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
 その他特記事項

6.経口摂取 1) 可 2) 不可

7.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）

カニューレの名称（ _____ ）

交換頻度（ _____ 週に _____ 回）

カニューレの数（ _____ 本）

カフ用注射器（ _____ 個）

8.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）

滅菌綿棒（ _____ 本）

滅菌Yガーゼ（ _____ 個）

絆創膏（ _____ ）

消毒液（薬品名： _____ 本）

9.事前協議事項

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

10.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

在宅経管栄養法管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の在宅経管栄養法の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.開始理由 _____
経口摂取 1) 可 2) 否
- 4.開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
- 6.使用栄養剤・注入量（提供機関 _____）
栄養剤名（ _____ ）
注入量 _____
その他：水分などの注入量 _____
- 7.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）
1) カテーテル法の場合：
2) 胃瘻法の場合：
カテーテル（種類 _____ 太さ _____ Fr）
イルリガートル _____
注射器 _____
その他 _____
- 8.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）
- 9.注入方法（該当するものに○）
1) 回数（ _____ 回／1日） 2) 1回の注入量（ _____ ml／回）
3) 1回の注入時間（ _____ 分／回）（または _____ ml／時間）
- 10.事前協議事項
1) 滴下不良の場合の対応方法
2) その他
3) 緊急時の対応方法
- 11.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

在宅酸素療法管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の在宅酸素療法の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.設置理由（該当するものに○）
- 1) 動脈血酸素分圧 55mmHg 以下および動脈血酸素分圧 60mmHg 以下で、睡眠時または運動負荷時に著しい低酸素血症をきたす場合
 - 2) 経皮的動脈血酸素飽和度 (_____)
 - 3) その他 (_____)
- 4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
- 1) 自己管理可 2) 介護者による管理可 3) 指導のみ
- 6.使用機器（該当するものに○）（提供機関 _____）
- 設置型の場合
- 酸素ポンペ
 - 吸着型酸素濃縮装置
 - 膜型酸素濃縮装置
 - 液化酸素装置
- 携帯型の場合
- 携帯用酸素ポンペ
 - 携帯型液化酸素装置
- 7.投与方法（該当するものに○）
- 1) 持続 2) 間欠 (_____ 時間 / 1日 動作時 睡眠時 他 _____)
 - 3) 酸素吸入量 (_____ L / 分)
- 8.事前協議事項
- 1) 呼吸困難増強時
 - 2) その他
 - 3) 緊急時の対応方法
- 9.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

在宅自己導尿管管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の在宅自己導尿管の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.開始理由・障害状況（あれば障害者手帳等級内容） _____
- 4.開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____
- 5.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
- 1）自己管理可 2）自己管理＋一部家族管理 3）家族管理
4）指導および実施の一部補充 5）全面的補充（代行）
- 6.使用薬剤・投与量
- 自律神経作用薬剤（薬剤名： _____ 投与量： _____ /日）
- 抗生剤（薬剤名： _____ 投与量： _____ /日）
- その他（薬剤名： _____ 投与量： _____ /日）
- 7.使用器具・提供数
- ディスポカテーテル
（商品名： _____ Fr. _____ 本または _____ 箱/日）
- リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿管用セット
（商品名またはタイプ： _____ Fr. _____ 本または _____ 箱/日）
- 上記を代用するカテーテル類
（商品名またはタイプ： _____ Fr. _____ 本または _____ 箱/日）
- 8.消毒薬・衛生材料
- 潤滑剤：キシロカインゼリー・滅菌グリセリン（ _____ 本・個/日）
- 消毒液：リューザブルカテーテル・自己導尿管用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの
（消毒液名： _____ 本）
- 手指消毒薬（消毒液名： _____ 本）
- 9.1回尿量（ _____ ml 以下）
- 10.自己導尿管回数指示（1日 _____ 回 _____ 時間ごと）
- 11.自己導尿管カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度（1回/ _____ 日）
- 12.事前協議事項
- 1）自己導尿管が本人では不可能な場合に誰が施行するか
2）その他
3）緊急時の対応方法
- 13.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

在宅人工呼吸療法管理連携ツール

(筋萎縮性側索硬化症療養者－経気管陽圧法)

医師の包括的指示にもとづき、在宅人工呼吸（筋萎縮性側索硬化症療養者－経気管陽圧法）療養者の人工呼吸の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.設置理由 _____

4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.訪問看護ステーションの管理（該当するものに○）

1) 指導のみ 2) 指導および実施の一部補完 3) 全面的補完（代行）

6.使用薬剤・投与量（提供機関 _____)

(薬剤名: _____ 投与量: _____ /日)

7.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____)

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

8.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____)

滅菌綿球	個	吸引チューブ	, 本
滅菌ガーゼ（Yカット）	枚	消毒液（気切用）	, 本
絆創膏	個	消毒液（回路用）	, 本
		滅菌蒸留水	ml 本

9.人工呼吸器等設定

使用時間	時 分～		時 分まで			
モード		呼気時間	秒	気道内圧下限	cmH ₂ O	
1回換気量	ml	呼気流量	L/分	気道内圧上限	cmH ₂ O	
呼吸回数	回/分	感度	cmH ₂ O	加温加湿器設定		
I/E比	1 :	秒	気道内圧	～ cmH ₂ O	酸素量	ml/分

10.事前協議事項

- 1) _____ の場合の対応方法
- 2) その他
- 3) 緊急時の対応方法

11.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

人工肛門・人工膀胱管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の人工肛門・人工膀胱の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.ストーマ造設の原因となった疾患およびストーマの種類

疾患名： _____

ストーマの種類： _____

造設日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

4.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1) 自己管理可 | 2) 指導のみ |
| 3) 指導および実施の一部補完 | 4) 全面的補完（代行） |

その他特記事項：

5.使用装具・装具交換状況、装具購入方法（購入場所 _____）

1) 装具名：

2) 装具交換状況： _____ 回／週 あるいは _____ 日毎に交換

3) その他使用材料

6.事前協議事項

7.緊急時の対応方法

8.期限 次回変更日まで

病院名 _____ 担当者 _____

平成 年 月 日

腎瘻・尿管皮膚瘻（有カテーテル尿路変更）管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の腎瘻・尿路皮膚瘻の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.設置理由 _____
- 4.造設日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
 - 1）自己管理可 2）指導のみ 3）指導および実施の一部補完 4）全面的補完（代行）
 その他特記事項 _____
- 6.使用器具・交換頻度・数量（提供機関 _____）

カテーテル（ _____ ）	カテーテルチップ（ _____ ）
集尿装具（パウチ、バッグ等）（ _____ ）	
注射器（ _____ ）	注射針（ _____ ）
滅菌コップ（ _____ ）	
- 7.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）

生理食塩水（ _____ ）	ガーゼ（ _____ ）
ガーゼ付絆創膏（ _____ ）	テープ（ _____ ）
消毒薬（ _____ ）	
- 8.腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法
 - 1）回数 _____ 2）量 _____
 - 3）手技等 _____
- 9.事前協議事項
 - 1）カテーテルが抜けた場合の対応 _____
 - 2）カテーテルがつまった場合の対応 _____
 - 3）血尿の場合の対応 _____
 - 4）その他 _____
 - 5）緊急時の対応方法 _____
- 10.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

在宅中心静脈栄養法管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の在宅中心静脈栄養法の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.設置理由 _____
- 4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.カテーテル感染の既往 1) あり 2) なし
- 6.経口摂取 1) 可 2) 否
- 7.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
 1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
- 8.使用薬剤・投与量（提供機関 _____）
 輸液基剤（ _____ ） 抗凝固剤（ _____ ）
 ビタミン剤（ _____ ） 生理食塩水（ _____ ）
 脂肪乳剤（ _____ ） その他（ _____ ）
- 9.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）
 輸液回路（ _____ セット） インジェクションプラグ（ _____ 個）
 フィルター（ _____ 個） ヒューバー針（ _____ 本）
 注射器・注射針（ _____ セット） その他：
- 10.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）
 滅菌綿棒（ _____ 本） 絆創膏（ _____ 個）
 滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック） 消毒液（ _____ ml）
 その他：
- 11.投与方法（該当するものに○）
 1) 持続 2) 間欠（ _____ 時間／1日 他 _____ ） 3) 注入速度（ _____ ml／時間）
- 12.事前協議事項
 1) 滴下不良の場合の対応方法
 2) その他
 3) 緊急時の対応方法
- 13.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

糖尿病内服治療管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の糖尿病内服治療の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.実施理由 _____

4.実施開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.経口薬の内容（薬剤名・量・服用法など）

6.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）

7. 事前協議事項

1) 明らかな低血糖発作時の対処方法

2) 食事がとれないときのインスリン量

3) その他

4) 緊急時の対応方法

8.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

在宅自己腹膜灌流管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の自己腹膜灌流の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.設置理由 _____

4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.カテーテル感染の既往 1) あり 2) なし

6.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面補完（代行）

7.使用薬剤・投与量・回数（提供機関 _____）

透析液（ _____ ）液量（ _____ ml）貯留時間（ _____ 時間）交換回数（ _____ ）

透析液（ _____ ）液量（ _____ ml）貯留時間（ _____ 時間）交換回数（ _____ ）

8.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）

バッグ交換システム

メーカー： _____ 種類： _____ セット _____

その他： _____

9.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）

消毒薬（ _____ ml）綿棒（ _____ 本）

滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック）絆創膏（ _____ 個）

Y字カットガーゼ（ _____ 枚× _____ パック）

その他： _____

10.事前協議事項

1) 排液が清澄でないときの対応方法

（洗浄方法、洗浄液の種類、回数、排液の保存）

2) カテーテル出口部に軽度発赤がある場合の対応方法

（入浴の可否・方法の変更、消毒回数の変更、消毒方法の変更）

3) 除水量が不十分な場合の対応方法

（塩分・水分制限、透析液交換回数・濃度の変更）

4) 緊急時の対応方法

11.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

膀胱留置カテーテル管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の膀胱留置カテーテルの管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.設置理由 _____
- 4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.留置カテーテル感染の既往 1) あり 2) なし
- 6.経口摂取 1) 可 2) 否
- 7.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
 1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
- 8.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）
 尿道カテーテル 号数（ _____ セット）
 蓄尿袋 （ _____ 個）
 固定液 （ _____ ）
 注射器 （ _____ ）
- 9.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）
 滅菌綿棒（ _____ 本） 絆創膏（ _____ 個）
 消毒液（ _____ ml） 潤滑油（ _____ ）
- 10.カテーテル交換（該当するものに○）
 月・週 _____ 回
- 11.事前協議事項
 1) 尿道カテーテル閉塞の場合の対応方法
 2) 膀胱洗浄の有無と方法
 3) 膀胱訓練の施行
 4) その他
 5) 緊急時の対応方法
- 12.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

褥瘡管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の褥瘡の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1）自己管理可 2）指導のみ 3）指導および実施の一部補完 4）全面的補完（代行）

4.療養者の活動性・可動性

5.療養者の栄養状態

6-1.褥瘡の位置・ステージ 位置 _____ ステージ _____

現在の使用薬剤および投与量（提供機関） _____)
消毒薬・ドレッシング材の種類・数（提供機関） _____)
使用器具・提供数（提供機関） _____)
褥瘡処置回数 _____
上記薬剤および材料の要継続期間（推定） _____
上記使用器具の要継続期間（推定） _____

6-2.褥瘡の位置・ステージ 位置 _____ ステージ _____

現在の使用薬剤および投与量（提供機関） _____)
消毒薬・ドレッシング材の種類・数（提供機関） _____)
使用器具・提供数（提供機関） _____)
褥瘡処置回数 _____
上記薬剤および材料の要継続期間（推定） _____
上記使用器具の要継続期間（推定） _____

7.事前協議事項

1）褥瘡の状態変更時の対応方法

2）その他

3）緊急時の対応方法

8.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

① 名古屋市「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー

【介護支援専門員 → 医療機関】

(1)入院先の医療機関等名称	当該利用者についての情報の提供及び取得は、下記同意者の同意の上行っています。	(2)発行日 (面談日)	平成 年 月 日
様	同意者氏名	(3)入院日 (退院日)	平成 年 月 日

(4)利用者氏名 (ふりがな)	(5)生年・性別等	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (満 歳)	(6)生活保護	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(7)障害等認定	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 身障(療育) <input type="checkbox"/> 精神(級) <input type="checkbox"/> 特定疾患
(8)要介護度	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)		(10)認知症高齢者日常生活自立度	
(0)医療保険種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他	(0)公費の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()			
(12)同居家族	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子の配偶者	(13)住居	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション(階)	(エレベータ: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)		
(14)主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	就労状況	健康状態	
(15)キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	(16)緊急連絡先		

(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)

主病名	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1					
2					
3					

身体・生活機能等		(18)評価日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時	地域生活期 <input type="checkbox"/> その他 ()
(19)麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢	(50)具体的内容	
(20)褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(部位:)	(21)皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()		
(22)視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見え無い <input type="checkbox"/> 判断不能	(23)眼鏡	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(24)聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 大声なら何とか聞こえる <input type="checkbox"/> 判断不能	(25)補聴器	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(26)意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	(27)失語症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明		
(28)認知症症状	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()				
(29)睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害()	(30)眠剤	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩		
(31)起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	(32)移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子		
(34)食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	(35)水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(36)食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(37)食事制限	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(40)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	(39)義歯使用	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 義歯不要		
(42)排尿介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(45)トイレ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
(44)排便介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(46)オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
(47)衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(48)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		
(48)特別な医療	<input type="checkbox"/> 1.自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 2.透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3.酸素療法 (/min) <input type="checkbox"/> 4.吸引器 <input type="checkbox"/> 5.中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6.輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7.経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経胃: チューブサイズ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8.留置カテーテル (サイズ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8-1.間欠導尿 <input type="checkbox"/> 11.ドレーン (部位 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 9.人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式: 設定 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ (サイズ <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 12.人工肛門 <input type="checkbox"/> 13.人工膀胱 <input type="checkbox"/> 14.その他 (<input type="checkbox"/>)				
(51)介護上、特に注意すべき点等			(52)介護・看取りに関する本人・家族の意向等		

(53)本サマリーの記入者

所属	担当	住所
電話	FAX	Eメール
		(54)ケアプラン <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未

※ケアプランの第3表(週間サービス計画表)を添付してください。

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー使用上の留意点

1 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方（入院時）

本サマリーは、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、入院先の医療機関に送付するものです。

2 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方（退院・退所時）

本サマリーは、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、入院先の医療機関または入所先の施設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。

3 個人情報の取り扱いについて

本サマリーには、利用者等の身体機能等、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。

本サマリ－の記入及び送付に当たっては、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。また、情報の取得についても、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。

特に、本サマリーをFAX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、医療機関のほうで氏名を記入してもらう等の配慮に努めることが望ましいでしょう。

また、本サマリーは、利用者（患者）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 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の記入頻度等について

利用者の入院時に迅速に対応できるという点から、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況を本サマリーに記入し、保管しておくことが望ましいでしょう。

また、月一回のモニタリングの際、本サマリーをモニタリングシートとして使用することもできます。

ただし、利用者の身体機能等に変化があった場合には、その都度、本サマリーに直近の情報を記入してください。

なお、認定調査結果や主治医意見書等を参考に本サマリー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、直近の情報が異なる場合には、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（患者）が入院した際、居宅介護支援事業所等の担当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連絡体制を整備しておくことが望ましいでしょう。

また、利用者（患者）及び家族等には、日頃から本サマリ－の趣旨を説明し、利用者（患者）が入院した際には医療機関に対し情報提供を行うことや医療機関等から情報収集を行うことについて同意を得ておくことが望ましいでしょう。

6 入院先の医療機関への送付について

利用者（患者）が入院した際、利用者（患者）が入院してから7日以内を目安に本サマリーを医療機関に持参または郵送、FAX等により送付してください。

また、サマリーを送付した際は、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27年4月1日△△病院に入院。平成27年4月2日△△病院に名古屋市在宅医療・介護連携サマリーを送付し情報提供した」

なお、サマリーを送付する際の手段（郵送、FAX等）や、医療機関がサマリーを受領したか否かを確認する際の手段（電話、FAX等）については、あらかじめ医療機関へ確認しておくことが望ましいでしょう。

7 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の取り扱い留意事項

医療情報については、主治医の医療機関等に直接確認したり、診療情報提供書等で確認したりして内容の確認をするようにしてください。

② 福岡市「入院時／退院時情報提供書」

入院時/退院時情報提供書

様式1

御中
以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

～退院に向けてのお願い～
1)退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。
2)必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日(歳)
住所	TEL	家族構成 (同居家族は○で囲む ★キーパーソン)	
緊急連絡先	続柄() TEL 自宅 携帯		
	続柄() TEL 自宅 携帯		
住宅環境	一戸建て・集合住宅(階)・エレベーター(有・無)		
経済状況	年金 有()・無 その他() 生活保護(担当CW)		
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中(新規・更新・区分変更)		
障害等認定	身障()級・精神()級・療育(有・無)・原爆・特定疾患()		

▼入院時情報提供欄

▼退院時情報欄

(別添資料 無・有→ 枚)

(ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめる欄です)

情報提供事業所名					情報提供機関名									
担当ケアマネジャー					所属・職種・氏名									
TEL		FAX			TEL									
入院日 年 月 日					入院期間: 年 月 日～ 年 月 日(予定)									
かかりつけ医① (<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療)					手術 : 有(手術名)・無									
医療機関・主治医名					疾病の 状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況: 無・有 (内服:自立・一部介助・全介助)								
連絡先						(感染症, 投薬の注意事項(薬剤名, 薬剤の剤形, 投薬経路等)等)								
かかりつけ医② (<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療)					<特記事項>	特別な 医療								
医療機関・主治医名						点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他() (導入予定の医療系サービス)								
連絡先					<特記事項>									
介護サービス 利用状況		訪問介護(/週) 訪問看護(/週) 通所サービス(/週) 福祉用具() その他()			自立		見守り		一部介助		全介助		備考	
移動		手引き・杖・歩行器・シルバーカー 車椅子			自立		見守り		一部介助		全介助		備考・特記事項	
排泄		オムツ使用:常時・夜間のみ・無			自立		見守り		一部介助		全介助		オムツ使用:常時・夜間のみ・無 (留置カテーテル等)	
食事		嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養			自立		見守り		一部介助		全介助		嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養 制限:無・有(塩分・水分・その他()) (制限の内容等)	
入浴		入浴不可(シャワー・清拭)			自立		見守り		一部介助		全介助		入浴の制限 無・有(シャワー・清拭・その他)	
口腔ケア		義歯(有・無)			自立		見守り		一部介助		全介助		義歯(有・無)	
視力		普通・視力低下あり・眼鏡(有・無)・全盲			認知・ 精神面		徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す							
聴力		普通・やや難聴・難聴・補聴器(有・無)			夜間の状況		良眠・不眠(状態)							
認知・ 精神面		徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す			リハビリ等		リハビリ・運動制限の内容, 導入予定のサービス等)							
その他(ご本人の望む暮らし・心身状況・生活環境・介護の様子・医療上の注意 点等)					療養上の注意する事項									
提供年月日 年 月 日					面談年月日 年 月 日									

【注】入院時情報連携加算, 退院・退所加算の算定には, 国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります

③ 福井県敦賀市「医療と介護の連携シート」

医療と介護の連携シート

介護支援専門員 ⇄ 医療機関・介護保険事業者
 介護保険事業者 ⇄ 医療機関

様

下記の方に関する情報を以下の通り提供します

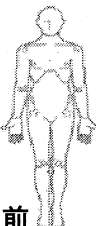

入院・入所時 退院・退所時 その他() (記入日) 年 月 日

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 (歳)
住所	敦賀市				
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 (認定予定 頃) 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 (認定期間 : 平成 年 月末)				
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (種 級)		その他の医療給付		
家族状況	・主介護者(氏名: 続柄: Tel) ・その他介護協力者() ・家族介護力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・特記事項				
	※独居 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		・キーパーソン(氏名: 続柄: Tel)		

主病名	医療機関等名称	診療科名	受診状況	治療・医療処置管理等	特記事項(既往歴等)

病状の経過 医師のコメント等	
-------------------	--

<記入時の身体・生活状況等>

在宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ(日/月) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬) <input type="checkbox"/> 福祉用具 [<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> その他 ()				
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	 前	 後	特記事項	
褥瘡等皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
食事	摂食	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他			
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ食 (<input type="checkbox"/> 一口きざみ <input type="checkbox"/> きざみ) <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
	水分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー			
	食事制限	塩分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	水分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	カロリー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

口腔	口腔環境	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	特記事項
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不使用	
排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ [<input type="checkbox"/> 和式 ・ <input type="checkbox"/> 洋式] <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他	
	排便状況	<input type="checkbox"/> 便秘傾向 <input type="checkbox"/> 下剤服用 <input type="checkbox"/> その他 最終排便(日時 性状)	
移動 関連 動作	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらずに可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 [<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他] <input type="checkbox"/> できない	
		車いすの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング]	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更衣		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> その他	
認知症	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	行動心理症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他	
睡眠障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 眠剤服用	
服薬管理	管理状況	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	
	管理能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
アレルギー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
感染症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	
在宅における本人や家族の意向(看取りや介護等)			

本シート記入者

担当者氏名				所属先/事業内容		
TEL		Fax		Eメール		

医療と介護の連携シート

- 介護支援専門員 ⇄ 医療機関・介護保険事業者
 介護保険事業者 ⇄ 医療機関

〇〇病院 地域医療連携室 〇〇様

下記の方に関する情報を以下の通り提供します

入院・入所時 退院・退所時 その他() (記入日) 〇年 〇月 〇日

フリガナ	カイゴ ハナコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇年 5月 5日 (〇歳)
氏名	介護 花子				
住所	敦賀市 中央町1丁目1-1				
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 (認定予定 頃) 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (認定期間 : 平成 〇年 〇月末)				
身障手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(種 級)	その他の医療給付		無	
家族状況			・主介護者(氏名:介護緑子 続柄:長男の嫁 TEL:〇〇-〇〇〇〇) ・その他介護協力者(長男) ・家族介護力 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・特記事項 (他の子供達も市内在住のため、一部)		
	※独居 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		・キーパーソン(氏名:介護緑子 続柄:長男の嫁 TEL: 〇〇-〇〇〇〇)		

主病名	医療機関等名称	診療科名	受診状況	治療・医療処置管理等	特記事項(既往歴等)
慢性関節リウマチ	〇〇病院	整形外科	3か月1回	服薬中	
慢性気管支炎	〇〇病院	呼吸器科	〃	服薬中	
病状の経過 医師のコメント等	1か月前から、咳・痰がひどくなり、受診したところ、肺炎と診断され入院となる。				

<記入時の身体・生活状況等>

在宅サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴(1回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ(日/月) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬) <input type="checkbox"/> 福祉用具 [<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> その他()					
	麻痺の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			特記事項	
褥瘡等皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有			仙骨部に発赤あり。		
食事	摂食	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			食事:配膳準備は家族がし、ベッド上で摂取。	
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他				
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食(<input checked="" type="checkbox"/> 一口きざみ <input type="checkbox"/> きざみ) <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
	水分	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー				
	食事制限	塩分	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	水分		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		カロリー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					

口腔	口腔環境	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	特記事項 ・歯肉炎で痛みあり。 ・日中ポータブル、夜間おむつ使用。 ・ズボンのあげおろし、及びポータブルトイレの後始末に要介助。 ・室内は、主に手引き歩行。屋外は車いす使用。 ・ポータブルや車いすへの移乗に支え、見守りが必要。 ・ベッド柵と紐につかまり、起き上がる。 ・最終排便は不明。 ・移動と洗体の一部に要介助。 ・白内障のため見えづらい。
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不使用	
排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ [<input type="checkbox"/> 和式 ・ <input type="checkbox"/> 洋式] <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他	
	排便状況	<input checked="" type="checkbox"/> 便秘傾向 <input type="checkbox"/> 下剤服用 <input type="checkbox"/> その他 最終排便(日時 性状)	
移動関連動作	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらずに可 <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 [<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> その他] <input type="checkbox"/> できない 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [<input checked="" type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング]	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 難聴 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> その他	
認知症	認知症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	行動心理症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他	
睡眠障害		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 眠剤服用	
服薬管理	管理状況	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	
	管理能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
アレルギー		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
感染症		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	
在宅における本人や家族の意向(看取りや介護等)		本人:できるだけ家で生活したい 家族:本人の意向に沿うが、限界がくれば入院させたい。	

本シート記入者

担当者氏名	〇〇 〇〇	所属先/事業内容	〇〇居宅介護支援事業所		
TEL	〇〇-〇〇〇〇	Fax	〇〇-〇〇〇〇	Eメール	abcd@tonbo.co.jp

『医療と介護の連携シート』説明書

趣旨

医療と介護の連携シート（以下「連携シート」）は、関係職種（機関）が対象者の医療や介護の情報を共有し、切れ目なく適切な医療やケアを提供するためのものである。

連携シートの対象者

敦賀市在住の医療サービスや介護保険サービスを利用している者で、以下のいずれかに該当する者

- ・積極的な連携支援が必要と判断した方
- ・入院時に本人や家族からの確かな情報が得にくい方（独居、認知症、要介護度の重度者、医療処置のある方など）

使用方法とルール

（１）入院・入所時

この連携シートを、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員や介護保険事業所の職員が、対象者の身体機能等の情報について記入し、入院・入所先の医療機関・施設等に提供する。

- ・入院の場合は、**医療機関窓口・問合せ先**に連絡の上、連携シートを提供する。
- ・本人や家族等が医療機関・施設側に情報を伝えることが可能だと判断した場合には、必ずしも入院・入所時情報提供を行う必要はない。
- ・提出するか否かに迷う場合は、ソーシャルワーカー等に相談すること。
- ・入院・入所時の連携シートの提出がなくても、医療機関（施設等）から担当介護支援専門員に、連携シートの提供を求められることができる。
- ・この連携シートは、入院・入所後直ちに提供することが望ましい。

（２）退院・退所時

退院・退所前に、担当介護支援専門員等が病院職員や介護保険事業者職員と面談したり、カンファレンスを通じて作成。聞き取った内容を、在宅でのサービス計画作成やかかりつけ医、介護保険事業者等との情報共有に用いる。

- ・退院・退所時情報収集は、直接医療機関（施設等）を訪問して行うことが原則
- ・看護サマリ、リハサマリを連携シートと合わせて情報提供してもらうことができる。
- ・入院・入所時の連携シートの提出がなくても、担当介護支援専門員が医療機関（施設等）に退院・退所時の情報共有を求められることができる。
- ・面談やカンファレンス等を行わない場合は、看護サマリやリハサマリにより情報提供してもらう。

記入方法

- ・チェック項目にない情報は、特記事項に記入すること。
- ・分からない場合は、特記事項に不明と記入すること。
- ・「その他」や「一部介助等」にチェックが入った場合は、詳細を特記事項に記入すること。
- ・連携シートに記載する利用者の状態は、病状が悪化する前の平常時の状況を記載し、入院までの病状は特記事項へ記入する。

個人情報の保護

- ・連携シートには、対象者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれているので、取り扱いには最大限の注意を払うこと。
- ・連携シートの記入及び送付に当たっては、事前に必ず本人や家族に趣旨をよく説明し、本人または家族の同意を得ること。

医療機関窓口・問合せ先

医療機関名	窓 口
市立敦賀病院	地域医療連携室
国立病院機構敦賀医療センター	地域医療連携室
泉ヶ丘病院	地域連携室
敦賀温泉病院	相談室
猪原病院	相談員
レイクヒルズ美方病院	地域医療連携室 相談員 (状態等の問い合わせ：病棟看護師長)

その他

- ・この連携シートは、「医療と福祉の連携シート」に代わり、敦賀市の標準様式とし、他に独自の様式を用いることは妨げない。

平成27年9月1日

敦賀市在宅医療在宅介護連携推進協議会
(事務局：敦賀市福祉保健部介護保険課)

④ 兵庫県西宮市「みやっこケアシート」

みやっこケアシート

ふりがな:	
名前:	
生年月日:	年齢 性別
住所:	〒 西宮市
電話番号	

健康状態

「医師から(今後の経過など)」

現病歴・既往歴

被保険者番号:000 要支援 介護1.2.3.4.5

認定日 有効期限:

障害高齢者自立度: J1・J2、A1・A2、B1・B2、C1・C2

認知症高齢者自立度: I、IIa・IIb、IIIa・IIIb、IV、M

障害者手帳: 無・有 減免等: 無・有

通関スケジュール

月: 金: 土: 日: 他:

火: 水: 木:

心身機能、身体構造

<身体機能: 麻痺・筋力・内臓など>

○口腔の状態: 不明・良・不良

義歯: なし・あり (一部・全部)

<精神機能: 理解・記憶など>

○睡眠:

○処方: なし・あり

○医療処置: なし・あり

活動

移動

移乗

座位

排泄

更衣

入浴

口腔ケア

食事摂取

食事内容

服薬状況

家事

その他

参加

<参加>

<役割・かわり>

環境因子

氏名・(続柄)

住所: 〒

緊急連絡先:

特記事項:(役割・かわり・暮らし・健康状態)

氏名・(続柄)

住所: 〒

緊急連絡先:

特記事項:(役割・かわり・暮らし・健康状態)

①受診機関:

②受診機関:

個人因子

<ご本人意向: 思い・気持ち>

<家族意向: 思い・気持ち>

(生活歴、過ごし方、趣味)

<得たいサポート・医療: ①望む暮らしのために、②人生のしめくくりのために、③緊急時対応の希望>

記入事業者名:

職種:

氏名: 平成 年 月 日



みゃこケアシート

ふりがな: _____

名前: _____ 年齢: _____ 性別: _____

生年月日: _____

住所: 〒 _____ 西宮市 _____

電話番号: _____

健康状態

「 _____ 医師から(今後の経過など)」

現病歴・既往歴

被保険者番号: 000 要支援 介護 1. 2. 3. 4. 5

有効期限: _____

認定日: _____

障害高齢者自立度: J1・J2、A1・A2、B1・B2、C1・C2

認知症高齢者自立度: I、IIa・IIb、IIIa・IIIb、IV、M

障害者手帳: 無・有 減免等: 無・有

通関スケジュール

月: _____ 金: _____

火: _____ 土: _____

水: _____ 日: _____

木: _____ 他: _____

心身機能、身体構造

<身体機能: 麻痺・筋力・内臓など>

○口腔の状態: 不明・良・不良

齧歯: なし・あり(一部・全部)

<精神機能: 理解・記憶など>

○睡眠: _____

○処方: なし・あり

○医療処置: なし・あり

活動

移動

○車椅子 ○歩行(自立、杖、歩行器、その他) / ○自立 ○見守り ○介助

移乗

○自立 ○見守り ○介助(軽・中・重)

座位

○自立 ○背もたれ ○肘置き ○介助

排泄

○トイレ ○ポータブル ○尿器 ○オムツ ○ハルソ ○その他 / ○自立 ○見守り ○介助

更衣

○自立 ○見守り ○介助(軽・中・重)

入浴

○浴槽浴 ○シャワー / ○自立 ○見守り ○介助(浴槽またぎ、洗体)

口腔ケア

○自立 ○介助(準備、声かけ、ブラッシング、その他)

食事摂取

○自立 ○見守り ○介助(準備、摂取) ○胃ろう ○その他()

食事内容

○粥 ○ごはん ○普通 ○一口大 ○刻み ○どろみ ○ペースト/制限食・カロリー-

服薬状況

○自立 (特記)

家事

○自立 (特記)

その他

参加

<参加>

<役割・かわり>

環境因子

氏名: (姓 柄)

住所: 〒 _____

緊急連絡先:

特記事項: (役割・かわり・暮らし・健康状態)

氏名: (姓 柄)

住所: 〒 _____

緊急連絡先:

特記事項: (役割・かわり・暮らし・健康状態)

①受診機関: _____

②受診機関: _____

<家族構成>

<住環境: 屋内・周囲・近隣>

○福祉用具 なし・あり

<かかりつけ薬局>

個人因子

<ご本人意向: 思い・気持ち>

<家族意向: 思い・気持ち>

(生活歴、過ごし方、趣味)

<得たいサポート・医療: ①望む暮らしのために、②人生のしめくりのために、③緊急時対応の希望>

記入事業者名: _____ 職種: _____

氏名: _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

みゃこケアシート

ふりがな: _____

名前: _____ 年齢 _____ 性別 _____

生年月日: _____

住所: 〒 _____ 西宮市 _____

電話番号 _____

健康状態

「〇〇医師から(今後の経過など)」

医師・医療系

現病歴・既往歴

①健康状態
②健康に影響(喜ばしいことも含む)する因子: 高齢(加齢)、
③ストレス状態、

被保険者番号: 000

要支援 介護1. 2. 3. 4. 5

有効期限: _____

認定日 _____

障害高齢者自立度: J1・J2、A1・A2、B1・B2、C1・C2

認知症高齢者自立度: I、IIa・IIb、IIIa・IIIb、IV、M

障害者手帳: 無・有 減免等: 無・有

介護・相談系

通関スケジュール

月: _____ 金: _____

火: _____ 土: _____

水: _____ 日: _____

木: _____ 他: _____

心身機能、身体構造

①身体機能: 麻痺・筋力・内臓など

②体の動き (手足の動き、見る、聞く、話す、内臓の動き)

③手足や内臓の一部、④体の一部構造

⑤口腔の状態: 不明・良・不良

⑥意識: なし・あり (一部・全部)

⑦精神機能: 理解・記憶など

⑧精神の動き

リハビリ・医療系

○睡眠: _____

○処方: なし・あり

○医療処置: なし・あり

活動

移動

移乗

座位

排泄

更衣

入浴

口腔ケア

食事摂取

食事内容

服薬状況

家事

その他

活動(個人レベル)「〜の行為」

生活行為

①生きて行くのに役立つ全ての生活行為: ADL

②生活上の目的を持った、一連の動作となる具体的な行為: 介護・家事(食事の準備)・仕事(事務作業、機械の使用、通勤)・人との交流など

③趣味・スポーツに必要な行為

介護・相談系

リハビリ・医療系

参加

参加(社会レベル)「〜の役割」

社会(家庭を含む)的な出来事に関与したり、役割を果たすこと。

楽しんだり、権利を行使したりすること。

例)

①狭い範囲: 職場での役割、主婦の役割、家族の一員としての役割、地域社会(町内会・交友関係)の中の役割、

②広い範囲: いろいろな社会参加(趣味の会やスポーツへ参加、文化的・政治的・宗教的な集まりへの参加)の中の役割

個人因子

個人因子

①個人因子

その人「固有の特徴」: ①年齢・性別・民族、②生活歴(職歴・学歴・家族歴 等々)

③価値観・ライフスタイル・問題解決の方法 等々

介護・相談系

ご本人意向: 思い・気持ち

家族意向: 思い・気持ち

(生活歴、過ごし方、趣味)

リハビリ・医療系

介護・相談系

環境因子

氏名: (続柄)

住所: 〒 _____

緊急連絡先: _____

特記事項: (役割・かわり・暮らし・健康状態)

氏名: (続柄)

住所: 〒 _____

緊急連絡先: _____

特記事項: (役割・かわり・暮らし・健康状態)

①受診機関: _____

②受診機関: _____

氏名: _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

職種: _____

記入事業者名: _____

家族構成

介護・相談系

環境

①物理的環境: 建物、道路、交通機関、日常的に使用するもの: 食品、薬、衣服、福祉用具(杖など歩行補助具、義肢装具、車いす)、自然環境: 地理・植樹・動物・災害状況など

②社会的環境: 医療・介護・保健・福祉などに係るサービス・制度・政策

③人的環境: 家族・友人・仕事上の仲間など、その人達の態度(社会意識としての環境)や、どう意識してどう対応しているか 等

④環境: 屋内・周囲・近隣

○福祉用具 なし・あり

○かかりつけ薬局

⑤ 石川県小松市「医療・介護連携に関する様式集」

小松市

医療・介護連携に関する様式集

この様式集は平成27年度小松市在宅医療・介護連携推進部会にて検討し、多職種が連携する際の参考様式として示すものです。ぜひ活用ください。

連携の際に、この様式を使うことを義務付けるものではありません。より良いものにしていくため、各事業所で工夫している連携様式等がありましたら、ぜひ情報提供をお願いいたします。

【内容】

- ①医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）
- ②医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）
- ③入院時情報提供書
- ④退院・退所情報提供書

平成 年 月 日

医療と介護の連携シート (主治医・ケアマネジャー連絡票)

医療機関の名称 所在地 電話番号 FAX番号 主治医	<input type="checkbox"/> →	介護事業所の名称 所在地 電話番号 FAX番号 担当居宅介護支援専門員
	<input type="checkbox"/> ←	

利用者の情報 (※欄は「ケアマネジャー→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						
※要介護度	要支援1・2	要介護1・2・3・4・5	申請中			
※他医受診歴の有無	無 有 (科・疾患名)					

ケアマネジャー記載欄

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"/> 契約時の同意の他、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。	
<input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします (特記事項:)	

医師記載欄

本票送付の目的: <input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談	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
<input type="checkbox"/> → <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"/> → <input type="checkbox"/> 下記のとおり回答します	
<内容>	

平成 年 月 日

医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）

医療機関の名称	←	介護事業所の名称
所在地		所在地
電話番号		電話番号
FAX番号		FAX番号
主治医 科		担当居宅介護支援専門員

利用者の情報

ふりがな		生年月日	M・T・S 年 月 日
氏名			
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中		
他医受診歴の有無	無 有（ 科・疾患名 ）		

ケアマネジャー記載欄

<p><本票送付の目的></p>
<p><内容></p>
<p><input type="checkbox"/> 契約時の同意の他、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします（特記事項： ）</p>

入院・入所情報提供書

作成日： 年 月 日
 病院（ 科）
 先生 御机下

事業所名： (担当:)
 〒 -
 小松市 町 番地
 TEL: 0761- -
 FAX: 0761- -
 E-mail: @

平素より大変お世話になり有り難うございます。
 このたび入院（予定）の 様（ 年 月 日生）
 につきまして、在宅でのご様子（入院前）をお知らせいたします。
 大変雑駁な情報で恐縮ですが、先生のお役に立てば幸いです。
 今後ともご指導ご教示くださいますようお願いいたします。

生活目標							
介護保険	認定	要介護 ・ 要支援 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)	障がい手帳等 その他				
	通所	介護・リハビリ・認知 回/月					
	訪問	介護・看護・リハビリ・入浴 回/月					
	短期入所	生活・療養 回/月					
	福祉用具						
	住宅改修						
	その他						
【特記】		身障手帳 種 級 () 精神手帳 1級 ・ 2級 療育手帳 A ・ B 難病 【特記】					
生活動作等	移動等	起居	可・掴まり可・不可	排泄 入浴 更衣	排尿	自立・一部介助・全介助	
		座位	可・掴まり可・不可		排便	自立・一部介助・全介助	
		立位	可・掴まり可・不可		失禁	無し・まれに・時々・有り	
		歩行	自立・杖・歩行器・車椅子（自走・介助）		方法	トイレ・ポータブル・カテーテル	
	食事	準備	本人・家族・ヘルパー		オムツ	不使用・常時・夜間のみ	
		介助	自立・一部介助・全介助		医療	無し・ストーマ・その他	
		手段	箸・フォーク・スプーン・自助具		入浴	浴槽 自立・見守り・一部介助・全介助	
		種類	主食		普通・軟飯・粥・ミキサー	洗身	自立・見守り・一部介助・全介助
			副食		普通・軟菜・刻み・ソフト・ミキサー	上	自立・見守り・一部介助・全介助
		義歯	上		無 ・ 総 ・ 部分	下	自立・見守り・一部介助・全介助
下	無 ・ 総 ・ 部分		【特記】				
嚥下障害	無し ・ 有り						
咀嚼障害	無し ・ 有り						
内服管理	自立・声掛けで可・不可						
認知機能	物忘れ	無し・年相応・有り（短期・長期）	【BPSD】無し ・ 有り				
	見当識	時間	無し・時間・月日・季節				
		場所	無し・迷子（夜間・日中）				
		人	無し・有り				
	会話	できる・疎通困難・できない					
意思決定	できる・難しい・できない						
家族状況	キーパーソン		その他把握している情報	現病・既往			
	主たる介護者			療養上の留意点			
	【家族の状況】			視力の障害	無し ・ 有り		
		聴力の障害	無し ・ 有り				
		【特記】					

退院・退所情報提供書

(面談日) 平成 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名
 主治医
 所属・担当者
 電話番号

ふりがな：	生年月日：
利用者氏名：	(男・女) (M・T・S) 年 月 日 (歳)
入院期間：入院日	年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 日

	入院・入所中の状況	特記事項
疾病の状態	主病名： 主症状： 既往歴： 服薬状況： 服薬管理： 自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他	(感染症等)
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通食・経管栄養)	
口腔ケア	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他	
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車イス)	(独自の方法・転倒危険)
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ 不可 (シャワー・清拭)	
衣服の着脱	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助	
排泄	自立 ・ 見守り ・ 介助 ・ オムツ (常時・夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠 ・ 不穏 (状態：)	
療養上の留意する事項		
医療系在宅サービスの必要性	訪問看護	必要性 (あり・なし)
	訪問リハビリ	必要性 (あり・なし)
	居宅療養管理指導	必要性 (あり・なし)
	通所リハビリ (デイケア)	必要性 (あり・なし)
	短期入所 (老人保健施設、介護療養型)	必要性 (あり・なし)

⑥ 福島県: 県中医療圏
「入院時情報提供シート」, 「退院調整共有情報」

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				
氏名			生年月日	明・大・昭 歳	年 月 日 ()	性別	男・女
緊急時連絡先(優先順位)							
	氏名	住所	続柄	電話番号	連絡がつきやすい時間帯		
1							
2							
3							
現病歴				既往歴			
家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター(有・無) <input type="checkbox"/> 住環境上の問題()				
本人(回男性 ◎女性) ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性	在宅主治医	医療機関名	TEL	主治医名			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中(月 日) 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5					
	介護保険認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	サ-ビス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> その他()					
ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入		
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(上・下) 部分入歯:無・有(部位)		
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(有)		
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)						
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・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)						
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()						
連絡事項等(日中の生活・活動状況、在宅での目標、本人・家族の思い)							

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

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					
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)				
A DL 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()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: 米飯・粥(全・五分)・ミキサー (平均摂取量 割程度)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
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)				
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					

退院調整共有情報(退院に向けて共有したい情報とその理由)

共有したい情報	その理由
医療に関すること	
診断名・合併症・既往歴	・ 特定疾患など使える情報があるか確認する必要がある。
今回の入院の理由	・ 入院の背景を知り、これまでの服薬等の病状の管理に問題がなかったか、生活環境に転倒等のリスクとなる要因がなかったかを確認することで在宅に戻った際、病状の悪化や再入院を防ぐ対応をする。
病院から「病状の説明内容」と本人・家族の「受け止め方」「今後の希望」	・ 「家に帰る」ことだけを目標にするのではなく、本人が「家でどの様に過ごしていきたいのか」を目標にして支援をする。本人の意思が明確でないと、家族や支援者も混乱することが多い。また、このことについて入院中に本人、病棟スタッフと共有し退院に向けて準備していくことが重要である。
今後の治療	
治療内容	・ 病気の再発防止のための受診の管理を行う必要がある。
受診の必要性	・ 必要に応じて同行する。
リハビリの必要性や内容	・ どの程度の内容で、誰が指導するのか(介護保険サービスによるリハビリの必要性の有無)。 ・ 適正なリハビリの方法を知り安全に行えるようにする。
薬物治療内容	・ 在宅でのADLに影響を及ぼすため(副作用がでるのか)。 ・ 在宅で管理できる投薬内容か確認する必要がある。 ・ 食事との組み合わせで支障がでるものがないか確認する必要がある。
訪問看護への情報	・ 身体状況とその対応についてチームで共有する必要がある。
医療処置	
内容・方法	・ 事故防止のための正しい処置を確認する。 ・ 適切な処置や管理の体制を整える必要がある。
生活上の指示	
食事制限(形態・水分)	・ 病状のコントロールに影響するため必要(ADLと関連する)。
活動制限	・ 利用するサービスに制限が出てくる場合がある。
ADL等	
移動方法・入浴・更衣・排泄・食事摂取・嚥下	・ 本人がどこまで出来るのか、介助の必要性を確認する。 ・ これまでのサービスから変更の必要があるか判断する。 ・ 住環境の整備のため、住宅改修・福祉用具の導入の必要性を確認する。
療養上の問題	
服薬管理	・ 服薬管理が出来るのか。介助が必要なのか。
理解力	・ どの程度の理解力があるのか。治療や介護の同意が可能か知る。
周辺症状の有無	・ 家族の介護負担に大きく影響する。あればそのときの対処の仕方などを知る。
感染症	
感染症の有無	・ 感染症の有無によりサービスの利用に支障がでる場合がある。
経済状況	
制度利用の有無	・ サービス利用等について各制度の担当と連携する必要があるため。
金銭管理	・ 本人以外の方が管理する場合、費用が発生する際の相談をする必要が出てくる。 ・ 経済的な虐待が疑われる場合の対応に配慮が必要になってくる場合がある。
本人	
世帯構成	・ 家族状況・血縁者の存在を確認する。
主介護者や介護力	・ ヘルパー利用の必要性および支援の内容、時間が変わる。
様々な場面でのキーパーソン	・ (経済)在宅サービスの利用において、負担可能な範囲を確認する必要がある。 ・ (様々な方針決定)家族内の意見が異なることが多い。窓口となる方を決める。
緊急連絡先	・ 在宅での急変時、サービス中のアクシデント等の際に判断を仰ぐ。
家族の支援状況・思い	・ 在宅療養の長期化、看取りを視野に入れて支援する必要が出てくる。 ・ 同居家族がいる場合は、日中独居等でもサービス導入に関して十分に検討する必要がある。
家族以外の支援者	・ 支援できる家族がいない場合、生活保護、様々な決定支援等を支える人が必要。 ・ 金銭管理、契約等に関する支援者がいる場合、連携のために把握する必要がある。
家族	

⑦ 鹿児島県:鹿児島保健医療圏
「入院時情報提供シート」,「退院支援情報共有シート」

様式1 入院時情報提供シート

平成 年 月 日

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号			

家族構成図 <small>主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性</small>	住環境	□一戸建 □集合住宅(階建て 階) エレベーター(□有 □無) 手すり(□有 □無) 段差(□有 □無)					
	在宅主治医	医療機関名() TEL:					
	要介護度	□未申請 □申請中 □区分変更中 □非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日					
	特定疾患医療受給者証	□有(疾患名:) □無					
	障害者手帳	□身体 □知的 □精神 (程度:)	生活保護の受給	□有(担当CW名:) □無			
サービス利用状況							
□訪問介護(回/週) □訪問看護(回/週) □通所介護(回/週)							
□通所リハビリ(回/週) □訪問リハ(回/週) □短期入所(回/週)							
□福祉用具貸与(内容:) □住宅改修(内容:)							
□その他()							

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入		
移動方法	□	□	□	□	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用		
移乗方法	□	□	□	□			
口腔清潔	□	□	□	□			
食 事	□	□	□	□	□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 □全粥 □ミキサー		
					副食: □通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付) □ソフト食		
					水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 □あり □なし		
					アレルギー: □無 □有() 食への意欲: □無 □有		
摂取方法: □はし □スプーン □その他() 嚥下・咀嚼状況(留意点)()							
更衣	□	□	□	□			
入浴	□	□	□	□	□自宅(浴室) □訪問入浴 □通所系サービス □清拭		
排泄	□	□	□	□	場所: □トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ		
服薬管理	□	□	□	□	薬の種類()		

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 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □徘徊 □認知(程度:) □その他() 同居家族の認知症の有無: □無 □有(程度:)		
医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ(人工肛門・人工膀胱) □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他() 処理の頻度() 家族での対応: □可 □不可		
家族の介護力	□無 □有(留意点等)		
家族への介護指導	□無 □有: 理解の状況... □十分 □不十分 (問題点:)		

◆既往歴

◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活

◆介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係等)

◆連絡事項・その他

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分～ 時 分			場所		
医療機関名及び連絡窓口(所属)	()	電話	面談者(職種)			
入院の原因となった病名・状態像						合併症
入院期間	入院日: 年 月 日～ 退院(予定)日: 年 月 日	要介護度	未申請 区分変更中 新規申請中 非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日～ 年 月 日			
特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有(疾患名:) <input type="checkbox"/> 無	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度:)	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(担当CW名:) <input type="checkbox"/> 無	
病院主治医						在宅主治医
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望						

ADL	自立	要介	要介	要介	要介	病状の様子
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割) 水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法: <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他() 嚥下・咀嚼状況(留意点)()
	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"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他())
	排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類() 薬の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
安全上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 認知(程度:)) 同居家族の認知症の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度:)) キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(連絡先:)) <input type="checkbox"/> その他()) 予後予測())					
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他()) 処理の頻度() 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(留意点等))					
退院への意向	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 理解の状況... <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点:))					
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他					
病状に対する加療方針						
緊急時の対応	処置の方法: 連絡先: 搬送先:					
かかりつけ医の氏名	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病院名: 医師名:)					
◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認):						
◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等)						
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)						
◆連絡事項・その他						

※「主治医意見書」
(H21.9.30厚生労働省老健局長通知:別添3)

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) -----	男 ・ 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性		<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
〔「不安定」とした場合、具体的な状況を記入〕			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<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
・認知症高齢者の日常生活自立度	<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
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)

□四肢欠損 (部位: _____)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □看護職員の訪問による相談・支援 □訪問歯科診療

□訪問薬剤管理指導 □訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導

□訪問栄養食事指導 □通所リハビリテーション □その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり (_____) ・移動 □特になし □あり (_____)

・摂食 □特になし □あり (_____) ・運動 □特になし □あり (_____)

・嚥下 □特になし □あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 (_____) □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

次回スケジュールの確認票

貴所属団体名 _____

お名前 _____

1 次回部会（分科会）開催スケジュールについて

(1) 次回部会（分科会）開催希望日

ご都合が取れない日程に、×をつけてご回答願います。

※開始時刻は18：30または19：00を予定しております。

平成28年11月						
7日	8日	9日	10日	11日		
(月)	(火)	(水)	(木)	(金)		

(2) 回答連絡先（いずれでも結構です。）

FAX：0138-32-1505

郵送：〒040-0001 函館市五稜郭町23番1号 市立函館保健所地域保健課
函館市医療・介護連携推進協議会事務局 行き

E-mail： iryo-kaigo@city.hakodate.hokkaido.jp

「名古屋式連携サマリー」に関するアンケート取りまとめ

○ 必要と思われる項目

1.利用者に対する情報

(既往歴・身体状況・生活機能・問題行動・退院後の通院・注意点等)

2.家族関係

(住所・主介護者・キーパーソン・連絡方法・時間・介護力・意向・金銭面)

3.入浴に関する項目

(バイタル・介助方法・介助量)

4.服薬情報

(薬剤情報等)

5.病名欄の充実及び病名に対する指示・助言

(医療系サービスの必要性の有無)

6.食事に関する項目

(形態・塩分・水分・カロリー・摂取状況・栄養・禁食)

7.排泄状況

(日数・内容・排便状況・方法・下剤)

8.入院中の状況

(リハビリ・入浴・排泄状況・新たな疾患)

9.現在利用しているサービスの情報提供及び医師の見解

10.記載欄の充実

○必要と思われない項目

1.同意者欄、チューブのサイズ、介護・看護に対する本人・家族の意向等、

平成 28 年 8 月 18 日 幹事会資料

平成 28 年 7 月 21 日 (木) 全体会 (函館脳神経外科)
～ 名古屋式連携サマリーに関するアンケートとりまとめ ～

グループ 1

利用者に接する際の注意事項・問題行動を記載

医療・介護ともに どのような分野で より深い情報がほしいのか？

家族の連絡が付きやすい時間

身体・生活機能などの項目⇒選択肢少なく具体的な状況が分らないのでは？

服薬情報・退院後の通院

主治医 医療系サービスの許可

退院後の注意点

自由記載部分を多くする

何に重点を置いた情報が欲しいのか？

やりとりをする記載欄

入浴時バイタル

HOT (慢性呼吸不全) の酸素量

グループ 2

【要る項目】

家屋状況 手すり 段差

住所 連絡先

キーパーソンのつながりやすい時間

家族の理解力・クセの強さ

食事制限 (塩分・カロリー)

薬情報を添付してください。

栄養 (PEG とか)

介護サービスの種類・頻度、在宅での情報を充実させたい

入浴可能時の血圧・介助量

今後の通院の頻度

リハビリの時の血圧

退院後カンファレンス予定日

訪看必須とかの指示

【要らない項目】

同意者欄

(48) はチューブサイズとかいらぬ。

◎ 名古屋のように退院時もケアマネで書くのではなく病院側に書いてほしい。

◎ 名古屋のように半年に 1 回書いて保管はいらぬ。

グループ 3

ドクターに伝えたい

バイタル

入浴方法・注意点

食事・塩分制限など

専門用語は禁止

病気によっては生活歴 ⇒ 失語症など意思疎通ができない セラピストの参考になる

文書料をとるのはどうか… 各病院により対応が違う (⇒相談員だったり外来に聞いてと言ったり統一してほしい)

ケアマネに伝えたい

食事⇒塩分制限など

病気の状況から必要な指示・助言

リハビリ情報 薬剤情報 (こまかく)

グループ 4

サマリーへ追加したい項目について

認知の症状⇒チェックのみでなく具体的な内容を記入できるようにした方がよい

(14)、(15)の欄をもう少し増やし、連絡先を多く記入できるようにしてほしい

家族の特徴(例えば「理解力がない」など)伝えたい

(52)は記入を必要としないケースが多い

どのような状況でない在宅での生活が難しいという記載

⇒例 階段昇降が必須である、食事形態、調理できる人が不在、などの記載できる欄があるとよい

退院の見込みが決定してから在宅サービス調整のために要する日数の記載欄があると助かる

⇒「変化があれば連絡ください」とお願いしていても「明日退院です」との連絡で慌てることが多い

今利用しているサービスの記載欄がほしい(←第3表の添付でしたね)

病院からケアマネへのサマリーには食事形態をもっと詳しく知りたい

このような形で決まると記載が簡単で助かるとの意見があった

グループ 5

現在使っている介護サービス(ケアプラン第3表 添付)

家族関係の補足

入院中に受けた新たな疾患・入院治療した病名

既往歴の欄が少ない

(51)の欄も少ない

年金額(非課税・課税)

グループ 6

入浴時のバイタル指示

医療系サービスの必要性、有・無、理由 その際には印も

生活歴、自宅での様子、ジェノグラム

家族の介護力等

看取り・介護に対する意向

金銭面

食事制限もっと詳しく

グループ 7

食事量・水分量の「摂取」状況の項目が欲しい ⇒ どれ位食べられているか?

身長・体重の項目が欲しい ⇒ 特に「体重」

主病名の項目が1、2、3で足りなくなる時がある

家族状況が一目でわかる方がわかりやすいのでは?(ジェノグラム)

意向(退院した後、また自宅に戻りたい?施設入所希望?)を記入する欄があった方がよい

家事能力がどの程度できているかの項目があった方が利用者さんのイメージがわかりやすいと思う

「入浴」の項目もほしい

ごく簡単にでも「生活歴」の欄があるとイメージがわかりやすいし話のきっかけになると思います

※ 別件ですが、医療系サービスを利用する際のケアマネからの同意書・医療系各事業所が頂く指示書も書式を統一できれば先生の負担も減るのでは…と話題に出ました。

グループ 8

(ケアマネから Dr への提出時)

介護サービス利用内容

かかりつけ情報を記載するところが少ない

薬情報を記載するところがほしい

不明のチェックもほしい

評価日は記載日の事ですか？

(Dr.から居宅へ)

医療サービスの指示を頂きたい

家族の情報を詳しく記載してほしい (特に新規であれば)

入院治療内容や注意事項がほしい

水分量

禁食内容

グループ 9

CM⇒HP

服薬内容・方法・留意点

病名欄少し多めに

主介護者第 1 から第 3 くらいまで

連絡方法をもう少し詳しく

連絡の取りやすい時間帯

キーパーソンの居住地

入浴方法・留意点

HP⇒CM

現サービスに対して医師よりの見解

排泄状況 (日数・内容・排便状況、方法) をもっと

詳しく知らせてほしい

退院後の基準になる内容 (排泄・食事)

グループ 10

身体・生活機能等・・・主治医が「認定調査」の内容を理解していないとわからないのでは？

負担割合者証

限度額認定証

排泄面・・・下剤の記載

一枚の収めることは困難では？

チェックで済むことは簡単でよい・・・しかし、細かな点は伝わらないのでは？

概要をまとめ、関係機関と顔の見える関係を保つためのツールとしては良いものと思う

退院支援分科会御中（案）

入院時/退院時の情報提供書の歯科に係る部分について

資料4-2より（歯科に関わる部分の抜粋）

- ・かかりつけ歯科医院が退院情報をもらえることが望ましい。
- ・入院中に義歯を外している場合、そのまま在宅に戻って、すぐにその義歯が使えないことも考えられる。
- ・入院中に義歯がゆるくなったり、きつくなったり食形態に変化があった場合には、歯科の介入が必要と思うが、ほとんど関わったことがない。
- ・義歯：むくむ・やせる、きつい・ゆるい このくらいでも良いので患者さんに聞いてほしい。
- ・歯科医療（口腔ケア）はどの過程で関わればよいか？
- ・生活丸ごと豊かにするケアが必要。
- ・栄養、歯科・口腔、薬剤分野との連携。

以上の内容から考えますと名古屋、福岡の資料に若干追加したほうがいいと思われ、また退院後必要が生じた場合、歯科医院へ介助無く通院できるのかどうか、その際介助が必要か？かかりつけ歯科医院があるのかないのか？その歯科医院が訪問診療してくれるのかどうかについても問い合わせたほうがいいと思われ。

以下のようなチェック項目を希望します

- 自分の歯で（義歯と併用としても）食事できている
- 義歯は快適に使用できる
- 義歯は使いづらい部分もあるがなんとか工夫しながら使用している
- 義歯は持っているが合わないため使っていない、義歯無しで食事している
- 食事後や粉薬を飲むと義歯の内面に食べ残しや粉薬が残ってしまう
- 自力で義歯洗浄しているが、洗浄後も食物残渣が残っている

- 自力で歯科医院に通院できる
- 歯科医院に通院するには介助が必要
- 歯科の訪問診療（往診）を希望する
- 訪問診療可能なかかりつけ歯科医院がある
- かかりつけ歯科医院は無い