

北区版
介護医療連携共通シート
マニュアル(第3版)

長生きするなら北区が一番



企画：東京都北区在宅介護医療連携推進会議
介護医療連携共通シート導入検討部会・連携事業評価部会
平成30年12月

介護医療連携共通シート 利用マニュアル

1 はじめに

北区では、介護と医療の関係機関がお互いに必要な情報を円滑に共有できる仕組みを、在宅介護医療連携推進会議の検討部会において検討し、関係機関が統一して使用できる連携ツールとして「介護医療連携共通シート」（※以下「共通シート」）を作成いたしました。是非ご活用ください。

2 共通シートの目的

共通シートは、在宅療養高齢者等の支援に必要な情報のやり取りを、介護と医療の関係者間で効果的かつ円滑に行うためのツールとして作成するものです。

3 共通シートの用途

介護と医療の関係者間での連絡を取るためのコミュニケーションのツールとしてご活用ください。

なお、既に独自の様式を用いて情報のやり取りを行っている場合は、そのシートの利用を妨げるものではありません。

4 共通シートの種類（2種類）

- (1) 介護医療連携共通シート連絡票
- (2) 入院前在宅生活状況提供書

5 共通シートの運用ルール

- 介護医療連携共通シート連絡票
- (1) FAXか郵送のいずれかの方法でやり取りしてください。
※緊急時には電話連絡が適切です。
 - (2) 送り先の相手にとってわかりやすい内容のための工夫をしてください。
 - (3) 原則として、本人または家族の同意を得てから使用してください。
 - (4) 個人情報の漏洩防止には細心の注意を払ってください。FAXを利用する場合は、氏名・住所等個人が特定される情報を、伏字、あるいは空欄としてください。また、受け取りの確認を必ず行ってください。
 - (5) 詳しいやり取りは、シートに記載せず、直接会話の中で補足するようにしてください。
 - (6) 「介護医療連携共通シート連絡票」は、診療情報提供料等を算定することはできません。

- 入院前在宅生活状況提供書
- (1) 「入院前在宅生活状況提供書」は、北区標準様式として作成しました。居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）がご担当の高齢者が入院した際に記入し、ご利用ください。入院時情報連携加算が算定できる内容となっております。
 - (2) 平成30年度に、国（厚労省）からも様式例（入院時情報提供書）が示されましたが、北区様式・国様式どちらを用いても構いません（どちらも算定可能です）。
 - (3) 提供書の記入にあたっては、ADLの状況等は悪化後（入院直前）ではなく、悪化前のものを記入してください。

【歯科医療機関との連携についてのマニュアル】

歯科医療機関と連携する際に、下記の口腔アセスメントを参考に「介護医療連携共通シート」をご利用ください。

○ 口腔アセスメント

① 歯の有無	ある	ない
② お口の中の痛み	ある	ない
③ お口の中の乾燥	ある	ない
④ お口の中の汚れ	ある	ない
⑤ 口臭の有無	ある	ない
⑥ お口の開閉	開く	開かない
⑦ むせの有無	ある	ない
⑧ 入れ歯の有無	ある (⑨へ)	ない
⑨ 入れ歯の使用	使っている	使っていない
⑩ かかりつけ歯科医の有無	いる	いない
⑪ 認知症の有無	ある	ない

○ 訪問歯科診療が必要な場合は、各歯科医師会へご連絡ください。

北歯科医師会 03-3900-5009

滝野川歯科医師会 03-3918-8060

【薬局との連携についてのマニュアル】

○ケアマネジャーが薬局（薬剤師）と連携が必要なケース

- （１）複数の疾患があり、複数の医療機関を頻回受診する利用者
（多剤併用が多くなるため、重複投与、薬物間相互作用のリスクが問題となる）
- （２）視覚や聴覚機能の低下、えん下障害などにより、服薬の自己管理や服薬自体に支援が必要な利用者
（錠剤、カプセル、または粉薬が飲めない）
- （３）認知機能の低下や精神疾患等により、服薬の自己管理ができない利用者
（何の薬か理解できない、薬自体の管理ができない、飲み忘れによる残薬）
- （４）自己流の服薬により、必要な薬を飲まない利用者
（何の薬か理解していない。特に体調が悪くないから飲まない等）
- （５）利用者の体調変化などに応じた対応が必要となる場合
（医療的サービスの割合が高いターミナルケアや困難事例等）

○上記に該当する場合で、薬局と連携する際に、介護医療連携共通シートをご利用ください。

下記の項目で配当する事項を、【内容】欄に記入ください。

<input type="checkbox"/>	薬の飲み忘れ・飲み違いがある。
<input type="checkbox"/>	薬の量・回数を自分で調節している。
<input type="checkbox"/>	下痢、軟便、便秘等がある。
<input type="checkbox"/>	頻尿、尿失禁、排尿困難がある。
<input type="checkbox"/>	睡眠障害がある。
<input type="checkbox"/>	その他

介護事業所 高齢者あんしんセンター

名称: 区役所ケアセンター 担当者: 〇山

電話番号 FAX番号



医療機関(主治医・医療相談室・歯科医・薬剤師)

名称: 北区診療所 担当者: 飛鳥山先生

電話番号 FAX番号

契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。

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ものを送付いたします。(特記事項:)

北区の個人情報使用同意書を活用の場合



利用者情報

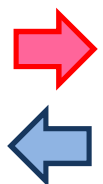
※本シートは診療報酬の診療情報提供料の算定は想定しておりません。

ふりがな	申請中	月 日	生年月日	M・T・S	年 月 日 (歳)
氏名	FAXを活用する場合は、「ふせ字」にしてください	要介護度	3	利用者状況	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居()
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> リハビリ科				
かかりつけ歯科の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	利用 治療歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	かかりつけ薬局の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
照会目的	<input checked="" type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後・状態変化時のケアプラン作成時の医学的意見について		<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・助言など		
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・緊急時対応の指示について		<input type="checkbox"/> 歯科に関すること		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学意見について		<input type="checkbox"/> 薬に関すること		
	<input type="checkbox"/> その他()				
ケアマネ・包括記載欄	<input type="checkbox"/> 報告・連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信		医療関係者記載欄: <input type="checkbox"/> 報告・連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信		
<返信希望の有無>	<input checked="" type="checkbox"/> 返信願います。(/ まで) <input type="checkbox"/> 返信不要です。		<返信希望の有無> <input type="checkbox"/> 返信願います。(/ まで) <input type="checkbox"/> 返信不要です。		
【内容】 (記入例) ご本人様からの依頼でケアプランを担当させていただきます〇山と申します。ご本人様が、デイサービスにて入浴をすることを希望しております。つきましては、ご指示などございましたら、ご意見をお願いいたします。 ※医療機関に開きたい内容について、簡潔に記載をお願いします。詳しいことや内容については、実際に連絡をして面会・電話連絡等で行ってください。紙面上で細かいことを求めることや疾病名、傷病の経過、治療状況などを照会した場合、診療報酬の算定の対象になりますので、くれぐれもご注意ください。	⇒ <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"/> 下記の通り回答(連絡)します。 【内容】 (記入例) 直接お会いしますので、診療時間内にいらしてください。 ※なお、本シートは診療報酬の診療情報提供料の算定は想定しておりません。				
【介護サービス利用状況】	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> 通所介護 ()		【備考】 カンファレンス予定の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(平成 年 月 日頃) ご本人へのターミナル(終末期)・疾患(癌)に関する告知: <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> その他 ()				

介護事業所 高齢者あんしんセンター

名称: _____ 担当者: _____

電話番号 _____ FAX番号 _____



医療機関(主治医・医療相談室・歯科医・薬剤師)

名称: _____ 担当者: _____

電話番号 _____ FAX番号 _____

- 契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。
- 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: _____)



利用者情報

※本シートは診療報酬の診療情報提供料の算定は想定しておりません。

ふりがな	申請中	月 日	生年月日	M・T・S	年 月 日 (歳)
氏名	要介護度		利用者状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居	
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> リハビリ科				
かかりつけ歯科の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	利用 治療歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	かかりつけ薬局の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
照会目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更・状態変化時のケアプラン作成時の医学的意見について			<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・助言など	
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・介護・看護・病状の医学的意見・緊急時対応の指示について			<input type="checkbox"/> 歯科に関する事	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について			<input type="checkbox"/> 薬に関する事	
	<input type="checkbox"/> その他(_____)				
介護括記載欄	<input type="checkbox"/> 報告・連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信			医療関係者記載欄	<input type="checkbox"/> 報告・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			<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"/> 下記の通り回答(連絡)します
【介護サービス利用状況】	<input type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> 通所介護 ()			【備考】	カンファレンス予定の有無 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月 日頃)
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> その他 ()				ご本人へのターミナル(終末期)・疾患(癌)に関する告知 : <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済



入院前在宅生活状況提供書

Header form containing personal information: ふりがな, 氏名, 住所, 性別, 生年月日, 要支援・介護度, 経済状況, 家族状況, キーパーソン, 本人との関係, 連絡先.

Main assessment form with 25 numbered sections: 1.入院日, 2.既往歴・傷病名, 3.主治医, 4.介護サービス利用状況, 5.食事摂取, 6.食事形態, 7.排泄, 8.更衣, 9.入浴, 10.起き上がり, 11.起立, 12.立位, 13.歩行, 14.車椅子, 15.意志疎通, 16.聴力, 17.視力, 18.口腔衛生, 19.服薬の状況, 20.認知と行動, 21.介護力, 22.社会との関わり, 23.居住環境, 24.高齢福祉サービス, 25.その他特記事項.

問い合わせ先

○様式や運用ルール等については、継続的に検証し、より良いものに改善していきたいと考えております。疑問点やご指摘、ご提案などございましたら、随時下記担当あてにご連絡ください。

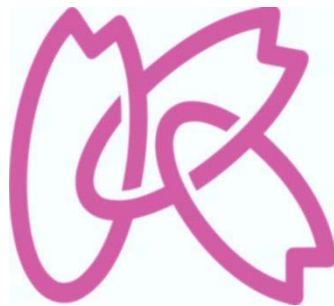
○本マニュアル及びシート様式については、「北区ケア倶楽部」（自治体と介護サービス事業者の連携のための会員限定サイト）でも公開しています。詳細はお問い合わせください。

マニュアル・連携シートについて

地域医療連携推進担当課

電話：03（3908）1134

FAX：03（3908）1136



北区版介護医療連携共通シートマニュアル（第3版）

平成30年12月発行

発行 東京都北区健康福祉部地域医療連携推進担当課

東京都北区王子本町一丁目15番22号