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連絡票

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

- (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) <u>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</u> <u>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</u> 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。
- (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、<u>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。</u>

入院前在宅生活状況提供書

【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。

○ □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^)	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)
- 〇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。

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

北区標準様式

介護医療連携共通シート連絡票

〇〇年 〇月 〇日

介護事業所 高齢者あんしんセンター								医療機関	(主治医•医療相談	(室・歯科医・薬	(剤師)
名称:	区役所ケアセ	ンター	担当者:	ОЩ			_ 名和	弥:	北区診療所	担当者:	飛鳥山先生
電話番号		FAX番号					電話	 番号	FAX番	 番号	
					1				·		
	約時の同意のほか、c めて承諾は得ておりま					宅介護支	 で援に必要		北区の個人情報使 同意書を活用の場		(AS)
—— 送付	付いたします。 (特記事	事項:)			City of Kita
				利	用者	情:	報	※本シート	は診療報酬の診療情報	段提供料の算定に	
ふりがな			申請中	月	目	生年	三月日	M • T •	S 年	月 日	(歳)
氏 名	FAXを活用する場 「ふせ字」にしてく		要介護度	3		利用:	者状況	☑ 独居	□ 高齢者世帯	□ 同居()
他科受診の有	有無 □内科 □ダ	外科 □脳神	申経外科 □	整形外科 🗆]精神科	・□皮膚	事科 □※	以尿器科 □眼	艮科 □耳鼻科 □切	婦人科 口リハ	 ·ビリ科
かかりつけ歯科	科の有無 : ☑有	了 口無	利用 治療歴	歪 : ☑有	□無	カュカュり	つけ薬局	5の有無 : ☑	1年		無 : ☑有 □無 ☑無
	新規·更新·区分変		·						ービスを導入するにあ	ったり、主治医の	意見・助言など
照会目的	利用者の医療・看護					こついて		□ 歯科に関っ□ 薬に関する			
	福祉用具貸与(購入 その他(<u>() (C,)</u>	医削りりの区	子总兄にフバ				┃□ 栄に関りる	0-6)
ケアマネ・包括		设告•連絡	☑ 相談	□ 返信		医療関	係者記載	┆欄 : □ 報	告•連絡 □ 相詞	談 □ 返信	,
〈返信希望の〉	有無〉☑ 返信願	います。(/ まで)[□ 返信不要	です。	く返信剤	6望の有無	無〉 □ 返信原	願います。(/	まで)口	返信不要です。
【内容】						⇒□電	話してくだ	ごさい : 月・タ	火・水・木・金・土 0	の午前・午後	後()時頃
(記入例)						⇒□下	記の通り	回答(連絡)し	ます。		
	の依頼でケアプラン					【内容】					
	デイサービスにて入 ご指示などございる					記入例	*/	ナナの云。シャ	去吐明山フハミング	ーノチンチェン	
	, 〜 1日/11/46 〜 6 V '。 きたい内容について、簡潔			V 7CUA 7 0		旦.19	わ去いし	よりのじ、砂な	療時間内にいらして	· 2010</td <td></td>	
詳しいことや内容 紙面上で細かい。	字については、実際に連絡 ことを求めることや疾病名 この対象になりますので、く	格をして面会・電話 、、傷病の経過、流	話連絡等で行って 治療状況などを照			※なお	、本シート	、は診療報酬の)診療情報提供料の	の算定は想定で	ノておりません。
【介護サービス	ス利用状況】					【備考】					
☑ 訪問分	介護() [□ 通所介護	()	カンファ	ルンス予	定の有無 :	□ 無 □ 有(平)	成年	月 日頃)
□訪問ラ	看護 () [」その他	()	ご本人・	へのターミ	ミナル(終末期)・疾患(癌)に関す	る告知 : □	未 口 済

北区	標準	様式
----	----	----

介護医療連携共通シート連絡票

年 月 日

ر ر	ト護事業所 高齢者あんしんセ			医療機関	(主治医・	医療相談室	≧•歯科医	医・薬剤師)		
名称:	‡	担当者:			陈 :			担当	者:	
電話番号	FAX番号			電話	番号		FAX番·	号		
_			7							
	の同意のほか、改めてご本人の産 承諾は得ておりませんが、契約時 たします。(特記事項:	の同意に基づき、ご本人)	、は診療報	₩の診療情報	提供料の1	City o	of Kita
ふりがな		申請中月		平月 日	M · T ·		年	月	日 (歳)
氏 名		要介護度		者状況		 高齢者1	·	同居	- Г	//3/2//
他科受診の有無			 情神科 皮膚	科 🗌					人科 🗌	リハビリ科
かかりつけ歯科の	有無 :□ 有 □ 無 利尿	用 治療歴 :□ 有 □] 無 カンカング		品の有無 :□	有 🗌 無			の有無 : □] 有 □ 無	有 無
□ 新	「規・更新・区分変更・状態変化時のケアプ	うン作成時の医学的意見につい	١٢		医療系サー	-ビスを導入す	るにあたり、主治	医の意見・耳	功言など	
I III = H H H	川用者の医療・介護・看護・病状の医学的意		ζ		□ 歯科に関す	けること				
	冨祉用具貸与(購入)について、医師からの図 	医学的意見について 			薬に関する	こと				
	·の他()						
介護括記載欄 :	□ 報告·連絡 □ 木	目談	医療関	係者記載	찮欄 : □	報告•連絡	相談 	□ 返信		
く返信希望の有無	無〉 □ 返信願います(/) 返信不要です	く返信を	希望の有無	無〉 🗌 返信願(います(/) [返信不要	をです	
【内容】			$\Rightarrow \Box$	電話してくだ	ion 月・火・	水•木•金•	土の午	前 •午卷	後()時頃	 €
			$\Rightarrow \Box$	下記の通り	回答(連絡)します					
			【内容】	İ						
【介護サービス利	用状況】		【備考】							
□ 訪問介) 護 () [) カンフ・	ァレンス予	·定の有無 :[有 (平成	え 年	月	日頃)
□ 訪問看					ミナル(終末期					



北口	区標準 様式	Ċ
年	月	日

入院前在宅生活状況提供書

City of Kit					- ノヘドル 	H1 12	<u></u>	<u>-/ロ</u>	11/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1	た レ	T					
ふりがた	な								性別	4		生	E 年	月	日	
氏 名	, E									М -	· T • S •	· 西暦 		年	月	日
住所		北区						_		_						
要支援・介記		要支援(要介記)	有効其			年	月	<u>B</u>	~ + (年 月	月 日
経済状況		年金		生活保証		その他(,(障害手帳	Ē L	無		有(· 1	**· ~ #	<u> </u>
家族状況		単身			居者()	住環境] —,	戸建			階段:□	無
キーパーソ		<u>±</u> ± , ,	·護者と同	،اتا	<u>その他(</u>									<u> エレヘ゛ー!</u> :)	<u>9-:</u>	無
主介護者氏						人との 関係						連絡先	(自宅)			_
1. 入院日	1	年	月		□ *AC	川の状?	湿等は乳	悪化乳	後(入院)	₽直前	ī) でl	けなく、	悪化前(ጣ も の፡	を記入し	てください
2. 既往歴・					H	LU.	<u>/6</u> ~,	Ø i≃	×	<u>IE</u>		<u>ውም</u> .	<u>/⊡/1=</u>	<i>10</i> C	C 40+	CVICE
2. 欧任座 • 傷病名	<u> </u>															
3. 主治医	1	医療機関 主治医師	氏名						2		主治	機関名医氏名				
		連絡			 外来 「		問診療	لـــــ				絡 態			÷	 〕 訪問診療
		│ 形 訪問企業 _{ご用}	態		<u> </u>		_		F '⊞		形	忠		」 外来 5問入浴		
4. 介護サービス		訪問介護 _{【週} 訪問リハ ィ 週					」 通所介 □ 通所印			回】						
利用状況		訪問リハ【週訪問看護事事	業所:					<i></i>)			福祉用具	具 (豆期入所		
5. 食事摂取	総	経管栄養(_	<u> </u>	·部介助 [胃ろう 7	j)	:介助 ———		むせこみを経腸剤名	_	無 [用量	(有 /	増粘 ——、	<u></u>	無
6. 食事形態	主食:副食:	:	菜 <u> </u>	全粥 <u>きざみ</u>	極	その他 亟きざみ		ミキサ			食欲		普通		不振	
		: 無		有 / (便意:	無		有	/ 失禁				有 /	□ ハ	バルーン	ストーマ
7. 排泄		自立 トイレ	見守り ポータブ	ル	_ 声かけ 尿器 □		 時誘導 着] 一部介. リハビリバ			全介! パット		おむつ	,	
8. 更衣		自立	見守り		一部介則		(上才	衣着脱			 衣着脱)			介助
9. 入浴			見守り		一部介即	助	(_)			全介助 /	特殊》	浴槽 :		有
10. 起き上がり		自立		国まればて			すればでき			不可	可					
11. 起立				国まればで			すればでき	きる		不可	可					
12. 立位		支えなしででき		_	可か支えがあ)		不同		
13. 歩行	1	独步								<u>-</u>		歩行器)	一不		
14. 車椅子			自立	見守り		部介助	<u> </u>	全介目			自操		可		不可	
15. 意志疎通			用のか		困難	/	/	ナ-	ースコー				無		有	
16. 聴力		聞こえる] 聞こえ(聞こえれ		/	gr	補聴器	<u> </u>	無		有			
17. 視力		見える 🗌] 見えにく _{目空n} 「		見えな 郊 今 忠 (<i>;</i> [\		旭	艮 鏡:		無無		有	 ,	•	
18. 口腔衛生			<u>見守り</u> [=	部介助(<u></u>			-17 本		全介	<u>`助_</u>	義歯 :	無	<u> </u>	有 <u>(</u>	
19. 服薬の状況			見守り [「		<u>介助</u> _ □			服薬物)
	物忘れ		無		有	· 坦스			定診断		<u></u> 無		有			
^ === kg し /字重h	意思決	定		"きる □			以外はで			困難			— : #;	·	us	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
20. 認知と行動	石毛	、 珊.华.快		liうつ ∐ - 声 □	」 不安 │ △⋙;;;		興奮 [披害的	_	作話	=	昼夜逆軸 独内電	₽ L	=	舌の繰り返し
	行勁	・心理症状		^{下声} □ ·の他	介護拒否 (돌 ㄴ	」 洛っ	う着きな	なし ∟	4	収集		独り言	L	4個	
	介護者	*	で 		 氏名:			—		—						無
21. 介護力		<u>自</u> 者の健康	⊦ -==	<u>-</u> 建康 [高齢		 病身		′ 介護者(の負	坦感	<u></u>	無] 有		<u> **</u>
Z1. 71 µx/-	介護の		 -==-	^{護夙} └ 常時可	 日中 <i>0</i>				り 設有り に日のみ	112	15 no.		#	<u> 'rs</u>		
	社会参				<u>」」日中の</u>] <u>有</u>) o > _		<u>1] * Pro-</u>	<u> </u>	—						
22.社会との 関わり	対人交地域の	交流			」 <u>有</u>] 有] 有											
	18-%)肺ノ」		<u>!</u> 引題なし		 問題あり	—									
24. 高齢福祉	 	<u> </u> 紙おむつ支給	' = -	引越なし &急キット					 爰サービス	—						
24. 高齢福祉 サービス		紙おむつ支給 おたがいさまネ	_		・ [_] 徘 緊急通報シ		消各多瓜	(又)从	まサーレハ		٦ –	-人暮らしの	の高齢者	f定期 訪	i問	
		JICIS V	71		S NEW YORK -	<u> </u>			⇒□1去	4 ,						,
25. その他								7	記入者	:			連絡:	先:		
特記事項								7	事業所名	名:	_	_		_	_	

問い合わせ先

- 〇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