

# 医療と介護の連携マニュアル

市民一人ひとりが望む医療、望む介護サービスの提供を目指すツールとして、また、医療・介護等関係者の情報共有、顔の見える関係の構築、市民のみなさんと医療・介護関係者の顔の見える関係の構築にご活用いただくため平成27年2月1日から運用を開始しています。

お取組可以从ことから、ご対応いただければと思います。

## 【 目的 】 （「医療と介護の連携マニュアル」から抜粋）

- 医療や介護を必要とする高齢者等が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、医療と介護が連携した切れ目のないサービスを受けられることが重要です。
- そうした切れ目のないサービスを提供するためには、医療と介護のサービスに携わる関係者間の連携が重要ですが、例えば、入院・退院時に必要な医療や介護の情報が速やかに得ることができなかつたり、退院時の担当ケアマネジャーが誰か分からないなど、必ずしも医療と介護の連携体制が十分とは言えない場合があります。
- また、経験の少ないケアマネジャーなどにおいては、円滑な医療機関との担当者会議の開催や関係機関との連絡調整等に苦勞する場合があります。
- このため、一関市内の医療と介護の連携をより円滑なものとし、さらには経験の少ないケアマネジャーが業務を適切に行うことができるように支援するため、「医療と介護の連携マニュアル」及び「情報共有シート」を作成したものです。
- 情報共有シートは、入退院時などの医療と介護の連携が求められる時、必要な情報の交換や共有を円滑に行っていただくために作成した様式であり、これを、一関市内の医療機関及び居宅介護支援事業所等において、共通の様式として活用していただきたいと考えています。

一関市ホームページ内の「一関市医療と介護の連携連絡会」のページから、ダウンロードすることができます。

平成27年2月

一関市医療と介護の連携連絡会

# くらしのシート

(送付先) 医療機関 \_\_\_\_\_  
 医師 \_\_\_\_\_

情報提供日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 (送付元) 記入者氏名 \_\_\_\_\_

利用者情報		情報提供事業者	
氏名		名称	
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	所在地	
住所		電話番号	
電話番号		FAX番号	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (等級など) <input type="checkbox"/> 無 障害名 _____	担当ケアマネ氏名	
緊急時連絡先			
氏名	① _____	② _____	
住所			
電話番号			
関係			
医療情報			
既往歴	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )		
病名	#1 _____	#4 _____	
	#2 _____	#5 _____	
	#3 _____	#6 _____	
義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口臭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事に時間かかる <input type="checkbox"/> 噛込み有	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
かかりつけ医情報	医療機関名 _____	TEL	
かかりつけ歯科医情報	医療機関名 _____	TEL	
他に受診している医療機関	医療機関名 _____	TEL	
訪問診療している医療機関	医療機関名 _____	TEL	
訪問看護に関する情報	機関名 _____	TEL	
内服薬情報	投薬禁忌薬剤。裏面にお薬手帳添付。		
介護情報			
認定情報	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
サービス利用情報	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 訪問入浴		
介護者情報	裏面に記載		
生活情報			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴・清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	意思疎通	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 (服薬) <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 服薬無し	問題行動	<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 _____ )
生活歴	裏面に記載		

その他・追記事項（裏面です）

介護情報

生活歴

**使用上の注意**

本シート使用の際には、事前に、相手方と、シート使用の有無等の取扱について確認したうえで御使用くださるよう、留意願います。

**退院シート (No. 1)**

情報提供日 平成 年 月 日

情報提供先

医療機関名 [所属・情報提供者]

入院日 平成 年 月 日 主治医

氏名 生年月日 年 月 日 歳

住所

連絡先

キーパーソン 氏名 続柄 連絡先

キーパーソン 氏名 続柄 連絡先

疾病の状態	特記事項 (医療的処置などの コメント記載)	入院中の経過及び 看護引き継ぎ事項
主病名		
主症状		
既往歴		

意識障害  認知障害 ( 周辺症状  
夜間の状況等 )  筋力低下 (  上肢  下肢 )  
 知覚障害 (  視覚  聴覚  皮膚の感覚  痛覚 )  構音障害  失語症  
 嚥下障害  浮腫  疼痛  拘縮  褥瘡

退院予定日 平成 年 月 日 退院後の医療機関

直近のバイタルサイン K T °C ・ B P mmHg  
P 回/分 ・ S p O2 %

カンファレンス開催について  必要  不要  その他 ( )

臓器提供の意思  有  無

## 退院シート (No. 1 の続き)

	項 目	特 記 事 項
生 活 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 加リ制限有 (cal) <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミサー <input type="checkbox"/> ソフト食
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
	摂取状況	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
	義 歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	口 臭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	嚥 下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事に時間かかる <input type="checkbox"/> ムセ込み有
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル
		<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテ 交換日 /
		<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 最終排便日 (    )
		<input type="checkbox"/> その他 (    )
整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		最終入浴日 (    )
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 歩行 (    ) <input type="checkbox"/> 杖歩行	
	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス	
	麻痺 <input type="checkbox"/> 有 (    ) <input type="checkbox"/> 無	
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
	(服薬) <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 服薬無	
問題行動	<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 (    )	
服 薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (    )	
※服薬している薬の種類、内容 (オーダーシール添付)		

