「医療・介護連携シート」
ＩＣＴ版
活用の手引き

岡山県備中保健所
医療・看護・介護連携推進会議・医療・看護・介護実務者連絡会

目　次

Ⅰ.「医療・介護連携シート」の基本的な考え方

1．はじめに …… 1
2．目的 …… 2
3．基本理念 …… 2
4．「医療・介護連携シート」の改定と評価 …… 2

Ⅱ．運用マニュアル

1．運用上の基本姿勢 …… 3
2．使用場面 …… 4
3．「医療・介護連携シート」の受け取りと保管 …… 5
4．「医療・介護連携シート」管理責任者 …… 5
5．「医療・介護連携シート」の記入者 …… 5
6．個人情報の取扱い …… 5

Ⅲ．記入マニュアル

1．No. 1（シート1枚目） …… 6
2．No. 2（シート2枚目） …… 11

Ⅳ.「医療・介護連携シート」活用事例集

1．事例集の活用にあたって …… 14
2．各事例のシート活用の概要 …… 14
3．ケアマネジャーからの事例（事例1，2） …… 16
4．急性期病棟からの事例（事例3，4） …… 28
5．回復期病棟からの事例（事例5，6） …… 36

Ⅴ.「医療・介護連携シート」活用に関するもの

1．入退院ルールについて …… 45
2．医療・介護の入退院ルール …… 47
3．住民への普及啓発用リーフレット「もしもの入院に備えて」 … 49
4．大切にしたい連携のポイント …… 51

【附録】

障害高齢者の日常生活自立度（ねたきり度）判定基準 …… 52
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 …… 52
ＡＤＬ評価方法 …… 53
「医療・介護連携シート」ＩＣＴ版 …… 54

Ⅰ.「医療・介護連携シート」の基本的な考え方

1. はじめに

わが国は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しており、団塊の世代（約８００万人）が７５歳以上となる2025年(平成37年)以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。このため厚生労働省の政策として、高齢者の尊厳の保持と自立生活支援の目的のもとで、疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています。そのためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要と考えられています。

こうした将来予測がなされている現状から、全国では、地域包括ケアシステムの構築を目指して、様々な連携ツール（シート）や連携パスなどの試案・運用がなされています。

今回作成した「医療・介護連携シート(以下、連携シート)」は、あくまでもツールです。有効に活用されることで、ご本人とそれを支えておられるご家族の、真のニーズに基づいた、一貫した支援がなされるようになることを、連携シート作成者一同、願っております。

2. 目的

地域の皆さまが、医療あるいは介護が必要となったときに、それらが必要十分かつ効果的に提供され、さらに可能な限り最善の結果を得るためには、関係する様々な機関・施設の多職種間で、医療・介護の情報を、地域の実情に合わせて共有することが必要です。そのための手段としてこのたび、「連携シート」を作成しました。

この「連携シート」を使用する目的は、入退院・入退所時の連絡調整や、在宅生活期の医療・介護間の連携促進・在宅サービス担当者間の医療・生活情報の共有にあります。情報の共有により多職種間の顔の見える関係づくりが進み、その過程で相互理解が深まり、多職種からなるチームの信頼関係が強化され、地域完結型の医療と介護が、より効果的、包括的に発展していくことを目的としています。（図１）

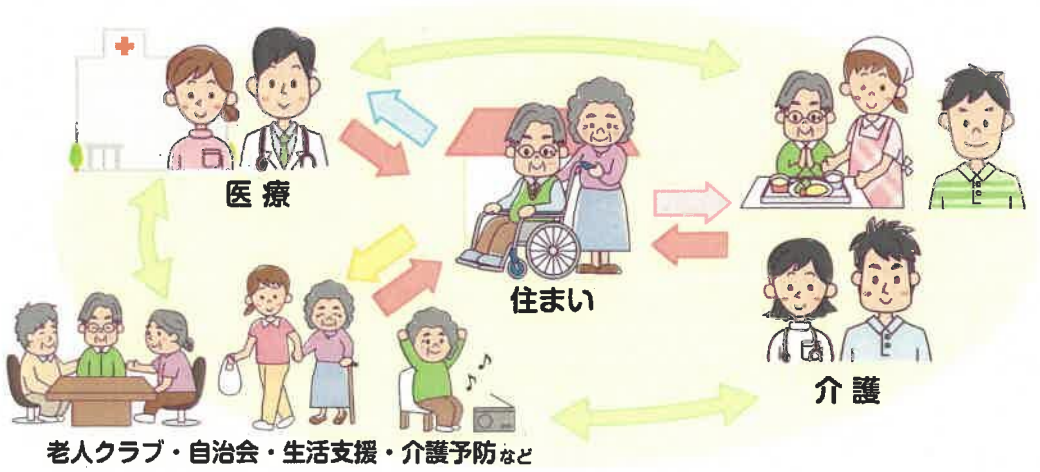


図１）在宅医療・介護の連携推進の方向性のイメージ

3. 基本理念

（1）ご本人・ご家族のニーズや意向を尊重する。

この連携シートは、ご本人の生活歴や疾病体験の影響、ご本人の望む生活、ご家族の願いなどを記載する様式になっています。ご本人･ご家族を中心にして、そのニーズや意向を踏まえ、医療、看護、介護の提供に際しそれを最大限生かせるように、考えることができる様式となっています。

（2）医療・介護を担う多職種連携を推進する。

今日の医療・介護は、多職種協働の時代です。ご本人の生活支援を担う多職種の連携を推進するためには、職種間の相互理解が前提となります。各職種は、使用される用語や、その概念も様々に異なっており、職種間の相互理解の妨げともなっています。この「連携シート」には、そうした職種間の共通言語、共通理解を作り出そうとする“想い”が込められています。さらに、連携を推進するために、パソコンに不慣れな方でも使用できるよう、手書きでも利用可能です。

（3）生活全般を支える包括的、立体的連携。

医療･介護の連携場面から､本人や家族の生活全体を捉えていくと､入退院（所）時における“垂直連携”と、生活期における医療・介護の“水平連携”に分類できます。この連携シートでは、使用場面に応じた名称（縦パス・横パス、フェイスシート）を使い分けることで、地域における包括的、立体的連携の構築を目指したものです。

また、この「連携シート」は、どの疾患の方が使用していただいても結構です。

（4）共有する情報項目は、コンパクトに。

この連携シートの記載項目は、送り手が伝えたい情報と、受け手が必要とする情報を徹底してすり合わせました。さらに、その中で重要な項目を集約した結果、このようにコンパクトなものになり、記載しやすく、実用性のある様式になっています。これにより、連携調整に掛る手間が標準化され、業務の効率化が期待できます。

> 注）この「連携シート」は、医療と介護間の連携の基本となる項目を中心として構成されています。各職種、各医療機関、各施設に於いては、既に使用されている様々な様式（フェイスシートや連絡票、看護添書等）が存在し、使用の用途に合わせて活用されます。こうした様式は、必要に応じて連携シートと併用することが有益であると考えられます。この連携シートは、そうした様々な様式の使用を制限するものではありません。

4. 「連携シート」の改訂と評価

（1）本連携シートの使用者から寄せられた意見を継続して岡山県備中保健所に集め、市町と協議してシートの改訂を今後も継続して行う予定です。

（2）当地域における医療･介護連携にかかる評価指標の一つとして、本連携シートの活用状況調査を必要に応じて実施します。

Ⅱ. 運用マニュアル

1. 運用上の基本姿勢

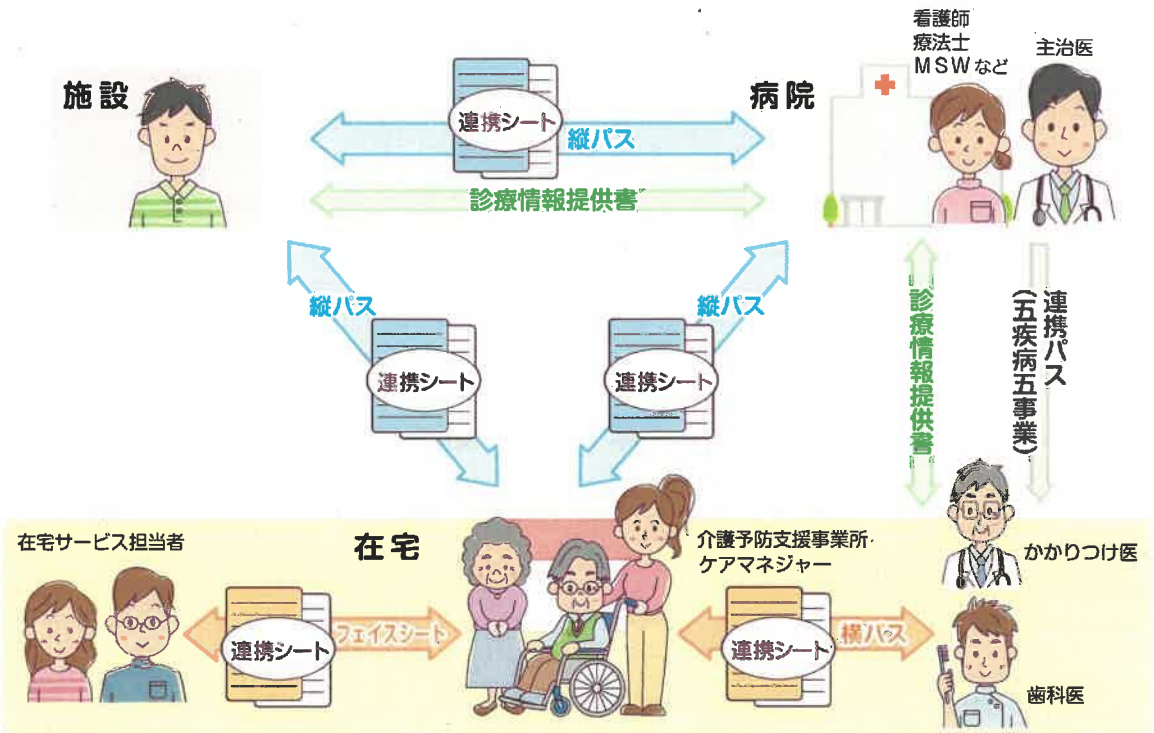
連携シートの構成と使い分け

このシートは No.1（シート１枚目）、No.2（シート２枚目）の２枚構成です。
フェイスシートとしても使えます。

【縦パス】
入退院（入退所）時に用います。病院⇔在宅、病院⇔施設、施設⇔在宅の間で使用します。具体的には、退院（退所）前調整会議時や、入院（入所）情報提供等で活用することができます。

【横パス】
在宅生活における医療・介護の連携に用います。具体的には、ケアマネジャーがかかりつけ医へ医療情報を依頼するときや、介護保険主治医意見書を作成依頼する時に活用することができます。

※上記の「縦パス」、「横パス」の「パス」という言葉は、現時点では一般的なクリティカルパスと同じ意味ではありません。この「連携シート」を、今後地域の皆様で検討を重ねていくことで、真の連携システムとしてのパスを構築したいという“願い”から名付けました。
※「連携シート」は在宅サービスの担当者間（ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護、療法士など）で、医療・生活情報の共有を目的として、フェイスシートとして活用することができます。



2. 使用場面

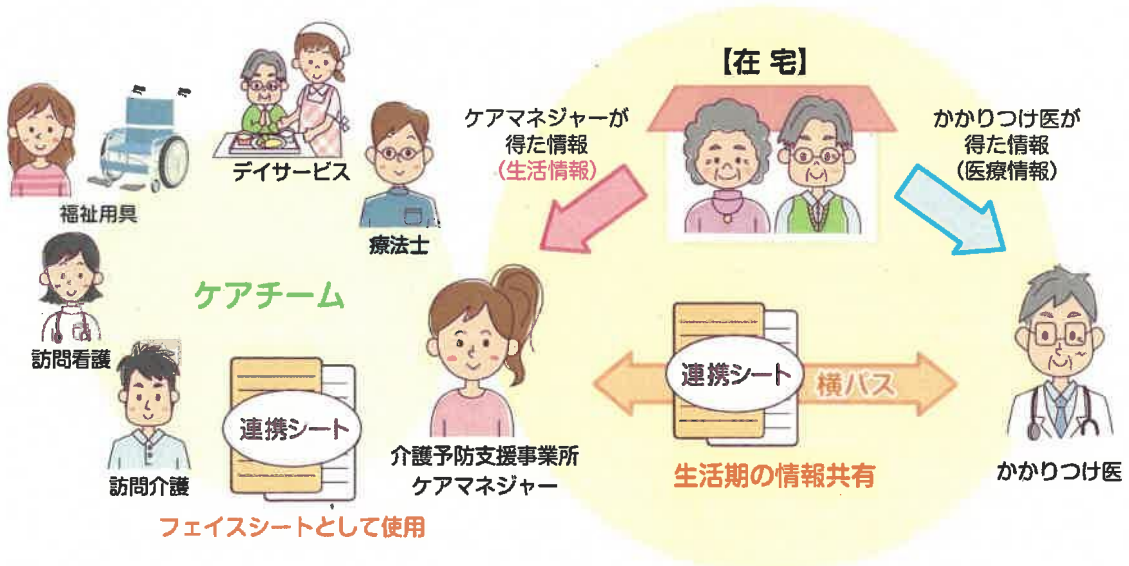
（1）「縦パス」は、病院⇔在宅、病院⇔施設、施設⇔在宅、施設⇔他施設の間で、本人の病状や環境等が変わる場合（以下の表を参照）に使用します。

連携場面	使用の基本	渡す側	うけとり側
病院 →在宅・施設	退院前調整会議が必要な場合等	連携担当者 （MSW 等）	ケアマネジャーや 連携担当者
施設→在宅	退所前調整会議が必要な場合等	連携担当者 （生活相談員等）	ケアマネジャー
施設→病院	急性期治療が必要な場合等 病状変化、積極的治療の必要性等	連携担当者	連携担当者 （MSW 等）
在宅→病院	急性期治療が必要な場合等 （予定された検査入院は含まない）	ケアマネジャー	連携担当者 （MSW 等）
在宅→施設	入所が決定し、情報提供する場合等 （申し込みの段階ではない）	ケアマネジャー	連携担当者 （生活相談員等）
施設→他施設	老健から特養に入所するなど、 入所施設が変わった場合等	連携担当者 （生活相談員等）	連携担当者 （生活相談員等）

（2）「横パス」は、生活に大きな変化が生じた場合や、介護認定更新や変更時、主治医（かかりつけ医）とケアマネジャーの情報連携が必要な場面で使用します。

（使用の具体例）

- 要介護認定の新規、更新、変更申請を行う場合の情報提供
- かかりつけ医やケアマネジャーが変更になる場合の情報提供
- 介護保険サービスの大きな変更を必要とする ADL や病状の変化が生じた場合
- ケアマネジャーからかかりつけ医にＡＤＬや生活上の留意事項を伝えたい場合
- かかりつけ医からケアマネジャーに、医療上の留意事項を伝えたい場合



3．「連携シート」の受けとりと保管

「連携シート」を渡す側は、「連携シート」の原本をコピーしカルテに保管します。
また、連携シートの原本は連携先に渡します。受けとる側は、その原本をカルテ等の個人の記録物に、いっしょに保管してください。

4．「連携シート」の管理責任者

「連携シート」の管理責任者は、病院では連携担当者（ＭＳＷや退院調整看護師等）、在宅や施設では、ケアマネジャーや生活相談員が想定されますが、機関によっては上記職員以外の連携担当者が管理責任者になってもかまいません。

5．「連携シート」の記入者

「連携シート」は、医師、看護師、リハスタッフ、MSW，薬剤師、栄養士、ケアマネジャーなどの多職種で記入し、連携シートを完成していきます。スムーズな連携シートの記入ができるように、各々の機関によって、記入者をご検討ください。

6．個人情報の取扱い

個人情報保護の観点では、厚生労働省の「個人情報保護関係ガイドライン」等に示されているとおりです（※）。具体的には、事前に個人保護の利活用範囲を「契約書」や「重要事項説明書」あるいは「個人情報使用同意書」のいずれかに明示し、同意を得ておくことが必要です。その後、本人家族等より情報活用への拒否の意思表示がなされない限り、掲示等に示された範囲での情報活用について“黙示の同意”があるものと判断されます。

ただし、個人情報の利活用に際しては、慎重な対応をお願いします。

※

・「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイドライン」（H22 年改正）

該当箇所→　Ⅲ　医療・介護関係事業者の義務等

5．個人データの第３者提供（法第 23 条）

（3）本人の同意が得られていると考えられる場合

(http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/)

・「医療等に関する個人情報」の利活用にあたっての取扱ルールについて
(http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002dcig-att/2r9852000002dcno.pdf)

Ⅲ. 記入マニュアル

1. No.1（シート1枚目）

（基本情報）

記入者：このシートの管理責任者の氏名および職種

連携先：受け取り側の連携担当者

作成日：シート作成が完了した日付

住所･電話番号:本人の居住地を記入（施設入所されている場合は、今まで住んでいた施設名･住所･電話番号）

（今回の連絡要旨）

なぜ今回、連絡する必要があったのか、主治医・在宅サービス等との連絡の理由、要旨を記入します。

・入所・入退院時の情報提供、介護保険の更新申請や変更申請時の、主治医意見書の依頼

・病状や生活状況の変化があった、主治医の判断や意見をもらいたい等

（治療中の病気・既往症）

要支援･要介護者は、慢性疾患を多く有している方もおられ、それが非常に大きな意味を持つことがあります。現在治療中の病気・既往症を記入して下さい。

（最近の入院・入所歴）

最近の入院、入所歴を記入します。入院・入所の目的は、わかる範囲で簡潔に記入します。

・肺炎治療、転倒骨折の治療、リハビリ目的等

（受診中の医療機関名）

主たる医療機関の他に、歯科や眼科、整形外科など、他科受診を並行されている場合は、その医療機関名を記入します。

（入院にかかわる病名（又は症状））

今回の入院・入所に至った傷病名を記入します（複数でも可）。

（現在の病気、既往症・感染症の有無）

併存症・既往歴について該当項目をプルダウンで選択します。項目にないものは、空白欄に記入します。感染症は該当項目をプルダウンで選択します。項目にないものは、その他（　）内に記入します。検査未実施である項目は、『不明』を選択します。

≪現在の病気≫

入院の原因でない、現在罹患している疾患。分かれば発症時期や、治療経過等

例）脳出血のため入院治療中で、「高血圧」の治療もしている。この場合は、高血圧が併存症となるので、高血圧にチェックの上、具体的な事がわかれば記入します。『10年前から内服治療中』

≪既往症≫

過去にかかった病気やけがの事をいいます。

例）骨折の治療や、がんの手術後等

（分かる範囲でその時期や治療内容を、自由記載してください。）

（アレルギーの有無）

アレルギーの有無についてプルダウンで選択します。「あり」の場合は、薬（内服、注射、外用薬、造影剤など）、食物、その他のアレルギー既往（例：ぜん息等）を記入します。その原因と疑われるものを（　）内に記入します。

例）抗生剤で発疹や、ピーナッツでぜん息等

下記の項目（身体状況から褥瘡まで）について、直近１週間の状態を記入します。

（身体状況）

・四肢欠損：上肢・下肢、指等について欠損している部位をプルダウンで選択します。その他には手指・足趾（指）について記入します。

・麻　　痺：主に神経系の異常によって起こった筋力低下、あるいは随意運動の障害がある場合、プルダウンで選択します。その判断は、下記を参考にしてください。

〈軽　度〉関節の屈曲と伸展等の動きが自由にできる状態

〈中等度〉関節の屈曲と伸展等の動きが自分の力で何とかできる状態

〈重　度〉随意運動として関節が全く動かない状態、もしくは動いても屈曲または伸展のどちらかにしか動かない状態

・筋力低下：筋力の低下がある場合、プルダウンで選択します。その判断は、下記を参考にしてください。

〈軽　度〉手足が完全に挙上でき、かつ弱い抵抗でも完全に挙上できる状態

〈中等度〉手足が、手足の重さに打ち勝ってなんとか完全に挙上できる状態

〈重　度〉手足が全く動かない、または動いても手足の重さに打ち勝って動くことができない状態

・摂食・嚥下障害：「咀嚼」、「咽頭への送り込み」、「咽頭期」の障害について、判断しにくい場合には下記を参考にプルダウンで選択します。わからなければ不明を選択します。

■ 咀嚼（そしゃく）

「咀嚼」とは、食物を歯で噛み砕くこと。歯がそろっていても、固形物をあまり噛まないで飲み込む場合や、歯がそろってない為に食物を噛み砕くことができない場合、義歯が適応していないために噛むことが困難な場合に「嚥下障害あり」と「咀嚼」にチェックします。高次脳機能障害や認知症などでは、咀嚼しているようにみえても、噛むような動作を繰り返しているだけで、実際には咀嚼ができていない場合がありますので注意します。

■ 咽頭への送り込み

口腔内の食塊（食物を咀嚼し、飲み込みやすい形状にした塊）が、スムーズに喉の奥に送り込まれること。きちんと送り込みができれば、食塊は口腔内から無くなります。送り込みに障害がある場合に「嚥下障害あり」と「咽頭への送り込み」にチェックします。「咽頭への送り込み」ができているか判断しにくい場合には、口腔内（舌の下や、頬と歯肉とのすき間など）の食物残留がないか確認します。

■ 咽頭期

食塊が咽頭へ送られ、この瞬間に「喉ぼとけ」が上がり、食塊が気管に入らないように蓋（喉頭蓋）が閉まり、食道へ食塊が運ばれます。この一連の動作に障害がある場合、「嚥下障害あり」と「咽頭期」にチェックします。以下の場合には、咽頭期障害が疑われますので、同様にチェックします。

・「食事中のむせ」がある場合

・「嚥下障害がある」と指摘されたことがある場合

・飲み物に「トロミ」をつけている場合

・その他

失語、難聴、視力障害の該当があればプルダウンで選択します。分からなければ不明を選択します。

身長、体重は直近のものを記入してください。

（日常生活自立度等）

・障害高齢者の日常生活自立度（別紙附録参考）

・認知症高齢者の日常生活自立度（別紙附録参考）

（認知症中核症状）

・短期記憶：身近にある３つのものを見せて、一旦それをしまい、５分後に答えていただくようにして判定します。すべて正解できなければ、「支援を要す」とします。

・意思決定：毎日の日課における判断能力です。

〈支障なし〉日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日するべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。

〈支援を要す〉上記よりも少しでも困難な場合（日々繰り返される日課については判断できるが、新しい状況に直面した時に判断に多少の困難がある場合も含む）

・伝達能力：本人が要求や意思、緊急の問題等を伝える能力です。

〈支障なし〉自分の考えをスムーズに表現し、相手に理解させることができる。

〈支援を要す〉上記よりも少しでもなんらかの困難を生じる場合（適当な言葉を選んだり、考えをまとめたりするのに多少の困難がある場合も含む）

（経過概略）

今回の経過について、要約を記入します。なお、この記入欄については、看護要約（サマリー）等の、別の書類を添付してもよいものとします。

ADL等の状況（別紙附録参考）

（薬）

・服　　薬：薬剤を服用する、湿布を貼布する、軟膏を塗布する等の行為の自立度を判定します。

〈自　　立〉自力で適正な薬剤使用が可能な場合

〈見守り〉適正な使用に際しての準備、声かけや見守りを受けている場合

〈一部介助〉自力での使用が困難で、一部介助を受けている場合

〈全介助〉自力での使用ができず、全面的に介助を受けている場合

・自己管理：薬剤の管理について、自己管理できているかどうかを評価します。

・特記事項：自己管理が可能であっても、お薬カレンダー、一包化調剤、日付や服薬時間の印字等の方法をとっている場合には、その内容を簡潔に記入します。

※お薬手帳に情報があれば添付します。

（食事・栄養）

・方　　法：食事・栄養の摂取方法について記入します。

〈経　　口〉口から食べている場合

〈経　　管〉経鼻経管栄養、胃ろう、腸ろう等の方法を選択している場合

〈中心静脈〉中心静脈栄養を選択している場合

・動　　作：食事における行為動作の自立度を判定します（ただし、配膳は含みません）。

〈自　　立〉自力摂取が可能な場合

〈見守り〉食事の準備、食事中の声かけや見守りを受けている場合

〈一部介助〉何らかの食事介助を受けている場合

〈全介助〉全面的に食事介助を受けている場合

・内　　容：主食と副食の状態、熱量、たんぱく質、塩分について記入します。

〈主　　食〉米飯、おかゆ、その他（例：パン、軟飯、五分粥等を記載）から選択

〈副　　食〉常菜、軟菜、その他（例：治療食　等）から選択

〈熱量等〉特別な指示がある場合は記入

〈形　　態〉普通、ひと口大、きざみ、ペーストから実際に提供されている項目を選択

・特記事項欄：食事に関する特記事項があれば、記入します。
・禁止食品
・補助食品等
・「経管」に該当する場合は、注入内容等
・食事姿勢、食事制限、嗜好食品、摂食嚥下状態（トロミの有無・内容）等についても、特記事項があれば、簡潔に記入します。

（口腔ケア）

・人の手を借りず、自力で口腔ケアが行なえているかどうかを判断します。
〈自　　立〉人の手を借りず、自力で口腔ケアを実施できる場合
〈見守り〉準備、見守りや声かけを受けている場合
〈一部介助〉口腔内の清潔について、何らかの介助を受けている場合
〈全介助〉全面的に口腔ケアの介助を受けている場合
・義　　歯：上下に義歯を使用しているかどうかで判定します。総入れ歯だけでなく、部分入れ歯も義歯と判断します。
・残存歯数：使える歯で数えます。グラグラしている歯、未治療のう歯（虫歯）などは数えません。わかりにくい場合は、記入しなくても構いません。
・特記事項欄：口腔内の痛みや状況について記入します。
・口臭、歯茎からの出血、義歯の不適合
・歯磨きをする習慣が無い、口の中を見られる事に抵抗があり拒否する等
・インプラント等

（排泄）

・尿意、便意：この項目は失敗の有無を問わず、尿意、便意があるかどうかで判断します。
排尿回数は、１日の回数もしくはおむつ交換の回数を記入します。
排便回数は、○日１回もしくは１日○回と記入します。
・方　　法：当てはまるものを選択します。日中と夜間で方法が違う場合は、両方にチェックをつけて、特記事項欄に記入します。
・動　　作：排泄に関わる一連の動作の自立度を判定します。
〈自　　立〉一連の動作を、見守りや介助がなく実施できる場合
〈見守り〉直接の介助はしていないが、見守りや声かけを必要とする場合
〈一部介助〉一連の動作で、何らかの介助を必要とする場合
〈全介助〉一連の動作の全てに介助を必要とする場合
・特記事項欄：排泄に関する特記事項を記入します。
・尿意はあるが失敗割合が多い。
・カテーテル使用の場合、状況やサイズ・交換日を記入する。
・排便コントロールが必要な場合は、排便回数（○日１回、１日○回）、使用薬の内容・使用状況等

（入浴）

・方法：当てはまる入浴方法（シャワー浴を含む）を選択します。ここでは、洗身に関する動作は含まれません。
〈一般浴〉見守りや介助がなくても、入浴が可能な場合
〈監視浴〉直接の介助は必要ないが、準備、入浴動作に見守りを必要とする場合
〈介助浴〉入浴動作のいずれかに、何らかの介助を必要とする場合
〈機械浴〉リフトやストレッチャー等の特殊入浴装置を使用する場合
〈その他〉入浴できていない、清拭のみ等

・洗　　身：頭部、背中を含めた全身の洗身に関する動作の自立度を判定します。
〈自　　立〉洗身動作について、見守りや介助を必要としない場合
〈見守り〉洗身動作について、何らかの声かけや見守りを必要とする場合
〈一部介助〉手の届きにくい部分のみ洗う等、一部介助を必要とする場合
〈全介助〉全ての洗身動作について、介助を必要とする場合

杖の例



・特記事項欄：入浴を行なう上での注意点を記入します。
・入浴の可否の目安となる血圧値や体温の数値
・皮膚の状態、特別なケア等

（移動・移乗）

・補助具　：実際に行なわれている移動手段について選択します。
〈な　　し〉歩行補助具等を利用することなく、歩くことができる場合
〈　杖　〉杖を使用する場合は、チェックと実際の使用品目
（例：T字杖、松葉杖等）を記入します。
〈歩行器〉歩行器を使用する場合は、チェックと実際の使用品目（例:固定式歩行器、歩行車等）を記入します。

歩行器・歩行車の例



〈車いす〉車いすを使用している場合

・移動動作：移動に関する動作の自立度を判定します。
〈自　　立〉移動の動作について、見守りや介助を必要としない場合（車椅子、福祉用具等の利用があっても、実質的な介助を必要としない場合は自立）
〈見守り〉自力で移動が可能であるが、装具装着等の準備、転倒や事故の危険を防ぐために見守りや声かけを必要とする場合
〈一部介助〉動作の一部に何らかの介助を必要とする場合
〈全介助〉移動に関して、全面的に介助を必要とする場合

・移乗動作：移乗に関する動作の自立度を判定します。
〈自　　立〉移乗動作について、見守りや介助を必要としない場合
〈見守り〉自力で移乗が可能であるが、転倒や転落を防ぐために見守りや声かけを必要とする場合。
〈一部介助〉動作の一部に何らかの介助を必要とする場合
〈全介助〉移乗に関して、全面的な介助を必要とする場合

・特記事項欄：移動や移乗に関連する特記事項を記入します。
・屋内外や夜間と日中で違いがある
・起立性低血圧があるため、起き上がり等の介助時に注意が必要等
・移動に補装具やコルセットを必要とする場合も記入します。

（夜間睡眠）

・状　　況：夜間、しっかり眠れているかどうかを評価します。睡眠導入剤等を使用していても、本人にとって十分な睡眠が得られていれば「良」を選択します。
・せ　ん　妄：ここでは特に、夜間せん妄の有無について評価します。夜間せん妄が「あり」の場合は、実際にどのような行動が見られるのか、特記事項に記入します。

・特記事項欄：睡眠に関連する、具体的な特記事項があれば記入します。
・昼夜逆転がある
・睡眠時に無呼吸がある等

（褥瘡）

・褥　　瘡：現在褥瘡があるか、ないかを記入します。今は治っているが、過去に褥瘡があった、という場合は「既往あり」を選択し、その部位を記入します。
・体位変換：この項目では、実際に体位変換を必要とする場合に「要」を選択します。体位変換が「不要」とは、自力で寝返りができるため、体位変換の介助を必要としない場合等をいいます。福祉用具（褥瘡予防用具や体位変換器）の利用によって、体位変換の介助を必要としない場合も「不要」を選択します。
・特記事項欄：褥瘡について、特記事項があれば記入します。
　・現在の褥瘡の状態、使用する薬剤、具体的な処置方法
　・体位変換器や褥瘡予防用具の使用状況、ベッド上の衛生管理、栄養状態等

IADLの状況

・各項目については実際に誰が行っているかをプルダウンで選択してください。
・例えば、片付けができていないような場合は「していない」を選択してください。
・訪問介護を利用してＩＡＤＬの支援を受けている場合は、「サービス」を選択し、具体的な内容を特記に記入してください。

2. No.2（シート2枚目）

（実施中の医療的処置と留意事項）

現在、行われている医療的処置について、該当項目にチェックします。
チェックが入った項目について、それぞれ［　］内に記入します。
ケアマネジャーや、福祉系の職種で記入の判断が難しい場合も、現在訪問看護師等が実施している医療的処置について、該当項目にチェックします。新規や変更等に関する内容は、共通シートの「関係職種からの意見」に記入します。

［　］内の記入について

項　目	内　容	例
中心静脈栄養	挿入部位を記入します。	右鎖骨下　左大腿静脈
自己注射	使用している薬品名を記入します。	ヒューマログ　フォルテオ
疼痛管理	使用している薬品名を記入します。	ロキソニン、ボルタレン坐薬、モルヒネ
人工肛門	造設した人工肛門の種類を記入します。	結腸人工肛門（双方式） 結腸人工肛門（単孔式）　回腸人工肛門
尿カテーテル	カテーテルの種類、サイズは、1 枚目シート①②の『ADL 等の状況　排泄の項　右側　特記事項』に記入します。	
酸素療法	安静時・労作時それぞれの使用リットルを記入します。	安静時：0.5ℓ　労作時：1ℓ 安静時：　　ℓ　労作時：0.5 ～ 1ℓ
吸引（痰等）	1 日のうちに実施している回数を記入します。	4 回 / 日　　随時　回 / 日
気管カニューレ	カニューレのサイズ（Fr）を記入します。	
人工呼吸器	使用している製品の設定モード等を記入します。	IPPV　SIMV　BIPAP　CPAP
その他	医学的観点から留意事項があれば、具体的に記入します。	

（サービス提供時における留意事項）

介護保険　主治医意見書記入の手引きを参考にしています。

サービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点の有無をチェックします。また、各項目に医学的観点からの留意事項があれば、（　）内に具体的な留意点を記入します。

ケアマネジャーや、福祉系の職種で記入の判断が難しい場合も、現在訪問看護師等が実施している医療的処置について、該当項目にチェックします。新規や変更等に関する内容は、共通シートの『関係職種からの意見』に記入します。

［　］内の記入について

血圧	血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記入します。どの程度の運動負荷が可能であるかという点等を記入します。
摂食	詳細については、シート①又は②の『ADL 等の状況　食事の項　特記事項』に記入します。その他、記入されていない内容があれば、記入します。
嚥下	詳細については、シート①又は②の『ADL 等の状況　食事の項　特記事項』に記入します。その他、記入されていない内容があれば、記入します。
移動	詳細については、シート①又は②の『ADL 等の状況　移動・移乗の項　特記事項』に記入します。その他、記入されていない内容があれば、記入します。
運動	運動負荷を伴うサービスの提供時における留意点を記入します。特に運動負荷を伴うサービス提供について、医学的観点からリスクが高いと判断される場合には、その状態を具体的に記入します。
福祉用具 （介護保険主治医意見書には含まれない項目）	具体的な製品名を、『関係職種からの意見』欄に記入します。
その他	医学的観点から留意事項があれば、具体的に記入します。

（医学的管理　留意事項）

医学的観点から、必要性が高いと考えられる医療系サービスについて、□にチェックします。なお、福祉用具のレンタルについて、軽度者は、主治医の意見が必要になる場合があり、それは以下のような要件となります。

ⅰ）　疾病その他の原因により、状態が時間や日によって変動しやすいもの

ⅱ）　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化する可能性が確実に見込まれるもの

ⅲ）　身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等、医学的判断から必要性があると認められるもの

［　］内の記入について

訪問診療	通院することが困難な患者に対して、医師等が計画的に訪問して行う診療や居宅療養指導等。
訪問看護	訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護等、保健師、看護師等が訪問して看護を行うことをいう。 なお、保健師等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
看護職員の訪問による相談・支援	医療機関及び訪問看護ステーションの看護職員が訪問して、療養上の様々な課題・悩みに対する相談・支援を行うものをいう。
訪問リハビリテーション	病院、診療所及び訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問して行うリハビリテーションをいう。なお、理学療法士、作業療法士あるいは言語療法士等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
通所リハビリテーション	病院、診療所、老人保健施設が提供するリハビリテーションをいう。なお、病院、診療所（医院）の外来でリハビリテーションを診療行為として受けた場合、保健所、市町村保健センター等で地域支援事業の機能訓練等を受けた場合はこれに含めない。
短期入所療養介護	病院、診療所及び介護老人保健施設に短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話を行うものをいう。
訪問歯科診療	居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行った場合又は、当該歯科診療に基づき継続的な歯科治療が認められた患者に対してその同意を得て訪問して歯科診療を行うものをいう。
訪問歯科衛生指導	訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師等が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃等に係わる指導を行うものをいう。
訪問薬剤管理指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うものをいう。
訪問栄養食事指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって実技指導を行うものをいう。
その他医療系サービス	上記以外の医学的管理をいう。地域支援事業の訪問型介護予防、機能訓練、保健所が実施する保健指導、入院等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。

（医療・介護サービス利用状況）
縦パスは、入院前の情報については、入院時は記入しますが、退院時は記入しません。
横パスはサービス内容等が決まっている場合は記入します。又は、ケアプランを添付しても構いません。
特記することがあれば、関係職種からの意見に記入します。申請中のものは記入しません。

（生育歴・生活歴　今回の入院前まで）
在宅（施設）での生活を行う、または行っている際の、本人の身体的、精神的、社会的背景に影響を与えている生育歴や生活歴があれば記入します。

（疾病体験の与えた影響・役割の変化）
病気や障害に対しての本人の思い･考え、家庭内の役割の変化等を記入します。本人の障がいの理解について、特記事項があれば記入します。

（本人の願い・望む生活）
本人の希望について、発言の内容をそのまま記入します。

（家族の願い・役割への期待）
家族の希望について、発言の内容をそのまま記入します。

（入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定）（在宅チームの導いた実現可能な目標設定）
この項目は、カンファレンス等で導いた目標を記入します。転帰先については□にチェックをします。
将来できそうな事、こうあって欲しい事等記入します。本人や家族の願いに沿って実現可能なレベルを記入します。
例）T 杖を使って歩けるようになったら旅行に行きたい。

（家族構成）
家族やキーパーソン・主な介護者との関係がわかる家族構成を記入します。
それぞれの年齢、同居家族が分かるよう記入します。
※ジェノグラムで記入する場合
　□…男性　○…女性　二重…本人　塗りつぶす…死別　同居家族…線で囲む

※氏名欄については本人の意思を代弁できる人、あるいは決定権を持っている人（キーパーソン）に★印を記入します。

（関係職種からの意見）
・伝えたい連絡事項があれば記入します。
・シートの特記事項欄が不足する場合には、こちらに記入します。
・退院前調整会議時のスタッフの意見などを記入します。
・さらに、医療・介護の現場では多職種協働・チーム医療の時代ですが、関係する各職種からもう少し詳しく記入します。
・今後の医療はどこでするのか、かかりつけ医、緊急時受診先等記入します。

Ⅳ　「医療・介護連携シート」活用事例集

1．事例集の活用にあたって

医療や介護が必要になった時、関係する様々な機関・施設の多職種間で、医療・介護の情報を共有することが必要です。そのための手段として、「医療・介護連携シート」を活用しています。

急性期病棟・回復期病棟・ケアマネジャーのそれぞれが、事例とともに、活用のポイントやその場面毎に活用した「医療・介護連携シート」記入例を添付しています。シートは、最初から全部記入するのではなく、必要なところのみ記入したり、その場面に合わせてアレンジしながら使っています。ぜひ参考にしてください。

2．各事例のシート活用の概要

事例1　事例提供者：ケアマネジャー
回復期病棟から在宅復帰を支援したケース

P16～20

病院から家族へ介護保険利用にあたっての説明があり、それを受けて家族からケアマネジャーへ連絡があった。ケアマネジャーは在宅生活に向けての状況把握を行い、適切な情報を持って関係者へタイムリーに足を運ぶことにより関係を築くことができ、スムーズに在宅生活へ移行できた。

医療・介護連携シートの活用場面

① ケアマネジャーから福祉用具担当者へ提供（P17～18）
② 病院からケアマネジャーへ提供（P19～20）
③ ケアマネジャーからかかりつけ医へ提供（P19～20）

事例2　事例提供者：ケアマネジャー
入退院調整と健康パスポートを併用したケース

P21～27

病状が不安定ながら少しでも帰宅できるなら帰りたいという本人、家族の思いを病院の医療チーム皆で受けとめ、早い時期からの相談の連絡があった為、退院までに何度かの訪問や相談ができ、詳しい情報収集ができたことで本人、家族の不安感が和らぎ、その後の入退院時もスムーズに在宅支援、入院搬送と退院支援ができた。

医療・介護連携シートと健康パスポートの活用

② 病院からケアマネジャーへ(退院時)提供（P22～23）
③ ケアマネジャーからかかりつけ医・在宅担当者へ提供（P24～25）
④ 在宅担当者・ケアマネジャーから病院へ(入院時)提供（P26～27）
再度の退院時はまた①から（シートは掲載していません。場面 P21 を参照）

事例3　事例提供者：急性期病棟　看護師
急性期病院に入院し、自宅へ退院となったケース

P28～32

急な入院時においても、在宅での様子を入院翌日には知ることができ、また入院期間は短期間であったが、入院中の様子や、今後在宅での気を付けてもらいたいことなどをお返しすることで、切れ目なく支援を継続することができた。

医療・介護連携シートの活用場面

① 入院時にケアマネジャーから病院担当者へ提供（フェイスシート）（P29～30）
② 退院時に看護師からケアマネジャーに提供（縦パス）（P31～32）

事例4　事例提供者：急性期病棟　連携部門 MSW
入院後に介護保険を再調整して自宅へ退院となったケース

P33～35

介護保険の利用内容・サービス事業所の変更に伴い、ケアマネジャーも変更になったが、入院時に得た情報をふまえて次の担当者に入院中の情報を伝え、家族の意向に沿った支援につなぐことができた。退院後は訪問診療を利用されているため当院に来院されることはないが、デイケアを利用しながら自宅での生活を継続できており、家族も自信を持って介護できている。

医療・介護連携シートの活用場面

① 入院時にケアマネから病院担当者へ提供
② 病院 MSW から訪問診療所 MSW へ提供
　→ ①②場面のシートは掲載していません
③ 退院時に病院からケアマネジャー・デイケア・短期入所・福祉用具の担当者へ提供（P34～35）

事例5　事例提供者：回復期病院連携部門看護師
回復期病院から在宅へ退院調整したケース

P36～38

透析をしていた方が、継続で透析をしながらリハビリを実施し、自宅に帰ることができた。より医療度が高い事例においては、看護サマリーを付け加えることで訪問看護との連携が可能となった。

医療・介護連携シートの活用場面

① 病院からケアマネジャーへ提供　(P37～38)
② 病院からかかりつけ医へ提供　(P37～38)

事例6　事例提供者：回復期病院病棟 MSW
様式を一部修正して、連携指導料が算定できるようにしたケース

P39～44

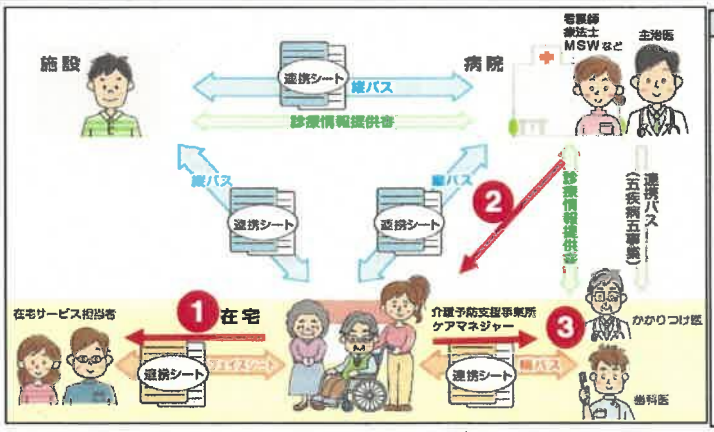
回復期病棟入院早期から，病棟スタッフ（看護師）とケアマネジャーとの情報共有を行い，スムーズに退院調整ができた。

医療・介護連携シートの活用場面

① 病院からケアマネジャーへ提供（P40～41）
② 介護支援専門員との連携にかかわる算定が可能な様式に一部修正（P42～44）

事例 1	介護保険の利用がなく、住宅改修等が必要な患者さんの回復期病院から在宅への退院調整支援　（記入者：ケアマネジャーS）	
本人の状況	年齢・性別	８０代・男性
	病名	腰椎圧迫骨折、　誤嚥性肺炎　　胃ろう増設　　元々体力があり、機能回復が期待できる
	介護状態	要介護５（C２，Ⅰ）　　座位は３０分程度が限界
	家族	主介護の妻（８０代の高齢）と二人暮らし。隣接市に息子家族が在住。
	住居	住宅改修を行う予定あり（手すり、開き戸から引き戸への変更）

経過	対応概要	連携シートの活用	ポイント
9月18日	これまで介護保険の利用がなく、病院MSWから家族へ介護保険の利用について説明がある。		
9月23日	息子よりケアマネジャーの担当依頼がある。		依頼を受けたら、家族や医療機関へ状況把握を行うため、訪問の調整をします。
9月30日	病院を訪問し、退院調整看護師，MSW，本人、妻と初回面接し、情報収集。	インテーク後、得た情報を連携シートに落とす。	知り得た情報はその日の内にまとめておくと、必要な時にすぐ取り出せます。
10月2日	住宅改修、その他環境整備の打ち合わせのため、福祉用具担当者と自宅を初回訪問	①ケアマネジャー→福祉用具担当者 シートを提供 P17～18	
		同行して家屋調査。得られた情報を追記する。	新たに得た情報をシートに追記します。
10月28日	外泊時訪問し、外泊の状況をモニタリング	外泊時の様子を確認し、得られた情報を追記する。	自宅の環境に適応できるかを確認します。
11月2日	市役所で住宅改修の打ち合わせ 1週間の予定を調整、サービス事業者とのマッチング **退院後担当予定の主治医を訪問し、連携シートを持参**	①ケアマネジャー→福祉用具担当者 シートを提供 P17～18	ケアプランの原案作成と並行して、事業所への依頼を行い、情報提供時にシートを用います。
23日	住宅改修工事が完了	③ケアマネジャー→かかりつけ医 担当医には１週間の予定を記入して手渡す P19～20	かかりつけ医に情報を提供します。
24日	病院にて、退院調整会議 病院側：医師、担当Ｎｓ、退院調整看護師、ＰＴ、ＭＳＷ 在宅側：訪問看護、デイケア、福祉用具、介護タクシー、ケアマネジャー 家族：妻、息子 退院日が１２月６日に決まる	②病院→ケアマネジャー 病院から、退院調整会議に合わせてシートを受け取る。会議後、自分が作成したシートと照らし合わせ修正。	病院側の情報を加えて修正をすることで、情報の精度が上がってきます。
12月6日	退院		
7日	退院後の様子をモニタリングするため、自宅を訪問。		
10日	主治医を訪問し、退院時の様子と報告書を持参。	③ケアマネジャー→在宅の主治医 情報を修正して、主治医に持参 P19～20	主治医に退院後の家庭での状況を伝えることで、主治医との連携が深まります。
その後	自宅での生活の様子を、入院していた病院のMSW、退院調整看護師に知らせる。	主治医連絡票、訪問看護からの報告、直接訪問等を交えて連携を維持。	入院していた病院に状況報告することで、今後の連携が図りやすくなります。



振り返り

病院から家族へ介護保険利用にあたっての説明があり、それを受けて家族からケアマネジャーへ連絡があった。

ケアマネジャーは在宅生活に向けての状況把握を行い、適切な情報を持って関係者へタイムリーに足を運ぶことにより関係を築くことができ、スムーズに在宅生活へ移行できた事例。

シートの活用

①ケアマネジャーから福祉用具担当者へ提供
②病院からケアマネジャーへ提供
③ケアマネジャーからかかりつけ医へ提供

事例1 ❶ ケアマネジャー → 福祉用具担当者

記入者: ×× ×× 職種: 介護支援専門員 ⇒ 連絡先: ■■ □□ 先生 No.1

医療・介護連携シート ICT版（フェイスシート）

作成日 29 年 10 月 2 日

フリガナ		性別	住所	生年月日	年齢
氏名	○○ 様	男	○○市○○町1－1	昭和 5 年 1 月 1 日	87 歳
今回の連絡要旨	住宅改修と福祉用具の選定について ご依頼 ①				
治療中の病気・既往症	誤嚥性肺炎（H26年頃） 腰椎圧迫骨折（H29.7） 胃ろう増設（H29.8）				

急ぐ時は、簡単に必要な情報があればよい。

最近の入院・入所歴	病院・診療所・施設等名	期間	入院・入所の目的
	△△総合病院	H29.7～H29.8	腰椎圧迫骨折の治療、胃ろう増設
	■■リハビリテーション病院	H29.8～	リハビリテーション

受診中の医療機関名		

要介護度	要介護5	有効期間	29 年 9 月 ● 日 ～ 30 年 9 月 30 日	日常生活自立度	C2	認知症高齢者の日常生活自立度	I
障害者手帳等	級	障害名（ ）					
感染症の有無	HBs-Ag	HCV-Ab	TPHA	MRSA	その他（ ）		
アレルギーの有無	（薬剤:	食物:	その他: ）				

身体状況									
	麻痺	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	四肢欠損	なし	（ ）	
	筋力低下	右上肢 軽	左上肢 軽	右下肢 重	左下肢 重	嚥下障害	あり	（ ）	
	その他	失語 なし	難聴 なし	視力障害 なし		身長 cm	体重 kg		

認知症中核症状 日常生活において、「短期記憶」 支障なし 「意思決定」 支障なし 「伝達能力」 支障なし

経過概略（サマリー添付でも可）
平成29年7月に自宅にてしりもちをつき、起き上がれず緊急入院となる。入院中に誤嚥性肺炎を発症し、胃ろう造設。在宅復帰に向けて、家屋調査と福祉用具の選定依頼あり。

ADL等の状況

薬	服薬	全介助	胃ろうから
	自己管理	不可	
口腔ケア	動作	全介助	
	方法	経管	H29.8に胃ろう造設
	内容	主食	
		副食	
		熱量 kcal タンパク質 g 塩分 g	
	形態		
	動作		
	義歯	上:	下:
	残存歯数		
夜間睡眠	状況	良	
	せん妄	なし	

排泄			
尿	尿意		訴えはない
	方法	おむつ	
	動作	全介助	
便	便意		
	方法	おむつ	入院中は週2回摘便
	動作	全介助	
入浴	方法	機械浴	リフト浴対応
	洗身	全介助	
移動・移乗	補助具	車いす	長時間の座位保持は苦痛
	移動動作	全介助	車椅子での移動
	移乗動作	全介助	
褥瘡	有無	あり	〔部位 仙骨 〕
	体位変換	要	体位変換機能付きのエアマットを検討

IADLの状況

調理	していない	胃ろうの為不要	買い物	家族	妻
片付け	家族	妻、息子	金銭管理	家族	妻
掃除	家族	妻、息子	電話応対	家族	妻
洗濯	家族	妻	通院（外出）		未定

事例1 ❶ ケアマネジャー → 福祉用具事業者

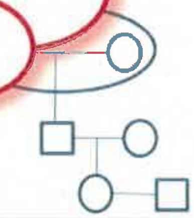
氏名： 事例 5　M T (S) H 5 . ○ . △ 生　　**No.2**

実施中の医療的処置と留意事項	□ 中心静脈栄養 [部位:]　□ 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] □ 自己注射 [種類:]　□ 吸引 [回数 回/日] □ 疼痛管理 [種類:]　□ 気管カニューレ [サイズ(Fr)] □ 人工肛門 [種類:]　□ 人工呼吸器 [種類] [使用状況:□ 常時 □ 夜間のみ □ その他( )] □ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照)　☑ その他 (胃ろう)
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ・血圧 □ 特になし □ あり ( )　・移動 □ 特になし ☑ あり (車椅子) ・摂食 □ 特になし ☑ あり (胃ろう)　・運動 □ 特になし ☑ あり (座位保持は30分が限界) ・嚥下 □ 特になし ☑ あり ( )　・福祉用具 □ 特になし ☑ あり (★ 下記意見欄に詳細をご記入ください) ・その他 □ 特になし □ あり ( )
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ☑ 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 ( )

医療・介護サービス利用状況		月	火	水	木	金	土	日
	AM							
	PM							
	備考	介護用ベッド、車いす等、家屋調査の上必要物品を選定 ①						

生育歴・生活歴(今回の入院まで)	平成26年に誤嚥性肺炎となり、体力低下がみられたが、自分のペースで無理をせず生活を続けていた。	疾病体験の与えた影響・役割の変化	H29.7自宅にて転倒し腰椎圧迫骨折。その後誤嚥性肺炎にてADLが急速に低下した。
本人の願い・望む生活			
入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	転帰先 (☑		
在宅チームの導いた実現可能な目標設定			

わからない所を無理に
埋める必要はありません。
徐々に情報を詳しく
追記していきましょう



氏名(keyに★)	続柄	連絡先
★ ●●○○		
●●××		

関係職種からの意見

① 記載日/職種名	留意内容(疾患管理 ・ ケア ・ 継続依頼したいこと等)
平成 29 年 10 月 2 日 職種[介護支援専門員] から 職種[福祉用具 ■△様] 宛	この度はお世話になります。現在要介護5で寝たきりの状態である為、車いすでベッドまで移動できるよう、動線上の住宅改修が必要と考えられます。また、仙骨に褥瘡あり、寝返りが自力で困難なご様子ですので、エアマットの導入が必要と考えられます。在宅復帰を見据えて試験外泊を予定しているそうで、それまでにある程度環境整備が必要との事です。
平成 29 年 1 月 30 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 29 年 3 月 29 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	

情報提供元の医療機関/事業所名		担当	氏名	担当	氏名	担当	氏名
○▲居宅介護支援センター	担当者一覧	医師	■■ □□	ケアマネジャー	×× ××		
		看護師	○× ×○				
TEL:　FAX:		福祉用具	■△ △■				

2016.12 4改正

事例 1 ③ ケアマネジャー → 在宅での主治医

記入者: ×× ×× 職種: 介護支援専門員 ⇒ 連絡先: ■■ □□ 先生 No.1

医療・介護連携シート ICT版 (横パス)

作成日 29 年 11 月 23 日

フリガナ		性別	住所	生年月日	年齢
氏名	事例 5 様	男	○○市○○町1−1 電話番号	昭和 5 年 1 月 1 日	87 歳

③今回の連絡要旨	入院中の経過報告と、在宅サービスの導入予定について
治療中の病気・既往症	誤嚥性肺炎(H26年頃) 腰椎圧迫骨折(H29.7) 胃ろう造設(H29.8)

最近の入院・入所歴	病院・診療所・施設等名	期間	入院・入所の目的
	△△総合病院	H29.7〜H29.8	腰椎圧迫骨折の治療、胃ろう造設
	■■リハビリテーション病院	H29.8〜H29.12(予定)	リハビリテーション

受診中の医療機関名									
要介護度	要介護5	有効期間	29 年 9 月 ● 日 ～ 30 年 9 月 30 日			日常生活自立度	C2	認知症高齢者の日常生活自立度	I
障害者手帳等		級	障害名 ( )						
感染症の有無	HBs-Ag		HCV-Ab		TPHA		MRSA	その他 ( )	
アレルギーの有無		(薬剤:		食物:		その他:		)	
身体状況 麻痺	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	四肢欠損	なし		( )	
身体状況 筋力低下	右上肢 軽	左上肢 軽	右下肢 重	左下肢 重	嚥下障害	あり	咽頭への送り込み ( )		
身体状況 その他	失語 なし	難聴 なし	視力障害 なし		身長 160 cm	体重 50 kg			
認知症中核症状	日常生活において、「短期記憶」	支障なし	「意思決定」	支障なし	「伝達能力」	支障なし			

経過概略(サマリー添付でも可)
平成26年頃、誤嚥性肺炎で一度入院している。その後は介護保険の利用なく在宅生活を続けていたが、平成29年7月に自宅にてしりもちをつき、起き上がれず緊急入院となる。入院中に誤嚥性肺炎を発症し、胃ろう造設。STによる嚥下訓練は週1回実施中で経口摂取は楽しみ程度。腰痛の為、常時コルセットを装着している。主介護者の妻も80代であることから、介護負担の軽減が必要。

ADL等の状況

薬	服薬	全介助	胃ろうから	排泄	尿	尿意		訴えはない	
	自己管理	不可				方法	トイレ	日中はトイレ誘導、夜間おしめ使用	
食事	動作	全介助				動作	全介助		
	方法	経管	H29.8に胃ろう造設		便	便意	あり	便秘気味で時々浣腸が必要	
	内容	主食	その他 ラコール200ml×2			方法	おむつ	入院中は週2回摘便	
		副食	その他 ヨーグルト、ゼリー等少量			動作	全介助		
		熱量 kcal タンパク質 g 塩分 g		入浴	方法	機械浴	リフト浴対応		
	形態	ペースト	経口は楽しみ程度		洗身	全介助			
口腔ケア	動作	全介助	妻が実施	移動・移乗	補助具	車いす	長時間の座位保持は苦痛		
	義歯	上: あり	下: あり		移動動作	全介助	実用歩行困難、車椅子での移動		
	残存歯数	9〜0本	入れ歯を修理中		移乗動作	全介助	腰痛があるが座位は(30分)可		
夜間睡眠	状況	良	眠剤を服用	褥瘡	有無	既往あり	〔部位 仙骨 〕現在は治癒		
	せん妄	なし			体位変換	要	褥瘡予防マットレスが必要		

IADLの状況

調理	していない	胃ろうの為不要	買い物	家族	妻
片付け	家族	妻、息子(週1回程度)	金銭管理	家族	妻
掃除	家族	妻、息子(週1回程度)	電話応対	家族	妻
洗濯	家族	妻	通院(外出)	サービス	訪問診療

事例 1 ③ ケアマネジャー → 在宅での主治医

氏名: 事例 5　　(S)T H 5 . 1 . 1 生

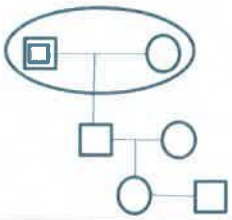
No.2

実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:] ☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] ☐ 自己注射 [種類:] ☐ 吸引 [回数 回/日] ☐ 疼痛管理 [種類:] ☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)] ☐ 人工肛門 [種類:] ☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他( )] ☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) ☑ その他 (胃ろう)
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ・血圧 ☐ 特になし ☐ あり ( )　・移動 ☐ 特になし ☑ あり (車椅子) ・摂食 ☐ 特になし ☑ あり (胃ろう)　・運動 ☐ 特になし ☑ あり (座位保持は30分が限界) ・嚥下 ☐ 特になし ☑ あり (経口摂取は楽しみ程度)　・福祉用具 ☐ 特になし ☑ あり (★ 下記意見欄に詳細をご記入ください) ・その他 ☐ 特になし ☐ あり ( )
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ☑ 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 ( )

③ 医療・介護サービス利用状況

	月	火	水	木	金	土	日
AM	▲▲デイケア			▲▲デイケア	●●訪問看護	▲▲デイケア	
PM		●●訪問看護	訪問診療				

備考: 介護用ベッド、車いす、スロープレンタル　短期入所生活介護を提案中

生育歴・生活歴(今回の入院まで)	●●市出身。25歳で結婚して以後、現住所で生活している。▲▲商事に定年まで勤め上げ、仕事一筋であった。まじめな性格で趣味もあまりないとのことだが、妻と旅行に行くことが楽しみで、定年後は年に2～3回は国内旅行に出かけていたとのこと。平成26年に誤嚥性肺炎となり、体力低下がみられたが、自分のペースで無理をせず生活を続けていた。	疾病体験の与えた影響・役割の変化	H29.7自宅にて転倒し腰椎圧迫骨折。その後誤嚥性肺炎にてADLが急速に低下した。これまで元気だっただけに、寝たきりになったことによる気分の落ち込みがある。ただ、医療機関側が捉えるリスクより、家族としては嚥下機能など楽観視している所もあり、家で介護して、好きな事をさせたいという気持ちが強い。
本人の願い・望む生活	また妻と旅行に行けるようになりたい。	家族の願い・役割への期待	妻:トイレは自分で行けるようになってほしい。口から少しでも好きなものを食べさせたい。
入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	嚥下機能の低下がある為、経口での食事は主とせず間食程度(楽しむ程度)に実施、誤嚥性肺炎のリスクが高い。又、胃ろう注入についてはご家族の手技習得が必要で、現在病院で練習中。リハビリによって、歩行機能は伝い歩きレベルまでは向上を見込んでいる。 転帰先 (☑ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)	家族構成図	
在宅チームの導いた実現可能な目標設定	妻と外出できることを長期目標として、立位保持の時間を延ばすこと、座位耐久性を高めることを目標とする。 胃ろうの手技やリスク管理については、定期的に観察や指導が必要と考えられる。 在宅生活を継続するためには、介護負担の軽減が重要となる。		

氏名(keyに★)	続柄	連絡先
★ ●●○○		
●● × ×		

関係職種からの意見

③ 記載日/職種名	留意内容(疾患管理 ・ ケア ・ 継続依頼したいこと等)
平成 29 年 11 月 23 日 職種[介護支援専門員] から 職種[■■先生] 宛	この度はお世話になります。リハビリテーション病院での経過により、相談依頼時点では寝たきり状態でしたが、現在は平行棒の中を歩けるレベルまで回復されています。リハビリにも意欲的であり、ポータブルトイレに軽介助で移乗できることを目標に取り組まれています。妻の言葉から、誤嚥性肺炎に対するリスクを十分理解されていない様子がみられ、注意が必要です。介護負担軽減のため、短期入所を提案しておりますが、現時点で利用希望はありません。息子さんが隣市におり、週1回は通って必要な支援を行う予定です。
平成 29 年 1 月 30 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 29 年 3 月 29 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	

情報提供元の医療機関/事業所名

○▲居宅介護支援センター

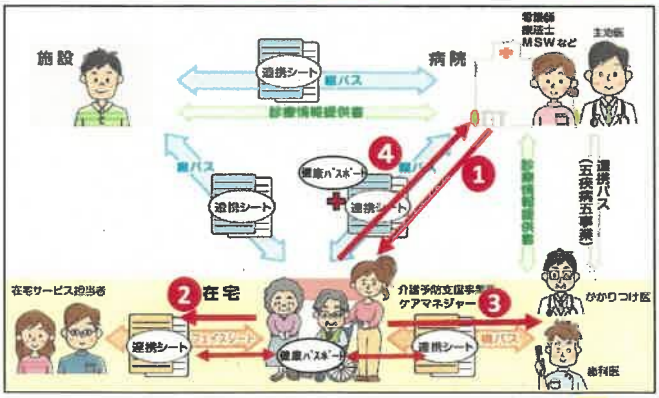
TEL: FAX:

担当者一覧	担当	氏名	担当	氏名	担当	氏名
	医師	■■ □□	ケアマネジャー	×× ××		
	看護師	○× ×○	デイ	◎◎ ○○		
	訪問看護	▲■ □△	福祉用具	■△ △■		

2018. 12. 4改正

事例　2	80代男性、退院時より介護サービス利用開始。以後入退院調整支援から在宅でのかかりつけ医、本人、家族、サービス事業所との情報共有の為にシートの他「健康パスポート」も活用。(記入者:ケアマネジャーⅠ)	
本人の状況	年齢・性別	８０代・男性
	病名	肺癌末期、脳転移
	介護状態	要介護４（B2.Ⅱa）　車椅子
	家族	妻、長女との３人暮らし。長男家族は市内在住。
	住居	住宅改修はしていないが室内段差はない。手すりと福祉用具を検討中。

経過	対　応　概　要	連携シートの活用	ポイント
6月10日	病院MSWと長女からの相談。長女から担当依頼あり。書類の説明同意を貰い作成する。		家族や本人の了解を得てから訪問を調整します。
6月11日	初回病院訪問。本人、妻、長女と面接、アセスメント。介護保険サービスの説明を行う。MSW、看護師からの情報収集と主治医からの注意、必要な医療サービス、福祉用具などの紹介と相談も行う。	得た情報をフェース・アセスメントシートに落とし込む。 1 **病院→ケアマネジャー** 医療サービスや福祉用具、環境整備に関する注意等相談。	初回アセスメントで得た情報や課題などまとめて簡単にでも打ち込んでおきます。 認定調査時には立会い、具体的な動きや介助の状況、訴えなど再度確認していき、取りまとめた後に主治医への依頼用にシートを作成します。
6月15日	サービス事業所選定の相談後調整。MSWに連絡し、退院時期の確認。外泊予定無し。担当事業所と自宅同行訪問し、家族と面接、家屋調査と必要なサービスの相談を行う。	2 **ケアマネジャー→在宅サービス担当者** フェース・アセスメントシート P22～23	
6月18日	院内会議に参加。医師、看護師、リハビリ担当、MSWから経過と今後の見通し等聞く。退院後担当予定主治医に連絡し訪問。	3 得られた情報をシートに記載。 **ケアマネジャー→かかりつけ医** 紹介状と連携シート持参。 P24～25	新しい情報はその都度加えて行きます。 退院後往診を依頼する場合は早めに相談を始めます。
6月24日 6月26日	病院訪問。主、家族とサービス計画相談。 退院調整会議 (病院)医師・MSW・担当看護師・退院支援看護師・　PT・OT・ST (在宅)医療訪看・リハ・訪問介護・福祉用具・ケアマネジャー (家族)妻・長女　・・・計画書に同意を貰い配布	1 **病院→ケアマネジャー** 医師・看護・リハビリの情報提供書類やシートを貰う。	ケアプラン(計画書)作成しながら情報提供時はシートを使用します。
6月28日	退院・・・退院介助に病院訪問後自宅に同行。担当医・ケア担当者も訪問、状況・薬剤確認。計画書を主治医に渡し、健康パス作成の相談。	2 4 **ケアマネジャー→病院・在宅サービス担当者** 最新のシートと計画書原案配布。「健康パスポート」の利用開始の同意を貰い、皆で記載を開始。	**計画書に同意を貰い主治医へも配布します。** **シートの情報から「健康パスポート」へ記載します。書ける所から埋めていくつもりで。**
8月13日	脳浮腫の為意識混濁し、救急搬送を病院に相談。受け入れ依頼し、救急要請入院となる。MSW、主治医に情報提供。	4 **ケアマネジャー・訪問診療医→病院** 「健康パスポート」を持参。日頃の状態を確認して貰う。 P26～27	落ち着いている人は月１回程度、末期癌等日々変わる人には週１回程度各担当がパスに状態や会話を記載してあるので、入院時渡します。合わせて直前の様子をシートで渡します。
9月	数回のモニタリングと病院からの情報収集の後、退院前調整会議 前回同様病院側、在宅側、家族と皆で情報共有しながら計画の見直し、調整を行い、「健康パスポート」の質問の返事など貰い退院となる。 **シートやサマリーなどは、「健康パスポート」にとじて後で確認できるようにする。**	1 **病院→往診医・ケアマネジャー** 「健康パスポート」の内容確認と返却の他前回同様入院時情報等貰う 2 **ケアマネジャー→在宅サービス担当者** 退院時の情報共有に連携パスの確認と病院からのシート配布。 ケアマネジャー→病院・在宅サービス担当者	情報を共有する為、「健康パスポート」の必要か所には付箋をし、皆に見て貰うようします。その後訪問時に体調や往診医への質問など記載し、適宜訪問時に確認して貰います。



振り返り

病状が不安定ながら少しでも帰宅できるなら帰りたいという本人・家族の思いを病院の医療チーム皆で受けて、早い時期からの相談の連絡があった為、退院までに何度かの訪問や相談ができ、詳しい情報収集が出来たことで本人・家族の不安感が和らぎ、その後の入退院時もスムーズに在宅支援、入院搬送と退院支援ができた事例。

シートと健康パスポートの活用

①病院からケアマネジャーへ(退院時)
②ケアマネジャーからかかりつけ医・在宅担当者へ
③ケアマネジャーから在宅担当者へ
④在宅担当者・ケアマネジャーから病院へ(入院時)
　再度の退院時はまた①から

事例 2 ② ケアマネジャー → サービス担当者

記入者: ○○ ○○　職種: 介護支援専門員 ⇒ 連絡先:在宅サービス担当者様　No.1

医療・介護連携シート ICT版 （横パス）

作成日 29 年 6 月 15 日

フリガナ		性別	住所	生年月日	年齢
氏名	事例 2 様		倉敷市○○ 1-2 電話番号	昭和 11 年 1 月 1 日	81 歳
② 今回の連絡要旨	新規サービス利用予定の方の経過等情報提供です。				
治療中の病気・既往症	肺癌　転移性脳腫瘍　ペースメーカー埋め込み術				

最近の入院・入所歴	病院・診療所・施設等名	期間	入院・入所の目的
	○○病院	H29.5～6	脳腫瘍の化学療法・リハビリ
受診中の医療機関名			

要介護度	要介護4	有効期間	H29 年 4 月 1 日 ～ H30 年 3 月 31 日	日常生活自立度	B2	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱa
障害者手帳等	あり	1種1 級	障害名 (				)
感染症の有無	HBs-Ag	HCV-Ab	TPHA	MRSA	その他 (		)
アレルギーの有無	なし	(薬剤:	食物:	その他:			)
身体状況 麻痺	右上肢 軽	左上肢 軽	右下肢 重	左下肢 重	四肢欠損	(	)
身体状況 筋力低下	右上肢 中	左上肢 中	右下肢 重	左下肢 重	嚥下障害	(	)
身体状況 その他	失語 あり	難聴 なし	視力障害 あり	身長 155 cm	体重 43 kg		
認知症中核症状	日常生活において、「短期記憶」	支障なし	「意思決定」	支障なし	「伝達能力」	支援を要す	

経過概略(サマリー添付でも可)
別添診療情報提供書、看護要約(病院より)、フェース・アセスメントシートあり(ケアマネジャーより)
3年前より肺癌、転移性脳腫瘍で治療中。前年末発語困難が出現し(いつもではない)徐々に四肢の脱力出現、以後緊急搬送での入院が度々ある。今回入院時失語あり。脳浮腫出現、検査加療、リハビリで状態の改善が見られ退院に向け調整中。
訪問診療の依頼が出来れば医療・介護サービスの利用にて在宅療養の予定。

ADL等の状況

薬	服薬	全介助	覚醒していれば手に渡せば可能	排泄	尿	尿意	あり	[回数: 回/日]
	自己管理	不可				方法	尿器	
食事(栄養)	動作	一部介助	覚醒していれば手元にあれば可能			動作	全介助	手渡しても困難
	方法	経口	補液もあり		便	便意	あり	[回数:数日に1回]便秘
	内容	主食	おかゆ			方法	おむつ	体調が良ければポータブル
		副食	軟菜	トロミつき		動作	一部介助	協力できる
		熱量	kcal タンパク質	g 塩分 g	入浴	方法	その他	全身清拭、陰部洗浄
	形態	ひと口				洗身	全介助	
口腔ケア	動作	一部介助	手渡せば可能		移動・移乗	補助具	車いす	
	義歯	上:	あり	下: あり		移動動作	全介助	
	残存歯数	19～10本	部分入れ歯 洗浄は家族			移乗動作	一部介助	
夜間睡眠	状況	良			褥瘡	有無	なし	[部位]
	せん妄	なし				体位変換	不要	(時間毎)

IADLの状況

調理	していない		買い物	家族	
片付け	していない		金銭管理	家族	
掃除	していない		電話応対	家族	
洗濯	家族		通院(外出)	していない	入院中

事例 2 ② ケアマネジャー → サービス担当者

氏名: 事例 2 様　(S) T H 11 . 1 . 2 生

No.2

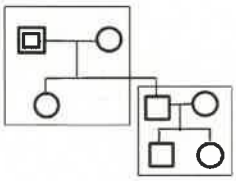
実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:] ☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] ☐ 自己注射 [種類:] ☐ 吸引 [回数 回/日] ☑ 疼痛管理 [種類:] ☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)] ☐ 人工肛門 [種類:] ☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他( )] ☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) ☐ その他 ( )
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ・血圧 ☑ 特になし ☐ あり ( ) ・移動 ☐ 特になし ☑ あり (全介助) ・摂食 ☐ 特になし ☑ あり (一部介助) ・運動 ☐ 特になし ☑ あり (リハビリ中) ・嚥下 ☐ 特になし ☑ あり (ややむせ有) ・福祉用具 ☐ 特になし ☑ あり (特殊寝台、車椅子等での生活予定) ・その他 ☐ 特になし ☐ あり ( )
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ☑ 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 (可能であれば訪問入浴)

医療・介護サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日
AM	現在ご入院中ですが、退院後は訪問診療の依頼と医療訪問看護の他福祉用具、訪問介護、訪問入浴等の利用にて在宅療養を検討中。訪問診療先が決まりましたらサービスの調整を行います。						
PM							
備考	＊末期癌の為、毎日の医療訪問看護による保清、必要時の点滴等依頼の予定です。						

生育歴・生活歴（今回の入院まで）	○市出身早くから家をでて働く。28才で結婚し転居。2子をもうけ定年まで働く。70歳頃から腰痛、膝痛など少し弱る。同じ頃心臓ペースメーカ埋込み術をし、1種1級の障がい手帳を取得。体調は回復し日中夫妻で穏やかに過ごしていたが、3年前に肺癌発症し、転移性脳腫瘍の治療で○○病院に入院。術後放射線、抗がん剤治療を行い退院。以後10数回の入退院を繰り返す。	疾病体験の与えた影響・役割の変化	脳腫瘍が分かってから、治療を継続しているが、時々失語状態になるなど話難くなった。穏やかで話し好きだったが遠慮がちに。トイレに一人で行けなくなり、肩を借りるのが妻に悪いと辛がる。何をするのも手をかけるからと、したい事をあまり言わなくなった。
本人の願い・望む生活	家で奥さんとゆっくり過ごしたいが、それが家族の負担になるなら辛い。お風呂が好きだが出来るならあまり世話をかけないで過ごせたらと思う。子供にも仕事を休ませたくない	家族の願い・役割への期待	以前のように、体調が良ければ起き上がって定位置の座椅子に座って話して欲しい。そこにいてくれると安心する。トイレも連れて行くから遠慮しないでほしい。

入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	往診を受けて貰える近医が出来れば、医療・介護サービスを入れる事で状態が落ち着いている間は在宅療養可能。ベッド上での座位保持が出来る状態までを考えている。 転帰先 (☑ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)
在宅チームの導いた実現可能な目標設定	退院時の移動に耐えられる程度の状態の安定があれば往診医と相談しながら医療・介護サービスの調整をし、日中妻との2人だけの不安を軽減しながら在宅療養可能と思われる。

家族構成図



氏名(keyに★)	続柄	連絡先
★ ○○ ○○	長女	
□□ □□	長男	

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理 ・ ケア ・ 継続依頼したいこと等)
平成 28 年 6 月 15 日 職種[介護支援専門員] から 職種[ケアチーム担当者様]	この度はお世話になります。新規依頼です。ご自宅への訪問診療の近医が決まったら医療・介護サービスの調整をし、退院可能と言われております。末期癌ではありますが、この数年度々の入院をされながらも意識が回復し、状態が少し安定すると退院されていらっしゃいました。ご家族もご本人も在宅療養をご希望されていらっしゃいますが、段々と家族介護だけでは困難になって参りましたので、医療訪問看護、訪問介護、福祉用具、可能であれば訪問入浴なども含め必要なサービスを調整して退院して頂く予定です。現在は随分落ち着いて会話も多少できていらっしゃいます。要介護4ですが、やや改善した状態です。今の所緊急時は現病院に搬送で良いとの事ですので、どうぞ宜しくお願い申し上げます。＊詳細は別添のフェース・アセスメントシートご参照ください。
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	

聞き取れた情報から順次伝える事にし、内容の多少はあまり気にせず書ける部分から埋め、必要であれば使用しない部分を消してそこに記載するなどしても。

情報提供元の医療機関/事業所名		担当	氏名	担当	氏名	担当	氏名
○□居宅介護支援センター	担当者一覧	ケアマネジャー	○○ ○○				
TEL: FAX:							

事例 2 ③ ケアマネジャー → 訪問診療医

記入者: ○○ ○○ 職種: 介護支援専門員 ⇒ 連絡先: □□ □□ 先生 No.1

医療・介護連携シート ICT版 （横パス）

作成日 29 年 6 月 18 日

フリガナ		性別	住所	生年月日	年齢
氏名	事例 2 様		倉敷市○○ 1-2 電話番号	昭和 11 年 1 月 1 日	81 歳
③ 今回の連絡要旨	新規訪問診療依頼の方のご入院中の経過報告と在宅サービス導入についてのご相談				
治療中の病気・既往症	肺癌	転移性脳腫瘍	ペースメーカー埋め込み術		

最近の入院・入所歴	病院・診療所・施設等名	期間	入院・入所の目的
	○○病院	H29.5～6	脳腫瘍の化学療法・リハビリ

受診中の医療機関名		

要介護度	要介護4	有効期間	H29 年 4 月 1 日 ～ H30 年 3 月 31 日	日常生活自立度	B2	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱa

障害者手帳等	あり	1種1 級	障害名 （ ）
感染症の有無	HBs-Ag	HCV-Ab	TPHA MRSA その他（ ）
アレルギーの有無	なし	（薬剤:	食物: その他: ）

身体状況									
	麻痺	右上肢 軽	左上肢 軽	右下肢 重	左下肢 重	四肢欠損	（ ）		
	筋力低下	右上肢 中	左上肢 中	右下肢 重	左下肢 重	嚥下障害	（ ）		
	その他	失語 あり	難聴 なし	視力障害 あり		身長 155 cm	体重 43 kg		

認知症中核症状 日常生活において、「短期記憶」 支障なし 「意思決定」 支障なし 「伝達能力」 支援を要す

経過概略（サマリー添付でも可）
別添診療情報提供書、看護要約あり。
3年前より肺癌、転移性脳腫瘍で治療中。前年末発語困難が出現し(いつもではない)徐々に四肢の脱力出現、以後緊急搬送での入院が度々ある。今回入院時失語あり。脳浮腫出現、検査加療、リハビリ[illegible]整中。
訪問診療の依頼が出来れば医療・介護サービスの利用にて在宅療養の予定[illegible]

この時点でわかる状態をできるだけ記載し伝える。

ADL等の状況

薬	服薬	全介助	覚醒していれば手に渡せば可能	排泄	尿	[illegible]	
	自己管理	不可				方法	[illegible]
食事（栄養）	動作	一部介助	覚醒していれば手元にあれば可能			動作	全介助	手渡しても困難
	方法	経口	補液もあり		便	便意	あり	〔回数:数日に1回〕便秘
	内容	主食	おかゆ			方法	おむつ	体調が良ければポータブル
		副食	軟菜	トロミつき		動作	一部介助	協力できる
		熱量 kcal タンパク質 g 塩分 g			入浴	方法	その他	全身清拭、陰部洗浄
	形態	ひと口				洗身	全介助	
口腔ケア	動作	一部介助	手渡せば可能	移動・移乗		補助具	車いす	
	義歯	上: あり	下: あり			移動動作	全介助	
	残存歯数	19～10本	部分入れ歯 洗浄は家族			移乗動作	一部介助	
夜間睡眠	状況	良		褥瘡		有無	なし	〔部位 〕
	せん妄	なし				体位変換	不要	（ 時間毎）

IADLの状況

調理	していない		買い物	家族	
片付け	していない		金銭管理	家族	
掃除	していない		電話応対	家族	
洗濯	家族		通院（外出）	していない	入院中

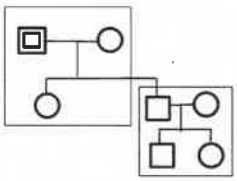
事例 2 ③ ケアマネジャー → サービス担当者

氏名: 事例 2 様 (S)T H 11 1 2 生

No.2

実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:] ☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] ☐ 自己注射 [種類:] ☐ 吸引 [回数 回/日] ☑ 疼痛管理 [種類:] ☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)] ☐ 人工肛門 [種類:] ☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他( )] ☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) ☐ その他 ( )
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ・血圧 ☑ 特になし ☐ あり ( ) ・移動 ☐ 特になし ☑ あり (全介助) ・摂食 ☐ 特になし ☑ あり (一部介助) ・運動 ☐ 特になし ☑ あり (リハビリ中) ・嚥下 ☐ 特になし ☑ あり (ややむせ有) ・福祉用具 ☐ 特になし ☑ あり (特殊寝台、車椅子等での生活予定) ・その他 ☐ 特になし ☐ あり ( )
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ☑ 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 ☐ 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 ☐ 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 (可能
医療・介護サービス利用状況	月 火 水 木 金 AM 現在ご入院中ですが、退院後は訪問診療の依頼と医療訪問看護の他福祉用具、訪問介護、訪問入浴等の利用にて在宅療養を検討中。訪問診療先が決まりましたらサービスの調整を行います。 PM 備考 末期癌の為、毎日の医療訪問看護による保清、必要時の点滴等依頼の予定です。
生育歴・生活歴(今回の入院まで)	○市出身早くから家をでて働く。28才で結婚し転居。2子をもうけ定年まで働く。70歳頃から腰痛、膝痛など少し弱る。同じ頃心臓ペースメーカ埋込み術をし、1種1級の障がい手帳を取得。体調は回復し日中夫妻で穏やかに過ごしていたが、3年前に肺癌発症し、転移性脳腫瘍の治療で○○病院に入院。術後放射線、抗がん剤治療を行い退院。以後10数回の入退院を繰り返す。
疾病体験の与えた影響・役割の変化	脳腫瘍が分かってから、治療を継続しているが、時々失語状態になるなど話難くなった。穏やかで話し好きだったが遠慮がちに。トイレに一人で行けなくなり、肩を借りるのが妻に悪いと辛がる。何をするのも手をかけるからと、したい事をあまり言わなくなった。
本人の願い・望む生活	家で奥さんとゆっくり過ごしたいが、それが家族の負担になるなら辛い。お風呂が好きだが出来るならあまり世話をかけないで過ごせたらと思う。子供にも仕事を休ませたくない
家族の願い・役割への期待	以前のように、体調が良ければ起き上がって定位置の座椅子に座って話して欲しい。そこにいてくれると安心する。トイレも連れて行くから遠慮しないでほしい。
入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	往診を受けて貰える近医が出来れば、医療・介護サービスを入れる事で状態が落ち着いている間は在宅療養可能。ベッド上での座位保持が出来る状態までを考えている。 転帰先 (☑ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)
在宅チームの導いた実現可能な目標設定	退院時の移動に耐えられる程度の状態の安定があれば往診医と相談しながら医療・介護サービスの調整をし、日中妻との2人だけの不安を軽減しながら在宅療養可能と思われる。

家族構成図



	氏名(keyに★)	続柄	連絡先
★	○○ ○○	長女	
	□□ □□	長男	

サービスについて決まっていない場合も検討中の状況記載。

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理 ・ ケア ・ 継続依頼したいこと等)
平成 28 年 6 月 18 日 職種[介護支援専門員] から 職種[医師・□□先生へ]	この度はお世話になります。新規依頼です。ご自宅への訪問診療の受け入れをお願い出来ましたら医療・介護サービスの調整をし、退院可能と言われております。末期癌ではありますが、この数年度々の入院をされながらも意識が回復し、状態が少し安定すると退院されていらっしゃいました。ご家族もご本人も在宅療養をご希望されていらっしゃいますが、段々と家族介護だけでは困難になって参りましたので、医療訪問看護、訪問介護、福祉用具等の他必要なサービスを調整してこの度は退院して頂く予定です。現在は随分落ち着いて会話も多少できていらっしゃいます。要介護4ですが、やや改善した状態です。今の所緊急時は現病院に搬送で良いとの事ですので、どうぞ宜しくお願い申し上げます。
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	

情報提供元の医療機関/事業所名		担当	氏名	担当	氏名	担当	氏名
○□居宅介護支援センター	担当者一覧	ケアマネジャー	○○ ○○				
TEL: FAX:							

事例 2 ④ ケアマネジャー → 病院

記入者: ○○ ○○ 職種: 介護支援専門員 ⇒ 連絡先: △△ △△ 先生 No.1

医療・介護連携シート ICT版 （縦パス）

作成日 29 年 8 月 13 日

フリガナ		性別	住所	生年月日	年齢
氏名	事例 2 様		倉敷市○○ 1-2 電話番号	昭和 11 年 1 月 1 日	81 歳
④ 今回の連絡要旨	この度のご入院までの在宅中のご様子とご家族のご希望等ご連絡致します。				
治療中の病気・既往症	肺癌	転移性脳腫瘍	ペースメーカー埋め込み術		

最近の入院・入所歴	病院・診療所・施設等名	期間	入院・入所の目的
	○○病院	H29.5～6	脳腫瘍の化学療法・リハビリ
	○○病院	H29.8～2週間程度（予定）	脳浮腫による意識障害

受診中の医療機関名	□□ 内科医院(往診)	

要介護度	要介護4	有効期間	H29 年 4 月 1 日 ～ H30 年 3 月 31 日	日常生活自立度	B2	認知症高齢者の日常生活自立度	IIa

障害者手帳等	あり	1種1 級	障害名 （ ）
感染症の有無	HBs-Ag	HCV-Ab	TPHA	MRSA	その他（ ）
アレルギーの有無	なし	（薬剤:	食物:	その他: ）

身体状況									
	麻痺	右上肢 軽	左上肢 軽	右下肢 重	左下肢 重	四肢欠損	（ ）		
	筋力低下	右上肢 中	左上肢 中	右下肢 重	左下肢 重	嚥下障害	（ ）		
	その他	失語 あり	難聴 なし	視力障害 あり		身長 155 cm	体重 43 kg		

認知症中核症状	日常生活において、「短期記憶」	支障なし	「意思決定」	支障なし	「伝達能力」	支援を要す

経過概略（サマリー添付でも可） 最近の詳しい状況は往診医、医療・介護担当者記載の健康パスポートにてご確認ください。
別添フェースシート・アセスメントあり。
退院後より往診週3日、医療訪問看護、リハビリ、訪問介護を利用し、体調の良い日は訪問入浴も利用できていました。
福祉用具の特殊寝台と置き型手すりの利用あり。数日まえより視力が悪化。前夜話がしにくくなり、受診予定は2日後でしたが本日意識混濁した為緊急搬送受け入れのお願いをしました。

ADL等の状況

薬	服薬	全介助	覚醒していれば手に渡せば可能
	自己管理	不可	
食事（栄養）	動作	一部介助	覚醒していれば手元にあれば可能
	方法	経口	補液もあり
	内容	主食 おかゆ	
		副食 軟菜	トロミつき
		熱量 kcal タンパク質 g 塩分 g	
	形態	ひと口	
口腔ケア	動作	一部介助	手渡せば可能
	義歯	上: あり	下: あり
	残存歯数	19～10本	部分入れ歯 洗浄は家族
夜間睡眠	状況	良	
	せん妄	なし	

排泄	尿	尿意	あり	〔回数: 回/日〕
		方法	尿器	
		動作	全介助	手渡しても困難
	便	便意	あり	〔回数:数日に1回〕便秘
		方法	おむつ	体調が良ければポータブル
		動作	一部介助	協力できる
入浴	方法	その他	訪問入浴で担架	
	洗身	全介助	入浴できない場合は清拭	
移動・移乗	補助具	車いす		
	移動動作	全介助		
	移乗動作	一部介助		
褥瘡	有無	なし	〔部位 〕	
	体位変換	不要	（ 時間毎）	

IADLの状況

調理	家族		買い物	家族	
片付け	家族		金銭管理	家族	
掃除	家族		電話応対	家族	
洗濯	家族		通院（外出）	家族	

事例 2 ④ ケアマネジャー → 病院

氏名： 事例 2 様　(S)M T H 11 . 1 . 2 生

No.2

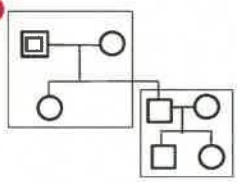
実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:] ☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] ☐ 自己注射 [種類:] ☐ 吸引 [回数 回/日] ☑ 疼痛管理 [種類:] ☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)] ☐ 人工肛門 [種類:] ☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他( )] ☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) ☐ その他 ( )
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ・血圧 ☑ 特になし ☐ あり ( ) ・移動 ☐ 特になし ☑ あり (全介助) ・摂食 ☐ 特になし ☑ あり (一部介助) ・運動 ☐ 特になし ☑ あり (リハビリ中) ・嚥下 ☐ 特になし ☑ あり (ややむせ有) ・福祉用具 ☐ 特になし ☐ あり (特殊寝台、手すり等必要) ・その他 ☐ 特になし ☐ あり ( )
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ☑ 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 ( )

医療・介護サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日
AM	医療訪問看護	医療訪問看護	医療訪問看護 医療訪問リハビリ	医療訪問看護	医療訪問看護	医療訪問看護	医療訪問看護
PM	医療訪問リハビリ 訪問診療	必要時往診 訪問介護	訪問介護 訪問診療	必要時往診 訪問介護	訪問入浴 訪問診療	必要時往診	訪問介護
備考							

生育歴・生活歴（今回の入院まで）	○市出身早くから家をでて働く。28才で結婚し転居。2子をもうけ定年まで働く。70歳頃から腰痛、膝痛など少し弱る。同じ頃心臓ペースメーカ埋込み術をし、1種1級の障がい手帳を取得。体調は回復し日中夫妻で穏やかに過ごしていたが、3年前に肺癌発症し、転移性脳腫瘍の治療で○○病院に入院。術後放射線、抗がん剤治療を行い退院。以後10数回の入退院を繰り返す。前回退院時より介護サービス利用開始した。
疾病体験の与えた影響・役割の変化	脳腫瘍が分かってから、治療を継続しているが、時々失語状態になるなど話難くり、穏やかで話し好きだったが遠慮がちになってきた。トイレに一人で行けなくなり、肩を借りるのが妻に悪いといったりしていたが、最近は訪問してくれる人と話し、起き上がろうという気持ちが出ていた。
本人の願い・望む生活	家で奥さんとゆっくり過ごしているのがいい。家族の負担にならないように普通に過ごせたらと思う。子供にも介護で仕事を休ませたくない。普通に過ごしてほしい。
家族の願い・役割への期待	短い間でも体調が安定している間は自宅の居間にいてくれると安心する。何もしてくれなくても普段通り家にいてくれるのが一番。
入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	転帰先 (☑ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)
在宅チームの導いた実現可能な目標設定	・・・数日でも在宅療養に戻る。・・・脳浮腫の改善が見られれば、医療・介護サービスの再調整を行い短期間かもしれないが在宅療養可能と思われる。脳浮腫治療についても往診医の方で対応できるよう調整予定。

本人・家族の思いを伝えられるよう記載。

家族構成図



	氏名(keyに★)	続柄	連絡先
★	○○ ○○	長女	
	□□ □□	長男	

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理 ・ ケア ・ 継続依頼したいこと等)
平成 28 年 8 月 13 日 職種[介護支援専門員]から 職種[医師・△△先生へ]	この度はお世話になります。退院後訪問診療と、適宜往診も含め依頼でき、医療訪問看護の利用から、徐々にリハビリ、訪問入浴と利用する事が出来ていました。傾眠から全く食事が取れない時もありますが、点滴対応などして頂き、排泄介助や清拭に訪問介護を利用しながらご家族で間のお世話もされてリズムが出来てきた矢先、受診予約日を待たず、視力の低下と失語症状の悪化の後意識混濁となった為、ご相談させて頂き救急搬送させて頂いております。間の介護状況やバイタルなどかかりつけ医を始め皆さんが「健康パスポート」に数日おきに記載して下さっていますのでご確認くださいませ。意識が回復したら寝たきりであっても短期間退院をご家族はご希望されていらっしゃいます。どうぞ宜しくお願い申し上げます。また、入院中のご様子など伺いに参ります。
平成 28 年 8 月 13 日 職種[介護支援専門員]から 職種[病院スタッフ様]宛	体調の急変でのご入院ですが、回復致しましたら在宅療養をご希望でいらっしゃいます。どのような状態であっても搬送が可能でしたら皆で支援致しますので、間の状況をまた伺わせて下さい。また、ご退院可能との許可が出ましたら調整会議をさせて頂きたく、皆で参りますので日程調整とご出席をどうぞ宜しくお願い申し上げます。
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	

自治体のツール等を活用する。
例：倉敷市「健康パスポート」

「倉敷市健康パスポート」について

患者が安心して支援をうけられるように倉敷市で活用されている地域連携クリニカルパスの名称。

患者、家族が、健康情報を記入し、医師が医療情報、診療計画を示し、介護サービス事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等、関係機関が役割分担を含め所定のシートに記入し、情報を共有して円滑な多職種連携を実施している。

児島医師会、川崎医科大学神経内科医師等を中心構成員とする「児島神経疾患地域連携パスワーキンググループ」により作成され、2012年から運用が開始された。

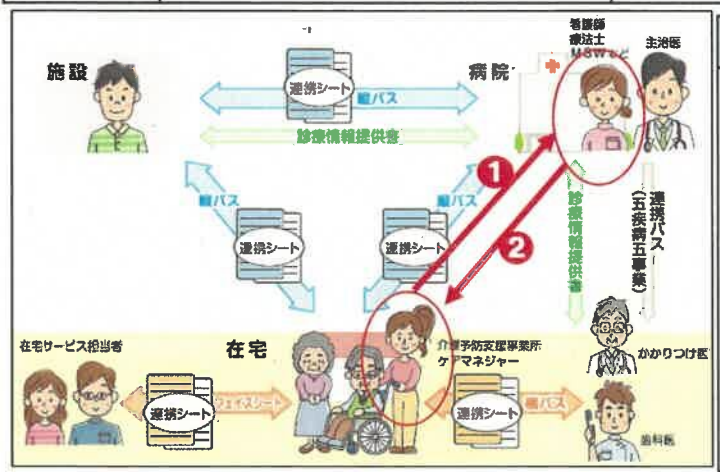
情報提供元の医療機関/事業所名	担当者一覧	担当	氏名	担当	氏名	担当	氏名
○□居宅介護支援センター		ケアマネジャー	○○ ○○				
TEL: FAX:							

事例　3	80代女性、急性期病院に入院し、自宅へ退院となったケース　（記入者：看護師 N）

本人の状況	年齢・性別	80代・女性
	病名	肺炎、便秘
	介護状態	要介護４（B2，Ⅲa）
	家族	娘夫婦と同居
	住居	持ち家

経過	対　応　概　要	連携シートの活用	ポイント
8月1日	胸のしんどさを訴え受診。検査の結果軽度の肺炎と便秘にて入院。		
8月2日	担当ケアマネジャーより、シートにて地域での生活の状況等について情報を得る。	❶ ケアマネジャー→病院 ケアマネジャーからシートを受け取る P29～30	入院翌日には事例の情報がわかることで入院時中の看護に役立ちます。
8月9日	退院時に担当看護師から担当ケアマネジャーにシートを返す。	❷ 看護師→ケアマネジャー 看護師、薬剤師、管理栄養士から在宅生活での留意事項等を記載して送る。 P31～32	入院経過を記入してケアマネジャーにシートを返すことで情報の共有ができます。

病気に関わることを
きちんと伝える



振り返り

体調の急変による、急な入院時においても、在宅での様子を入院翌日には知ることができ、また入院期間は短期間であったが、入院中の様子や、今後在宅での気を付けてもらいたいことなどをお返しすることで、切れ目なく支援を継続することが出来た。

シートの活用
①入院時にケアマネジャーから病院担当者へ提供（フェイスシート）
②退院時にケアマネジャーに提供（縦パス）

事例３ ① ケアマネジャー → 病院

記入者: ×× × 職種: 介護支援専門員 ⇒ 連絡先: 各事業所担当者 様 No.1

医療・介護連携シート ICT版（フェイスシート）

作成日 29 年 8 月 2 日

フリガナ		性別	住所	生年月日	年齢
氏名	事例 3 様	女	○○市○○ 電話番号	昭和 3 年 4 月 1 日	89 歳
今回の連絡要旨	入院のため ①				
治療中の病気・既往症	高血圧 右前腕切断	脳梗塞	右横隔神経麻痺	左肩腫瘤	

最近の入院・入所歴	病院・診療所・施設等名	期間	入院・入所の目的

受診中の医療機関名	○○クリニック	××病院
	△△病院	

要介護度	要介護4	有効期間	28 年 ● 月 1 日 ～ 30 年 ● 月 31 日	日常生活自立度	B2	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲa

障害者手帳等	なし	級	障害名 （ ）
感染症の有無	HBs-Ag 陰性	HCV-Ab 陰性	TPHA 陰性 MRSA 陰性 その他（ ）
アレルギーの有無	なし	（薬剤:	食物: その他: ）

身体状況									
	麻痺	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	四肢欠損	あり 右上肢 （ ）		
	筋力低下	右上肢	左上肢	右下肢 重	左下肢 重	嚥下障害	あり （ ）		
	その他	失語 なし	難聴 あり	視力障害 なし		身長 cm	体重 kg		
認知症中核症状	日常生活において、「短期記憶」 支援を要す	「意思決定」 支援を要す	「伝達能力」 支援を要す						

経過概略（サマリー添付でも可）
両変形性膝関節症のため歩行は困難で、車イスとベッド上の生活であり、移動は全て介助者が車イスを操作して行っている。右手は事故で前腕を切断しており、左手を使ってゆっくりスプーンで食べる。現在は嚥下機能が低下したため、リクライニング車イスを利用して角度をつけて流動食を摂っている。几帳面で礼儀正しく粘り強い。難聴があるものの、話始めると、たくさん話すことがある。

ADL等の状況

薬	服薬	全介助		排泄	尿	尿意	あり	〔回数: 回/日〕	
	自己管理	不可				方法	トイレ		
食事（栄養）	動作	一部介助				動作	全介助		
	方法	経口			便	便意	あり	〔回数: 日 回〕	
	内容	主食	その他			方法	トイレ		
		副食	その他			動作	全介助		
		熱量 kcal	タンパク質 g	塩分 g	入浴	方法	機械浴		
	形態	ペースト	自宅ではゼリーなど			洗身	全介助		
口腔ケア	動作	全介助		移動・移乗		補助具	車いす		
	義歯	上: あり	下: あり			移動動作	全介助		
	残存歯数	不明				移乗動作	全介助		
夜間睡眠	状況	良		褥瘡		有無	なし	〔部位 〕	
	せん妄	なし				体位変換	不要	（ 時間毎）	

IADLの状況

調理	家族		買い物	家族	
片付け	家族		金銭管理	家族	
掃除	家族		電話応対	家族	
洗濯	家族		通院（外出）	家族	

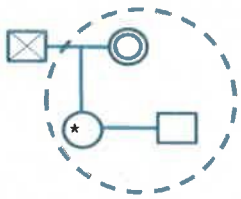
事例 3 ① ケアマネジャー → 病院

氏名: 事例 3 (M T S H) 3 . 4 . 1 生

No.2

実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:] ☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] ☐ 自己注射 [種類:] ☐ 吸引 [回数 回/日] ☐ 疼痛管理 [種類:] ☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)] ☐ 人工肛門 [種類:] ☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他( )] ☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) ☐ その他 ( )
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ・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 ( ) ・福祉用具 ☐ 特になし ☐ あり (★ 下記意見欄に詳細をご記入ください) ・その他 ☐ 特になし ☐ あり ( )
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ☐ 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 ( )

医療・介護サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日
AM	通所介護 9:25～16:30	通所リハビリ 10:00～15:30	通所リハビリ 10:00～15:30	通所介護 9:25～16:30	通所リハビリ 10:00～15:30	通所介護 9:25～16:30	
PM							
備考	福祉用具貸与:車いす、スロープ、リハビリテーブル						

生育歴・生活歴(今回の入院まで)	ご主人、娘夫婦と暮らしていた。娘婿が時間が自由に使えるため、何かと手伝ってくれている。夫は脳梗塞で倒れグループホームを利用していたが、現在は亡くなっている。	疾病体験の与えた影響・役割の変化	事故で右前腕を切断する。
本人の願い・望む生活	外出先で扉が開けられない、エレベーターに乗る時などに困る。声が出にくく、コミュニケーションに困る。	家族の願い・役割への期待	在宅で看れるところまで頑張りたい。
入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	転帰先 (☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)	家族構成図	
在宅チームの導いた実現可能な目標設定			

氏名(keyに★)	続柄	連絡先
★ ○○××		
○○×		

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理 ・ ケア ・ 継続依頼したいこと等)
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	

情報提供元の医療機関/事業所名	担当者一覧	担当	氏名	担当	氏名	担当	氏名
○●居宅介護支援センター							
TEL: FAX:							

2012.12.25改正

事例３ ② 看護師 → ケアマネジャー

記入者: ○○●● 職種: 看護師 ⇒ 連携先: 介護支援専門員 様

シート① No.1

医療・介護連携シート(縦パス)

【作成日】② 平成 29 年 8 月 9 日

フリガナ		性別	住所	生年月日	年齢
氏名	事例 3 様	□男 ☑女	○○市○○ 電話番号	□M □T ☑S □H 3 4 1生	89 歳
入院日	入院日 平成29 年 8 月 1 日		退院(予定)日 平成29 年 8 月 9 日		
要介護度	□ 申請中 要支援□1 □2 要介護□1 □2 □3 ☑4 □5		有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
障害者手帳等	□なし ☑あり ( )級 障害名( )				

入院・入所にかかわる病名(又は症状)	肺炎 便秘
併存症 既往歴・感染症の有無	☑ 高血圧 □ 心疾患 右前腕切断 □ 糖尿病 □ 結核 脳梗塞 □ 精神疾患 右肩腫瘍 ☑ 呼吸器疾患 右横隔神経麻痺
	HBs-Ag □陽性 ☑陰性 □不明 HCV-Ab □陽性 □陰性 ☑不明 TPHA □陽性 ☑陰性 □不明 MRSA □陽性 □陰性 ☑不明
アレルギーの有無	☑ なし □ あり (薬剤: 食物: その他:)
	その他( )
身体状況 四肢欠損	□ なし ☑ あり [部位 ☑ 右上肢 □ 右下肢 □ 左上肢 □ 左下肢 □ その他)]
麻痺	右:上肢[□軽 □中 □重] 下肢[□軽 □中 □重] 左:上肢[□軽 □中 □重] 下肢[□軽 □中 □重]
筋力低下	右:上肢[□軽 ☑中 □重] 下肢[□軽 ☑中 □重] 左:上肢[□軽 □中 □重] 下肢[□軽 ☑中 □重]
嚥下障害	□なし ☑あり [□ 咀嚼 ☑ 咽頭への送り込み □ 咽頭期 □ その他( )] □不明
その他	[失語: ☑なし □あり □不明] [難聴: ☑なし □あり] [視力障害□なし □あり]
日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度 □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 ☑B2 □C1 □C2
	認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb ☑Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M
認知症中核症状	日常生活において、[短期記憶□支障なし ☑支援を要す] [意思決定□支障なし ☑支援を要す] [伝達能力:□支障なし ☑支援を要す]

②これまでの経過 (詳細は看護要約等、別紙添付でも可)

胸のしんどさ訴えあり。検査の結果軽度の肺炎と便秘にて入院。CT検査にて多量の便貯留のため排尿障害まで引き起こしていた。グリセリン浣腸 摘便処置 バルンカテーテル留置にて症状安定す。2日に1回のグリセリン浣腸を定期的行う。食欲は自宅と変わりなく食べれている。CRP(1+)状態安定す。

ADL等の状況			特記事項
薬	服薬	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助	ホクナリンテープ21時貼用
	自己管理	□ 可 ☑ 不可	
食事(栄養)	方法	☑ 経口 □ 経管 □ 中心静脈	
	動作	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助	
	内容	主食: □ 米飯 □ おかゆ □ その他 ゼリー食)	
		副食: □ 常菜 □ 軟菜 □ その他)	
		熱量 1000 kcal たんぱく質 g 塩分 g	
	形態	□ 普通 □ ひと口大 □ きざみ ☑ ペースト	
口腔ケア		□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助	
		義歯 上:[□ あり ☑ なし] 下:[□ あり □ なし]	
		残存歯数: □ 20本以上 □ 19～10本 ☑ 9～0本	
排泄 尿	尿意	□ あり ☑ なし [排尿回数: 回/日]	
	方法	□ トイレ □ ポータブル □ 尿器 □ ストマ □ カテーテル	
		□ 布パンツ □ 尿取りパット □ リハビリパンツ ☑ おむつ	
	動作	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助	② 排便2日に1回グリセリン浣腸
排泄 便	便意	□ あり ☑ なし [排便回数: 日 回]	
	方法	□ トイレ □ ポータブル □ 便器 □ ストマ ☑ おむつ	
	動作	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助	
入浴	方法	□ 一般浴 □ 監視浴 □ 介助浴 □ 機械浴 □ その他(清拭)	退院後は入浴可
	洗身	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助	
移動・移乗	補助具	□ なし □ ( )杖 □ ( )歩行器 ☑ 車いす	
	移動動作	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助	
	移乗動作	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助	
夜間睡眠	状況	☑ 良 □ 不良	
	せん妄	☑ なし □ あり	
褥瘡		☑ なし □ 既往あり □ あり(部位)	
		体位変換 : □ 不要 ☑ 要(3～4)時間毎	

貴院から転院・転所時には本シートのコピーをご提供ください。

No. 2につづく

事例3 ② 看護師 → ケアマネジャー

氏名: 事例 3　(S) M T H 3 . 4 . 1 生

共通シート No.2

実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:] ☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] ☐ 自己注射 [種類:] ☐ 吸引 [回数 回/日] ☐ 疼痛管理 [種類:] ☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)] ☐ 人工肛門 [種類:] ☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他( )] ☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) ☐ その他 ( )
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ・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 ( ) ・福祉用具 ☐ 特になし ☑ あり (★ 下記意見欄に詳細のご記入ください) ・その他 ☐ 特になし ☐ あり ( )
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ☐ 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 ( )

医療・介護サービス利用状況

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
備考							

生育歴・生活歴（今回の入院まで）	ケアマネジャーよりの情報と　本人・家族の退院後の生活に対する思いをしっかり伝える　回の入院ではADLなど大きな変化なし。
本人の願い・望む生活	自宅に戻り自分のペースで家族と一緒に生活したい。
家族の願い・役割への期待	自宅で介護サービスを利用しながら穏やかに生活させてあげたい。
主治医/在宅チームの導いた実現可能な目標設定	② 食事　水分をしっかり摂り、脱水に注意する。排便コントロールをする。体調不良があれば早目の受診をする。 転記先 (☑ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)
家族構成図	
キーパーソン名	○○×× TEL ***-****-****
主な介護者	同上

関係職種からの意見

② 記載日/職種名	留意内容(疾患管理 ・ ケア ・ 継続依頼したいこと等)
平成 29 年 8 月 9 日 職種[看護師] から 職種[ ] 宛	排便コントロールをして、便秘にならないように気を付けてください。 右肩に小さい傷があります毎日ガーゼ交換しています。褥瘡予防の為体位変換をしています。
平成 29 年 8 月 9 日 職種[薬剤師] から 職種[ ] 宛	薬を飲み忘れない様気をつけてください。
平成 29 年 8 月 9 日 職種[管理栄養士] から 職種[ ] 宛	ゼリー状の食事形態で提供しています。(ご家族からの聞き取りより)嚥下のゼリー食として、ゼラチンで固めたゼリーと栄養補助食品のエンジョイゼリーなどを提供。ご家族の希望でエンジョイゼリーはパックのままでお出ししています。(本人の安心の為)アイスクリーム(スーパーカップ)は食べにくいそうです。
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	身長140センチ　体重45．8キログラム (8/8)
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	

記入者の医療機関/事業所名	医師氏名	■■△△	PT氏名		薬剤師氏名	△△□□
〒○○○-○○○○ ○○市○○×× △△病院	看護師氏名	○○●●	OT氏名		管理栄養士氏名	□□○○
TEL: ***-***-**** FAX: ***-***-****	MSW ケアマネ氏名		ST氏名		その他担当者(職種)	

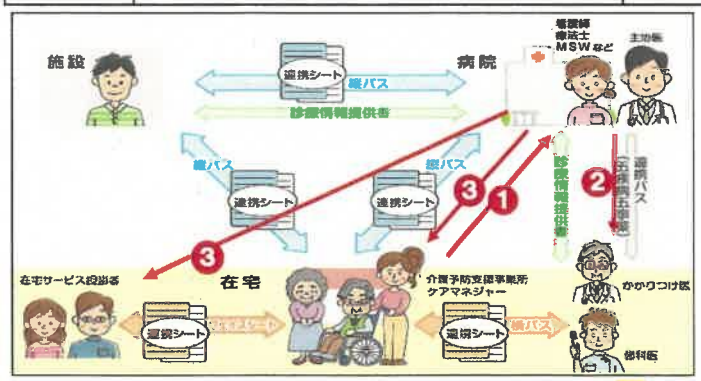
事例 4	90代男性　介護保険サービスの利用を再調整して自宅へ退院したケース（記入者：MSW）

本人の状況	年齢・性別	90代　男性
	病名	誤嚥性肺炎、廃用症候群
	介護状態	要介護5（C2、Ⅲb）
	家族	妻、娘2人との四人暮らし。
	住居	持ち家

経過	対　応　概　要	連携シートの活用	ポイント
4月20日	急性期病院MSWよりリハビリ目的で転院依頼がある。		
4月21日	同居している妻と娘と転院前の面談を実施。		
4月24日	回復期リハビリテーション病棟へ転院受け入れ。家族とインテーク面接を実施。妻は介護疲れのため今後は施設入所を考えていることを聞く。		
4月26日	主治医、病棟看護師、MSWにて入院時カンファレンスを実施。		
4月27日	担当ケアマネジャーが来院。入院前の生活状況など情報提供を受ける。	①ケアマネジャー→病院 ケアマネジャーからシートを受け取る	受取ったシートはカルテに入力。原本は病棟で保管します。
5月11日	妻と娘と面接。退院後の療養先について相談。特養、老健の一覧など資料を渡し、見学を勧める。		
5月20日	次女と面談。次女はこれまでのように自宅で介護することを希望される。		
5月31日	ケアマネジャーと次女とMSWで面談。家族の負担を軽減と費用負担のことを考えて小規模多機能ホームの利用をケアマネジャーから提案。		
6月2日	妻と長女と面接。施設へ入所させるのは心配なので次女の意向にそって自宅で介護することを希望される。		
6月26日	退院後は通院が困難になるため訪問診療専門クリニックへ訪問診療を依頼。	②病院→訪問診療クリニック 診療情報提供書と連携シートを送る	
7月10日	小規模多機能ホームスタッフが本人と家族面談のため来院。介助量が多いため小規模多機能ホームでの対応が困難。同一事業所内のデイサービスを利用することになる。ケアマネジャーも同事業所に依頼。		
8月10日	退院前カンファレンス実施 病院側：医師、担当看護師、PT、ST、MSW 診療所：医師、看護師、MSW 在宅側：訪問介護、デイケア、短期入所、福祉用具、ケアマネジャー 退院日が8月18日と決定する	③病院→ケアチーム カンファレンス用に医療介護連携シート（縦バス）を作成。事前に病院側スタッフで各職種の意見を記入。参加者に提供し情報共有した。会議で話し合った内容を加えシートを修正して配布した。 P34～35	病院側のスタッフは注意事項を事前にシートに入力しておくことでスムーズにカンファレンスが進行します。
8月28日	退院		
9月5日	退院後長女と面談：在宅での介護は大変だけど順調にデイサービスを利用しているとの報告を受ける。デイサービスでも嚥下訓練を開始している。		

ケアマネジャーからのシートが参考になります。

新たにシートを作成しますが、入院時にケアマネジャーからいただいたシートを参考にしながら作成します。



振り返り

介護保険の利用内容、利用事業所を変更したことにより、ケアマネジャーも事業所を変更することになったが**入院時に得た情報をふまえて次の担当者に入院中の情報を伝えることができ、家族の意向に沿った支援につなげることができた。**退院後は訪問診療を利用されているため当院に来院されることはないが、デイケアを利用しながら自宅での生活を継続されており、家族も自信を持って介護をされている。

シートの活用

①入院時にケアマネジャーから病院担当者へ提供
②病院MSWから訪問診療所MSWへ提供
③退院時に病院からケアマネジャー・デイケア・短期入所・福祉用具担当者へ提供

※　①②は掲載していません

事例４③（退院前カンファレンスで使用） 病院MSW → ケアマネジャー、在宅サービス担当者

記入者: △△○○　職種: MSW　⇒　連絡先: 各事業所担当者　様　No.1

医療・介護連携シート ICT版　（縦パス）

作成日 29 年 8 月 日

フリガナ		性別	住所	生年月日	年齢
氏名	事例４	男	倉敷市	大正 年 月 日	93歳
③今回の連絡要旨	入院中の経過報告と退院後の在宅療養に向けた調整				
治療中の病気・既往症	誤嚥性肺炎 右被殻出血（2013年発症）		廃用症候群 左不全麻痺		

最近の入院・入所歴	病院・診療所・施設等名	期間	入院・入所の目的
	○○病院	2017年3月○日～4月○日	肺炎の治療
	当院	4月○日～	肺炎後のリハビリテーション

受診中の医療機関名		

要介護度	要介護5	有効期間	28 年 6 月 1 日 ～ 30 年 5 月 31 日	日常生活自立度	C1	認知症高齢者の日常生活自立度	IIIb

障害者手帳等	なし	級	障害名（　　）
感染症の有無	HBs-Ag	HCV-Ab	TPHA　MRSA　その他（　　）
アレルギーの有無	なし	（薬剤:　　食物:　　その他:　　）	

身体状況								
	麻痺	右上肢	左上肢 中	右下肢	左下肢 中	四肢欠損	（　　）	
	筋力低下	右上肢	左上肢	右下肢 中	左下肢 中	嚥下障害	（　　）	
	その他	失語 なし	難聴 あり	視力障害 なし		身長 168 cm	体重 48 kg	

認知症中核症状	日常生活において、「短期記憶」	支援を要す	「意思決定」	支援を要す	「伝達能力」	支援を要す

経過概略（サマリー添付でも可）
2017年3月デイサービス利用中に呼吸状態が悪化、○○病院へ救急搬送され入院となる。抗生剤加療にて状態改善。嚥下機能の低下があり経管栄養開始。廃用症候群に対してのリハビリ目的で4月下旬当院回復期病棟に転院。VF検査にて嚥下機能を評価。安全に摂取することは困難なため6月に胃瘻造設。経口摂取の訓練も引き続き実施している。在宅で生活できるよう家族への介護指導も実施。

ADL等の状況

薬	服薬	全介助		排泄	尿	尿意	あり	〔回数:　回/日〕
	自己管理	不可				方法	おむつ	尿意があればトイレ介助
食事（栄養）	動作	全介助				動作	全介助	
	方法	経管	お楽しみ程度に経口から摂取		便	便意	あり	〔回数:　日　回〕
	内容	主食	その他　メイバランス			方法	おむつ	便意があればトイレ介助
		副食				動作	全介助	
		熱量 1500 kcal	タンパク質 g 塩分 g	入浴		方法	機械浴	
	形態	ペースト				洗身	全介助	
口腔ケア	動作	全介助		移動・移乗		補助具	車いす	
	義歯	上: あり	下: あり			移動動作	全介助	
	残存歯数					移乗動作	全介助	
夜間睡眠	状況	良		褥瘡		有無	なし	〔部位　〕
	せん妄	なし				体位変換	要	（2 時間毎）

IADLの状況

調理			買い物		
片付け			金銭管理		
掃除			電話応対		
洗濯			通院（外出）		

事例4❸（退院前カンファレンスで使用） 病院MSW → ケアマネジャー、在宅サービス担当

氏名: 事例 4　M T / S H　・　・　生

No.2

実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:] ☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] ☐ 自己注射 [種類:] ☐ 吸引 [回数 回/日] ☐ 疼痛管理 [種類:] ☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)] ☐ 人工肛門 [種類:] ☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他( )] ☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) ☐ その他 ( )
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ・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 ( )　・福祉用具 ☐ 特になし ☐ あり (★ 下記意見欄に詳細をご記入ください) ・その他 ☐ 特になし ☐ あり ( )
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ☑ 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 ( )

医療・介護サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
備考							

生育歴・生活歴（今回の入院まで）	妻と娘二人の四人暮らし。倉敷で生まれ育つ。2013年に脳出血を発症後はデイサービスを週4日、訪問リハビリを週2回利用しながら自宅で生活していた。	疾病体験の与えた影響・役割の変化	外出する機会が減り、意欲低下、認知面の低下がみられる。
本人の願い・望む生活	住み慣れた自宅で生活したい	家族の願い・役割への期待	自宅で介護したい思いはあるが介護者の体力面など不安も大きい
入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	日中は車いすに乗車し離床して生活、経管栄養の扱いなど家族ができるようになる 転帰先 (☑ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)	家族構成図	
在宅チームの導いた実現可能な目標設定			

氏名(keyに★)	続柄	連絡先
★ ☆☆■子	妻	
☆☆○美	長女	
☆☆△美	次女	

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理 ・ ケア ・ 継続依頼したいこと等)
平成 29 年 8 月 日 職種[看護師] から 職種[ ] 宛	胃瘻の注入方法は娘に指導済み。本人が胃瘻を触ることがあるため夜間は両手にミトンを装着していました。咳をすることがありますが吸引などはせず経過観察していました。誤嚥のリスクが高いので発熱などの症状に注意が必要です。
平成 29 年 8 月 日 職種[理学療法士] から 職種[ ] 宛	起居動作、移乗動作、座位保持全介助です。腰痛の訴えが時々あります。座位姿勢は右へ傾きが強いです。
平成 29 年 8 月 日 職種[言語聴覚士] から 職種[ ] 宛	嚥下機能について、口腔内保持不可、嚥下反射惹起遅延顕著にて反射前に梨状窩まで流れ落ちます。認知機能の低下もあり、口に入れた後、嚥下運動を随意的に開始する前にしゃべりだしてしまうことが多いです。口腔内保持ができないため、咀嚼の必要な形態の食物は誤嚥及び窒息の危険性がより大きいです。お楽しみレベルで、ハチミツ状の形態を少量ずつ注意深い介助のもとで摂取していただく必要があります。
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ] 宛	

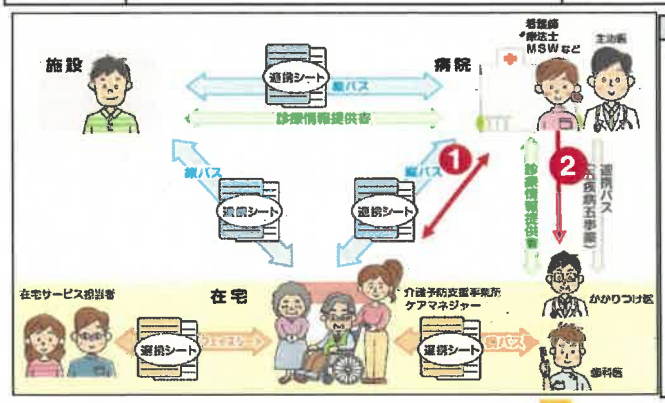
病院側のスタッフは注意事項を事前にシートに入力しておくことでスムーズにカンファレンスが進行します。

情報提供元の医療機関/事業所名	担当者一覧	担当	氏名	担当	氏名	担当	氏名
□□□病院		医師	××	OT	☆☆		
TEL: FAX:		看護師	□□	ST	●●		
		PT	△△	MSW	△△○○		

事例 5	70代女性　これまで介護保険の利用がなく、住宅改修と継続治療が必要であり、回復期病院から自宅への退院調整をしたケース　（記入者：看護師T）

本人の状況	年齢・性別	70歳代・女性
	病名	末期腎不全　血液透析　糖尿病性腎症　脳梗塞
	介護状態	要介護3
	家族	夫との二人暮らし
	住居	住宅改修　玄関の上り框　トイレ　廊下の手すり

経過	対応概要	連携シートの活用	ポイント
6月10日	脳梗塞発症前はADL自立　病院MSWより家族へ介護保険の利用について説明	急性期病院から連携シートが送られているときには、発症前・入院中の状態を確認する	
6月13日	ケアマネジャーの希望を確認し居宅介護支援事業所にケアマネジャーの設定を依頼		
6月20日	担当リハビリセラピストと看護師からの自宅の内部の写真撮影と見取り図の提出を家族に依頼	面談後、得た情報を連携シートに落とす。MSW・リハビリ担当者にシート記入依頼をする	連携シートは電子カルテに入力　看護師・リハビリ・MSWが設定された項目に入力して情報共有する
		❶担当ケアマネジャーが患者訪問に来院された時には受け持ち看護師または役職者があいさつをするとともに連携シートの提出を互いに行う	**発症前のADLや理解力・認知力を把握して、リハビリのゴール設定の参考にしていきます。**
6月30日	写真と見取り図を受け取り回収が必要な個所の確認をする		
7月1日	ケアマネジャー・リハビリ・看護師・MSWで自宅訪問をして家屋環境を見て必要な住宅改修を確認するとともに、サービスを検討していく		自宅訪問から得られた新しい情報を連携シートに記載する
7月14日	退院後は、継続の透析通院とともに、血糖測定とスライディングスケールを使用したインスリン注射が必要と予測されるため患者・家族に教育を開始	**連携シートのスペースだけでは、情報教諭が困難と判断して看護サマリーに詳しく内容を記載することにした。インスリンの他、一日の水分摂取量・体重変化も情報提供することにした。**	
8月1日	住宅改修完了して、動作確認をするため外泊。訪問時はリハビリ・看護師・MSW・ケアマネジャーが同行		
8月15日	退院調整会議を病院内で開催 病院側：看護師・退院調整看護師・PT・OT・MSW　在宅側：訪問看護・デイサービス・介護タクシー・ケアマネジャー 家族：夫・娘 退院日が9月1日に決まる	❶**病院→ケアマネジャー** 病院側から退院調整会議に合わせてシートを作成し渡す。特記すべき医療情報は看護サマリーで捕捉し確認をする P37～38	医療情報については詳しく情報共有が必要であるため今回の事例は看護サマリーで捕捉
9月1日	自宅退院	❷**退院時→かかりつけ医へ** 診療情報提供書とともに連携シートを添付する	



振り返り

維持透析をしていた方が、継続で透析をしながらリハビリを実施して自宅に帰ることができた。より医療度が高い事例においては、看護サマリーを付け加えることで訪問看護との連携が可能となった。

シートの活用

①病院からケアマネジャーへ提供
②病院からかかりつけ医へ提供

事例５ 1　病院看護師 → ケアマネジャー

記入者：　○○　職種：　看護師　⇒　連絡先：　先生　No.1

医療・介護連携シート ICT版　（縦パス）

作成日　年　月　日

フリガナ		性別	住　所	生年月日	年齢
氏名	事例 5		○○市○○町 電話番号	昭和 22 年 1 月 1 日	70 歳
今回の連絡要旨	住宅改修と継続治療が必要な回復期病院から在宅への退院調整				
治療中の病気・既住症	糖尿病 末期腎不全　脳梗塞				

最近の入院・入所歴	病院・診療所・施設等名	期間	入院・入所の目的
	○○病院	平成29年5月	脳梗塞治療
	△△病院	平成29年6月	リハビリテーション

受診中の医療機関名		

要介護度	要介護3	有効期間	29 年 6 月 日 ～ 30 年 1 月 日	日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	
障害者手帳等	なし	級	障害名（　）				
感染症の有無	HBs-Ag 陰性	HCV-Ab 陰性	TPHA 陰性	MRSA 陰性	その他（　）		
アレルギーの有無	なし	（薬剤：　食物：　その他：　）					

身体状況									
	麻痺	右上肢	左上肢 軽	右下肢	左下肢 軽	四肢欠損	なし	（　）	
	筋力低下	右上肢	左上肢 軽	右下肢	左下肢 軽	嚥下障害	なし	（　）	
	その他	失語 なし	難聴 あり	視力障害 あり		身長　cm	体重　kg		

認知症中核症状	日常生活において、「短期記憶」	支障なし	「意思決定」	支障なし	「伝達能力」	支障なし

経過概略（サマリー添付でも可）
平成29年5月左半身のしびれを感じて急性期病院受診。脳梗塞の診断を受けて継続の維持透析とリハビリテーション目的のため転院。爾在宅復帰に向けて住宅改修とサービスの調整を依頼。

ADL等の状況

薬	服薬	一部介助	袋明け介助	排泄	尿	尿意	なし	〔回数：　回/日〕
	自己管理	不可				方法	トイレ	
食事（栄養）	動作	一部介助				動作	見守り	
	方法	経口			便	便意	あり	〔回数：　日　回〕
	内容	主食	米飯			方法	トイレ	
		副食	軟菜			動作	見守り	
		熱量 1400 kcal	タンパク質　g	塩分　g	入浴	方法	介助浴	デイサービス利用
	形態	普通				洗身	一部介助	
口腔ケア	動作	見守り		移動・移乗		補助具	杖	
	義歯	上：あり	下：あり			移動動作	見守り	
	残存歯数	19～10本				移乗動作	見守り	
夜間睡眠	状況	良		褥瘡		有無	なし	〔部位　〕
	せん妄	なし				体位変換	不要	（　時間毎）

IADLの状況

調理	サービス		買い物	サービス	
片付け	家族		金銭管理	家族	
掃除	家族		電話応対	家族	
洗濯	家族		通院（外出）	サービス	

事例5 ❶ 病院看護師 → ケアマネジャー

氏名: OOOO M T S H 生

No.2

実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:] ☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] ☑ 自己注射 [種類: ランタス] ☐ 吸引 [回数 回/日] ☐ 疼痛管理 [種類:] ☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)] ☐ 人工肛門 [種類:] ☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他( )] ☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) ☐ その他 ( )
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ・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 ( ) ・福祉用具 ☐ 特になし ☑ あり (★ 下記意見欄に詳細をご記入ください) ・その他 ☐ 特になし ☐ あり ( )
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ☐ 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 ( )

医療・介護サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
備考	介護用ベッド、車いす等家屋調査のうえ必要物品を選定①						

生育歴・生活歴(今回の入院まで)		疾病体験の与えた影響・役割の変化	
本人の願い・望む生活		家族の願い・役割への期待	

			氏名(keyに★)	続柄	連絡先
入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	転帰先 (☑ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)	家族構成図			
在宅チームの導いた実現可能な目標設定					

関係職種からの意見

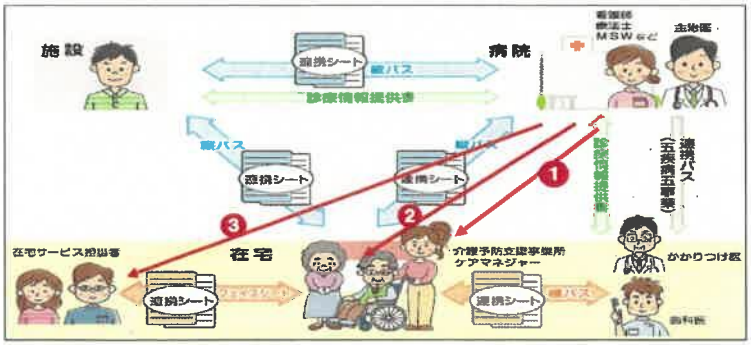
記載日/職種名	留意内容(疾患管理 ・ ケア ・ 継続依頼したいこと等)
平成 年 月 日 職種[看護師] から 職種[ケアマネジャー]宛	要介護3で左半身マヒ杖歩行で歩行自立。透析は月・水・金通院をしています。通院時には介護タクシーが必要なことが予測されます。自宅は住宅改修と介護ベッドなどを利用するように予定してます。今回の脳梗塞を発症でインスリンスライディングスケールを使用することになりました。詳しくは看護サマリーを添付しますので確認をお願いします。週3回の透析とともに訪問看護の介入でしばらくは、調整希望されています。
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	連携シートのスペースだけでは、情報共有が困難と判断をして、看護サマリーに詳しく内容を記載することにした。インスリンの他一日の水分摂取量・体重変化も情報提供することにしている。
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	・看護サマリーを添付すればこのシートの記載は簡潔になります。
平成 年 月 日 職種[ ] から 職種[ ]宛	

情報提供元の医療機関/事業所名	担当者一覧	担当	氏名	担当	氏名	担当	氏名
△△病院		医師	●●	OT	□□		
TEL: FAX:		看護師	OO	MSW	◆◆		
		PT	△△				

事例　6	70代男性　回復期病棟から自宅退院したケース（記入者：病棟看護師 K）

本人の状況	年齢・性別	７０歳，男性
	病名	脳梗塞，高血圧，高脂血症
	介護状態	左片麻痺，左半側空間無視，嚥下障害があり，屋内歩行は軽介助，食事は嚥下食が必要である．
	家族	キーパーソンの妻と同居。長女は車で10分程度のところに住んでいる。
	住居	２階建て，自室は１階，トイレは1階

経過	対　応　概　要	連携シートの活用	ポイント・補足
回復期リハビリ病棟入院（発症から2週間目）	入院時，主治医（リハ科医）は，入院期間，おおまかな予想される退院時の状態について説明をします．また，患者本人・家族から，病前の生活情報や，希望などを聴取します．	受け持ち看護師は，回復期病棟入院から１週間以内に，医療介護連携シート（以下，シート）を新規作成します．また，適宜その他の職種も情報を入力します．この時には書類は確定保存しません．	シートは，まずはすぐに分かる情報から埋めていきます．また，急性期病棟入院時に，ケアマネジャーが，入院前の情報をシートで頂ける場合にはそれを参考にさせていただいています．
ケアマネジャーから来院予定の連絡（発症から３週間目）	ケアマネジャーから，当院の入退院支援もしくはMSWに来院予定の連絡があります．その情報を病棟看護師へ伝え日程調整を行います． ＊	ケアマネジャーの来院日までに，シートの修正を行い確定保存します．	電子カルテに連携シートが入っているので，一度作成しておけば，それ以降は作成する時に，前回の連携シートをコピーして，状態が変わったＡＤＬ・病状のみ修正します．
ケアマネジャーの病院訪問（発症から約１か月目）	病棟看護師は，病棟のＡＤＬや病状の説明を行います．また，ケアマネジャーから病前の生活情報などを聞き取り，情報共有カンファレンスを行います．	①看護師がシートを印刷し，看護師からケアマネジャーへシートを渡します．それを，使用しながら情報共有カンファレンスを行います．その内容をシートNo2のカンファレンス項目に記載し確定保存します． ＊＊＊	**連携シート作成1回目** P40～41
看護師から患者・家族へ説明（カンファレンス翌日）	後日，ご家族へケアマネジャーとの話した内容について説明します． ＊＊	②看護師はシートを2部印刷し，２部とも家族からサインをもらい，１部は控えで，もう１部は家族へ渡します． ＊＊＊＊	一般病棟では，コスト算定できます．
ケアマネジャーから来院予定の連絡（発症から約1か月半）	上記＊と同様	ケアマネジャー来院日までに1回目の連携シートをコピーして，それに**上書きして2回目のシートを作成します．**1回目のカンファレンス内容は残しておきます．	前回のカンファレンス内容があるので，経過を把握しやすいです．
ケアマネジャーの病院訪問（発症から2か月目）	病棟看護師とケアマネジャーとで，入院経過や家族状況など情報共有カンファレンスを行います	上記＊＊＊と同様。	
看護師から患者・家族へ説明（カンファレンス翌日）	上記＊＊と同様。	上記＊＊＊＊と同様。	一般病棟では，コスト算定できます．
主治医から退院前調整会議の　開催」の指示（発症から２か月半）	主治医が「退院前調整会議の開催」の指示を出しMSWがその指示を受けます。MSWがケアマネジャーと家族へ連絡し日程調整を行います．	退院前調整会議までに，シートを作成し確定保存します。作成は，医師，リハ療法士，看護師，MSWで行います。 ③は、多職種で記載しています。	退院前調整会議は，主治医の指示後２週間前後に開催されることが多いです．
退院前調整会議（発症から約３か月前）	病状の確認・医療方針、今後の在宅生活の留意点、サービス内容の確認などを行います。	③看護師が，会議に出席する人数分のシートを印刷し，それを用いて会議を行います。会議後にシートに追記事項を書き込み、確定保存します．	**連携シート作成3回目** P42～43 在宅サービス担当者，病院スタッフ，患者・患者家族などが参加します．
看護師から患者・家族へ説明（退院前調整会議翌日）	後日，ご家族へ退院前調整会議で話した内容について説明します。	上記＊＊＊＊と同様。	一般病棟では，コスト算定できます．
退院（発症３か月半）			



振り返り

一般病棟で使用した時に「介護支援連携指導料，退院時共同指導料２」が算定できる様式に一部変更。（退院調整加算は一般病棟では算定可能ですが，回復期リハビリ病棟では算定出来ません）

地域の共通様式なので、使途の項目の変更は最小限にとどめました．変更したところは、２枚目の最後に「カンファレンス」の項目を追加し，「専門職種の意見」の項目は、１枚増やし３枚目にしました．家族への説明と、本人・家族の署名が必要で、家族に渡すものなので，記載内容やシートの取り扱いに配慮を要します。

事例 6 1 病棟看護師→ケアマネジャー

記入者: 看護師 K　職種: 病棟看護師 ⇒ 連絡先: ケアマネ　介護　太郎先生 様　No.1

医療・介護連携シート(退院時共同指導書・縦パス)

作成日 H30年 3月 30日 (第 3回目)

カルテ番号	ABCDEFGHIJKLMNOPQR								
フリガナ	クラシキ　タロウ	性別	住所						
氏名	○ ○ ○ △ △ △様	男性	電話番号	0000−0000−0000	生年月日	○○○○年○月○日	年齢	70歳	
今回の連絡要旨	退院前の情報共有								
治療中の病気・既往症	☑高血圧 □糖尿病 ☑脂質異常症 □心疾患 □呼吸器疾患 □結核 □精神疾患								
	平成元年：高血圧・高脂血症（○○クリニックで内服治療）,変形性膝関節症（▽整形外科）								

最近の入院・入所歴	施設名	期間	入院・入所の目的
	治療中の病気・既往歴参照		

受診中の医療機関名		

要介護度	要介2	有効期間	平成30年2月22日～ 平成30年8月21日	日常生活自立度	B2	認知症高齢者の日常生活自立度	IIb
障害者手帳等		級	障害名		( )		

感染症の有無	HBs−Ag	陰性	HCV−Ab	陰性	TPHA	陰性	MRSA	陰性	その他 (なし)
アレルギーの有無	なし	(薬剤:		食物:		その他:			)

身体状況														
	麻痺	右上肢		左上肢	重	右下肢		左下肢	中	四肢欠損			( )	
	筋力低下	右上肢	軽	左上肢		右下肢	軽	左下肢		嚥下障害	あり	咽頭期		( )
	その他	失語	なし		難聴	なし		視力障害	なし	身長 160 cm		体重 62 kg		

認知症中核症状	日常生活において、「短期記憶」	支障なし	「意思決定」	支障を要す	「伝達能力」	支障なし

経過概略 (サマリー添付でも可)	元来、膝痛あるがなんとか最低限のADLは自立。平成29年12月20日起床時、左手足の動きが悪いと訴えあり当院に救急搬送。頭部MRIにて右中大脳動脈領域の脳出血と診断され脳卒中科入院し点滴治療を行った。左片麻痺嚥下障害等に対してリハビリ目的で2018年1月4日回復期リハ病棟に転科転棟。約3か月間入院し歩行は装具と杖にて軽介助で歩行可能となった。家屋改修を行い4月7日自宅退院予定。ADLは以下を参照。

＜ADL等の状況＞

薬	服薬	見守り	左半側空間無視あり見落としに注意	排泄	尿	尿意	あり	[回数: 4～5回/日]	
	自己管理	見守り	薬袋をカレンダーのチェックが必要			方法	トイレ		
食事（栄養）	動作	見守り	右手で小スプーンで自己摂取			動作	一部介助	ズボンの上げ下げ	
	方法	経口	座位		便	便意	あり	[回数: 2日 1回]	
	内容	主食	軟飯			方法	トイレ		
		副食	軟菜	繊維が少ない物、一口大		動作	一部介助	ズボンと拭く動作軽介助	
		熱量	1600 kcal タンパク質 50 g 塩分 6 g		入浴	方法	介助浴	浴槽の出入り軽介助	
	形態	液体	ポタージュ状トロミ、コップから摂取			洗身	一部介助	背部は介助	
口腔ケア	動作	一部介助	仕上げ磨きは、介助要	移動・移乗		補助具	杖	短下肢装具、4点杖	
	義歯	上: なし	下: なし			移動動作	一部介助	軽介助、長距離車いす	
	残存歯数	20本以上				移乗動作	見守り	ベッド柵などの支持物要	
夜間睡眠	状況	良		褥瘡		有無	なし	[部位]	
	せん妄	なし				体位変換	不要	(時間毎)	

＜IADLの状況＞

調理			買い物		
片付け			金銭管理		
掃除			電話応対		
洗濯			通院(外出)		

事例6 1 病棟看護師→ケアマネジャー

医療・介護連携シート（退院時共同指導書・縦パス）

No.2

カルテ番号	ABCDEFGHIJKLMNOPQR	氏名	○ ○ ○ △ △ △	○○○○年○月○日 生

実施中の医療的処置と留意事項

□ 中心静脈栄養 [部位:] □ 酸素療法 [安静時: L、労作時: L]
□ 自己注射 [種類:] □ 吸引 [回数 回/日]
□ 疼痛管理 [種類:] □ 気管カニューレ [サイズ(Fr)]
□ 人工肛門 [種類:] □ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ( )
□ 尿カテーテル等 (No.1排泄の項参照) □ その他 ( )

サービス提供時における留意事項

(必要性の高いものにチェックをして下さい)
・血圧 あり ( ) ・移動 あり ( )
・摂食 あり ( ) ・運動 あり ( )
・嚥下 あり ( ) ・福祉用具 あり (※No.3に詳細をご記入ください。)
・その他 ( )

医学的管理留意事項

(必要性の高いものにチェックをして下さい)
□ 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 ( )

医療・介護サービス利用状況

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
備考							

生育歴・生活歴（今回の入院まで）		疾病体験の与えた影響・役割の変化	
本人の願い・望む生活	自宅へ帰りたい。	家族の願い・役割への期待	トイレまでなんとか歩けるようになって欲しい。自宅改修をして自宅退院。

入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定

歩行は慣れた部屋・平地・短距離を4点杖・短下肢装具で軽介助

転帰先（☑在宅 □ 施設 □ 転院 ）

在宅チームの導いた実現可能な目標設定

家族構成図

妻：65歳
長女：40歳
（夫、子2人）
本人宅から車で10分

氏名（keyに★同居に●）	続柄	連絡先	備考
★ ● ○○ ○子	妻	090-0000-0000	
○○ ○美	長女	090-0000-0000	倉敷市

緊急時の対応

＜カンファレンス内容＞

カンファレス開催日時・参加者	カンファレンス検討内容
30年 1月17日 時間 14:00～15:00 病棟看護師 K ケアマネ 倉敷太郎	・看護師：左上下肢麻痺、高次脳機能障害（左半側空間無視、注意障害）があり、今後、下肢は麻痺はわずかな改善上肢は実用手は難しいと思わる。高次脳機能も軽減しても残存すると思わる。現在，短下肢装具にて介助歩行レベル入院期間は3か月間で退院時の歩行は、屋内平地・短距・離を4点杖、短下肢装具使用し介助になる思う。ただし、高次脳機能障害や膝の状態んいよっては，妻の介助で可能になるかは１－２か月間経過をみて検討。食事は、現在ベッドアップ45度、嚥下弾、副食ミキサー、液体とろみージュ状の形態を摂取。今後、嚥下訓練と嚥下造影検査を行いながら決定していく。退院時にもベッドアップや食事形態の工夫を要する可能性あると思われる。 ・ケアマネ：趣味は盆栽。病前は、膝痛あるがなんとか杖で歩行していた。妻は自宅でみたいと希望。
年 月 日 時間 ： ～ ：	
年 月 日 時間 ： ～ ：	

ケアマネさんが，病棟訪問にて看護師とカンファレンスを行った内容を看護師が記載

後日，看護師がカンファレンス内容を家族へ説明し，家族からサインを頂く．
（一般病棟ではコスト算定可能です．回復期はコスト算定は出来ません．）

H30年 1月 18日

記載者名（自署） （病棟看護師 K）

（患者本人）（自署）

（患者家族）（自署） ○○○ ▽◇ （続柄） 妻

事例6 3 看護師 → ケアマネジャー

記入者：看護師 K　　職種：病棟看護師 ⇒ 連絡先：ケアマネ　介護　太郎先生 様　　No.1

医療・介護連携シート(退院時共同指導書・縦パス)

作成日　H30年　3月　30日　（第　3回目）

カルテ番号	ABCDEFGHIJKLMNOPQR						
フリガナ	クラシキ　タロウ	性別	住所	[illegible]			
氏名	○　○　○　△　△　△様	男性	電話番号	0000－0000－0000	生年月日	○○○○年○月○日	年齢 70歳
今回の連絡要旨	退院前の情報共有						
治療中の病気・既往症	☑高血圧　□糖尿病　☑脂質異常症　□心疾患　□呼吸器疾患　□結核　□精神疾患						
	平成元年：高血圧・高脂血症（○○クリニックで内服治療）,変形性膝関節症（▽整形外科）						

最近の入院・入所歴	施設名	期間	入院・入所の目的
	治療中の病気・既往歴参照		

受診中の医療機関名															
要介護度	要介2	有効期間	平成30年2月22日～ 平成30年8月21日					日常生活自立度	B2	認知症高齢者の日常生活自立度	IIb				
障害者手帳等		級	障害名		（ ）										
感染症の有無	HBs-Ag	陰性	HCV-Ab	陰性	TPHA	陰性	MRSA	陰性	その他（ なし ）						
アレルギーの有無	なし	（薬剤：	食物：	その他： ）											
身体状況 麻痺	右上肢		左上肢	重	右下肢		左下肢	中	四肢欠損			（ ）			
身体状況 筋力低下	右上肢	軽	左上肢		右下肢	軽	左下肢		嚥下障害	あり	咽頭期		（ ）		
身体状況 その他	失語	なし	難聴	なし	視力障害	なし	身長 160 cm	体重 62 kg							
認知症中核症状	日常生活において、「短期記憶」	支障なし	「意思決定」	支障を要す	「伝達能力」	支障なし									

経過概略（サマリー添付でも可）	元来、膝痛あるがなんとか最低限のADLは自立。平成29年12月20日起床時、左手足の動きが悪いと訴えあり当院に救急搬送。頭部MRIにて右中大脳動脈領域の脳出血と診断され脳卒中科入院し点滴治療を行った。左片麻痺嚥下障害等に対してリハビリ目的で2018年1月4日回復期リハ病棟に転科転棟。約3か月間入院し歩行は装具と杖にて軽介助で歩行可能となった。家屋改修を行い4月７日自宅退院予定。ADLは以下を参照。

＜ADL等の状況＞

薬	服薬	見守り	左半側空間無視あり見落としに注意	排泄	尿	尿意	あり	[回数：4～5回/日]	
薬	自己管理	見守り	薬袋をカレンダーのチェックが必要	排泄	尿	方法	トイレ		
食事（栄養）	動作	見守り	右手で小スプーンで自己摂取	排泄	尿	動作	一部介助	ズボンの上げ下げ	
食事（栄養）	方法	経口	座位	排泄	便	便意	あり	[回数：2日　1回]	
食事（栄養）	内容 主食	軟飯		排泄	便	方法	トイレ		
食事（栄養）	内容 副食	軟菜	繊維が少ない物、一口大	排泄	便	動作	一部介助	ズボンと拭く動作軽介助	
食事（栄養）	内容 熱量	1600 kcal タンパク質 50 g 塩分 6 g		入浴		方法	介助浴	浴槽の出入り軽介助	
食事（栄養）	形態	液体	ポタージュ状トロミ、コップから摂取	入浴		洗身	一部介助	背部は介助	
口腔ケア	動作	一部介助	仕上げ磨きは、介助要	移動・移乗		補助具	杖	短下肢装具、４点杖	
口腔ケア	義歯	上：なし	下：なし	移動・移乗		移動動作	一部介助	軽介助、長距離車いす	
口腔ケア	残存歯数	20本以上		移動・移乗		移乗動作	見守り	ベッド柵などの支持物要	
夜間睡眠	状況	良		褥瘡		有無	なし	[部位　]	
夜間睡眠	せん妄	なし		褥瘡		体位変換	不要	（　時間毎）	

＜IADLの状況＞

調理			買い物		
片付け			金銭管理		
掃除			電話応対		
洗濯			通院(外出)		

事例6 ③ 看護師 → 在宅サービス担当者等

医療・介護連携シート（退院時共同指導書・縦パス）

No.2

カルテ番号	ABCDEFGHIJKLMNOPQR	氏名	○ ○ ○ △ △ △	○○○○年○月○日 生

実施中の医療的処置と留意事項

☐ 中心静脈栄養 [部位:] ☐ 酸素療法 [安静時: L、労作時: L]
☐ 自己注射 [種類:] ☐ 吸引 [回数 回/日]
☐ 疼痛管理 [種類:] ☐ 気管カニューレ [サイズ(中)]
☐ 人工肛門 [種類:] ☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ( )
☐ 尿カテーテル等（No.1排泄の項参照） ☐ その他 ( )

サービス提供時における留意事項

（必要性の高いものにチェックをして下さい）

・血圧 あり （２剤の降圧剤内服中、定期測定を） ・移動 あり （左半側無視・麻痺あり注意）
・摂食 あり （セッティング要、小スプーン） ・運動 あり （左半側無視・麻痺あり注意）
・嚥下 あり （No1用紙参照） ・福祉用具 あり （※No.3に詳細をご記入ください。）
・その他 ( )

医学的管理留意事項

（必要性の高いものにチェックをして下さい）

☐ 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 ( )

医療・介護サービス利用状況

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
備考							

この欄は，退院前調整会議（退院前カンファレンス）時には，埋めることはほとんどないと思います．サービス利用に関しては，会議時にケアマネさんから相談・提案があります．

生育歴・生活歴（今回の入院まで）	趣味は屋内縁側で盆栽をすること。（膝が痛くなるまでは、庭でやっていた）	疾病体験の与えた影響・役割の変化	入院２か月目はやや気持ちの落ち込みあったが退院前は前向きになっている様子。
本人の願い・望む生活	帰ったら、また盆栽をしたい。	家族の願い・役割への期待	退院後もリハビリをして、なんとか今の状態のままでいて欲しい。

入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	慣れた環境であれば、4点杖と装具、見守り歩行の可能性あり 転帰先（☑在宅 ☐施設 ☐転院）	家族構成図	妻：65歳 長女：40歳（夫、子2人） 本人宅から車で10分	氏名（keyに★同居に●）	続柄	連絡先	備考
				★ ● ○○ ○子	妻	090-0000-0000	
				○○ ○美	長女	090-0000-0000	倉敷市
在宅チームの導いた実現可能な目標設定							

緊急時の対応：かかりつけ医 もしくは当院救急

＜カンファレンス内容＞

カンファレンス開催日時・参加者	カンファレンス検討内容
30年 1月17日 時間 14：00～ 15:00 病棟看護師 K ケアマネ 倉敷太郎	・看護師：左上下肢麻痺、高次脳機能障害（左半側空間無視、注意障害）があり、今後、下肢は麻痺はわずかな改善、上肢は実用手は難しいと思わる。高次脳機能も軽減しても残存すると思わる．現在，短下肢装具にて介助歩行レベル．入院則間は3か月間で退院時の歩行は、屋内平地・短距・離を4点杖、短下肢装具使用し介助になる思う。ただし、高次脳機能障害や膝の状態んいよっては，妻の介助で可能になるかは１－２か月間経過をみて検討。食事は、現在ベッドアップ45度、嚥下第、副食ミキサー、液体とろみージュ状の形態を摂取。今後、嚥下訓練と嚥下造影検査を行いながら決定していく。退院時にもベッドアップや食事形態の工夫を要する可能性あると思われる。 ・ケアマネ：趣味は盆栽。病前は、膝痛あるがなんとか杖で歩行していた。妻は自宅でみたいと希望。 初回のカンファレンス内容（以前のカンファレンス内容が分かるように転記しておきます）
30年 2月20日 時間 13：30～ 14:30 病棟看護師 K ケアマネ 倉敷太郎	・看護師：左下肢麻痺は改善傾向で、最近は介助量軽減し、リハビリの場面では軽介助レベルに改善。左上肢麻痺は改善が無く、今後も改善は難しいと思われる。歩行レベルの予後としては、屋内は、平地・短距離であれば、杖・下肢装具を使用し妻の介助で可能になると思われる。3月上旬には家屋訪問し、自宅改修を予定しているが、手すり、段差解消などの簡単な改修で済むと思われる。入浴は、シャワーチェアーが必要になります。 ・ケアマネ：家族の意向にそって、ディサービスでのリハビリなどのプランを立てていきます。 ケアマネさんが2回目に病棟訪問し，看護師とカンファレンスを行った内容（1回目カンファレンス同様転記する）
30年 3月30日 時間 14:00～ 14:45 病棟看護師：K. ：PT：理学太郎 OT：作業太郎 ST：言語太郎 リハ科医：[illegible]太郎 MSW：医相太郎 介護支援専門員：薬所ケアマネ太郎 ○ディサービス：PT理学花子 家族：○○○V◇（妻） 患者本人：○○○△△ 3回目のカンファレンス	・医師：今後はかかりつけ医で通院内服治療，内服で血圧は安定している．看護師：家族へADL介助の指導を行いなんとか妻の介助で出来ているが，負担を考慮し，いずれショートスティ利用も検討要か．ADLはNo1を参照． PT：歩行は短下肢装具、杖を使用し軽度介助レベル。左無視があるので自宅で一度全体を確認するように指してから行動すると見落としは少ない．OT：退院後は盆栽希望あり，半側無視はあるが家族と共に行えば可能． ・自宅の本人の部屋は1階でベッド設置，玄関・トイレ・浴室には手すり設置済み．外泊練習2回行い，特に支障なし ・ケアマネ：家族の意向として能力保持のため週３回ディサービスでリハを行う予定（送迎付）シャワー椅子購入済 ・退院は4月7日を予定．・通院は，介護タクシーを利用．・もう少し歩行耐久性は伸びそう 退院前カンファレンスの内容

H30年 3月 31日 記載者名（自署） （病棟看護師 K）

カンファレンスに家族も入って内容理解していると思われますが 記載内容にそって再度説明し，サインを頂く．

（患者本人）（自署） （患者家族）（自署） ○○○ ▽◇ （続柄） 妻

事例6 3 病棟看護師→ケアマネジャー

医療・介護連携シート（退院時共同指導書・縦パス）

No.3

＜関係職種からの意見＞

カルテ番号	ABCDEFGHIJKLMNOPQR	氏名	○○○　△△△	0000年00月00日生

記載日/職種名	留意内容（疾患管理・ケア・継続依頼したいこと等）
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	

このNO3関係職種からの意見のシートは、基本的に退院時調整会議時に使用します。ただし、退院前調整会議以前にも、必要性があれば適宜使用することにしています。

情報提供元の医療機関/事業所名						
○○○　病院 TEL: [redacted]　FAX: [redacted]	医師	リハ太郎	PT	理学太郎	栄養士	
	看護師	K	OT	作業太郎	薬剤師	
	退院調整看護師		ST	言語太郎	その他	
	ケアマネ		MSW	医相太郎	その他	

Ⅴ.「医療・介護連携シート」活用に関するもの

1．入退院ルールについて

入退院支援のための"医療機関とケアマネジャー間のルール"を策定

介護を必要とする患者さんが、退院の準備をする際に、医療機関からケアマネジャーに引き継ぎがなされないことにより、必要な介護サービスの利用がすぐに受けられなかったり、在宅生活へ円滑に移行できない場合があります。

そこで、これらの課題をふまえ、医療機関とケアマネジャーが連携をとりやすくするため、平成２９年度、県南西部倉敷地域の医療関係者・ケアマネジャー・地域包括支援センター・関係団体などで構成する実務者連絡会を中心に協議や検討を重ね、多くの方々に意見をいただきながら、**「県南西部倉敷地域（倉敷・総社・早島）版医療・介護の入退院ルール」**を策定しました。

介護を必要とする患者さんが、疾患を問わず、必要な介護サービスや相談ができ、安心して在宅や施設へ戻ることができるよう、医療（病院等）と介護（ケアマネジャー）が連携を強化して支援していくことを、ルール策定の目的としています。

1 ルールの基本

（1）「県南西部倉敷地域（倉敷・総社・早島）版入退院ルール」とは

県南西部倉敷地域（倉敷・総社・早島）の医療機関とケアマネジャーが、患者さんが入院した時から情報を共有し、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための連携の仕組みです。介護保険サービスの利用の有無によって、ケアマネジャーがいる場合、ケアマネジャーがいない場合に分け、医療機関とケアマネジャーが行う役割を経過に合わせて表記しています。

このルールは、主に医療機関とケアマネジャーの連携をとりやすくするための標準を定めた「ツール」です。ルールは、「目安」と考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。

このルールの運用は、平成３０年４月から開始します。

（2）ルールを利用する関係機関

県南西部倉敷地域（倉敷・総社・早島）にある医療・介護関係機関

（３）対象となる方

次のような内容に該当する方が、退院調整を必要としています。

①入院前に介護保険サービスを利用していた方（入院前に担当ケアマネジャーが決まっている方）
⇒要介護・要支援に関わらず、対象となります。
②退院後、新たに介護保険サービス等を利用する方（入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない方）
⇒医療機関が、退院調整の必要があると判断した方が対象となります。

（４）想定する基本的な対象者・位置づけ

基本的には、県南西部倉敷地域（倉敷・総社・早島）に居住しており、県南西部倉敷地域の医療機関に入院し、退院後の生活に何らかの支援が必要な状態であり、在宅や施設等への在宅支援が必要な方を想定しています。

（５）ルールの見直し

ルール運用後、運用状況の確認、評価を行い、必要に応じて関係者間で協議の上、適宜見直しをしていきます。

退院を見据えて地域で在宅生活を支えるための

医療・介護の入退院ルール（倉敷・総社・早島地域）

退院後の生活に何らかの支援が必要な状態で ケアマネジャーがいる場合

相手の立場に立ち、気持ちの良い連携を心がけましょう！
※「医療・介護連携シート」をもらったら、追記をして返しましょう

病院・有床診療所

窓口一覧（市町役場・地域包括支援センター（高齢者支援センター）・居宅介護支援事業所）を活用しましょう

入退院窓口

入院（転院）の連絡

ケアマネに入院（転院）した事を早く連絡しましょう
在宅のかかりつけ医に入院したことを家族から連絡してもらいましょう

入院中の連携

ケアマネに入院期間や治療方針・予後等の連絡をしましょう

退院に向けて

必要に応じてケアマネと在宅のかかりつけ医に退院前カンファレンス開催の連絡をしましょう

☐ 退院日までの余裕をもって退院前カンファレンスの日程調整をしましょう

退院（転院）時の連携

ケアマネに退院時要約（医療・介護連携シート、サマリー等）を、転院の場合は、転院先に医療・介護連携シートも提供しましょう

退院時要約があると助かります

状態に合ったプランを立てるために、病状やADLの変化などがあれば早めに教えてほしいです。

日頃からの備え ⇒ 入院（転院）が決まったら ⇒ 退院

在宅・施設

ケアマネジャー
《要介護：居宅介護支援事業所》
《要支援：地域包括支援センター（高齢者支援センター）》

受診・入院時セット準備の啓発

利用者に、日頃から受診・入院時セットの準備と、入院したらケアマネに知らせるようお願いしておきましょう

入院前情報の提供

利用者が入院した事を知ったら、早く医療機関へ入院前の情報を「医療・介護連携シート」等を使って提供しましょう

☐ 訪問時は一報入れてからにしましょう

医療・介護連携シート

☐ 在宅のかかりつけ医へ入院したことを連絡しましょう

退院に向けてサービス調整

医療機関から退院前カンファレンスの連絡を受けたら、退院に向けてケアプランの作成・サービスの調整を行い、サービス事業者にも一緒に出席してもらいましょう

退院後の連携

退院後の様子を医療機関へ伝えましょう

窓口一覧（医療機関）の活用

『医療・介護連携シート（ＩＣＴ版）』は、備中県民局のホームページからダウンロードできます）
医療・介護連携シートの活用事例集も参考にしてください。いろんな使い方ができます。

（この資料では、介護支援専門員（ケアマネジャー）を「ケアマネ」と表記しています）

備中保健所 医療・看護・介護実務者連絡会作成（平成３０年３月１５日現在）

退院を見据えて地域で在宅生活を支えるための

医療・介護の入退院ルール（倉敷・総社・早島地域）

退院後の生活に何らかの支援が必要な状態で ケアマネジャーがいない場合

相手の立場に立ち、気持ちの良い連携を心がけましょう！
※ケアマネさんに「医療・介護連携シート」を書いて渡しましょう

病院・有床診療所

窓口一覧（市町役場・地域包括支援センター（高齢者支援センター）・居宅介護支援事業所・施設等）を活用しましょう



入退院窓口

地域包括支援センター等へ相談

在宅で何らかの支援が必要な状態と判断したら、本人・家族に介護保険について説明し、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所へ相談してもらいましょう
在宅のかかりつけ医に入院したことを家族から連絡してもらいましょう

ケアマネへの連絡

担当するケアマネが決定したら、ケアマネに治療方針や入院期間、予後等について連絡しましょう

退院に向けて

必要に応じてケアマネと在宅のかかりつけ医に退院前カンファレンス開催の連絡をしましょう

☐退院日までの余裕をもって退院前カンファレンスの日程調整をしましょう

退院（転院）時の連携

ケアマネに退院時要約（医療・介護連携シート、サマリー等）を、転院の場合は、転院先に医療・介護連携シートも提供しましょう

退院時要約があると助かります

状態に合ったプランを立てるために、病状やADLの変化などがあれば早めに教えてほしいです。

48

日頃からの備え　入院したら　退院

在宅・施設

受診・入院時セット準備の啓発

もしもに備えて、日頃から受診・入院時セットを準備しておくよう啓発しましょう



ケアマネジャー
《要介護：居宅介護支援事業所》
《要支援：地域包括支援センター（高齢者支援センター）》

☐訪問時は一報入れてからにしましょう

医療・介護連携シート

患者情報の収集

医療機関から退院見込みの連絡を受けたら、退院後の生活に必要な利用者情報の共有について、医療機関・家族と調整しましょう

退院に向けてサービス調整

医療機関から退院前カンファレンスの連絡を受けたら、退院に向けてケアプランの作成・サービスの調整を行い、サービス事業者にも一緒に出席してもらいましょう

退院後の連携

退院後の様子を医療機関へ伝えましょう

窓口一覧（医療機関）の活用

『医療・介護連携シート（ＩＣＴ版）』は、備中県民局のホームページからダウンロードできます。
医療・介護連携シートの活用事例集も参考にしてください。いろんな使い方ができます。

（この資料では、介護支援専門員（ケアマネジャー）を「ケアマネ」と標記しています）

備中保健所 医療・看護・介護実務者連絡会作成（平成３０年３月１５日現在）

もしもの入院に備えて

県南西部倉敷地域（倉敷市・総社市・早島町）にお住いの
高齢者・ご家族・地域の皆さまへのお願い

もしも、急に体調を崩し入院することになった場合、退院後も安心して自分らしい生活を送るには、入院の早期から、退院後の生活を見据えて、病院や関係機関、本人・家族等が、連絡を取り合う必要があります。退院後に介護等の介護保険サービスを利用する場合に、スムーズに利用が開始できるようにするには早めに関係機関と連絡を取り合うことが大切です。そのためには、もしもの入院に備えて、以下のことをご理解いただき、日頃からの備えをお願いします。

1 もしもの入院に備えて、普段から「受診・入院時セット」としてひとまとめにしておいてください

「受診・入院時セット」とは・・・

① 医療保険証
② 介護保険証
③ お薬手帳
④ かかりつけの医療機関の診察券
⑤ 介護保険利用中で、担当のケアマネジャーがおられる方は、担当ケアマネジャーの名刺
⑥ 家族の連絡先



2 介護保険を利用している方が入院した場合は、すぐに担当のケアマネジャーに連絡してください。介護保険の申請をしていない方（担当のケアマネジャーがいない方）で、何らかの支援が必要な場合には、お住まいの地域の地域包括支援センター（高齢者支援センター等）等に相談してください（連絡先は裏面）



ケアマネジャー：生活の中で、身の回りの世話に手助けが必要になった時、介護が必要な人の自立や尊厳を保持して、その人らしく暮らせるように介護サービス等の調整を行います

このチラシに関するお問い合わせ先	倉敷市　健康長寿課地域包括ケア推進室	電話　086-426-3417
	総社市　長寿介護課	電話　0866-92-8373
	早島町　地域包括支援センター	電話　086-482-2432

備中保健所 医療・看護・介護実務者連絡会作成（平成 30 年 3 月 15 日現在）

地域包括支援センター（高齢者支援センター）連絡先一覧

市町	センター名	所在地	電話	対象地域
倉敷市	倉敷中部高齢者支援センター	鶴形1-9-7	086-430-6703	倉敷東小・万寿小・万寿東小・菅生小一部（青江，西岡，宮前，祐安）
	倉敷南高齢者支援センター	粒江2500-1	086-420-1355	倉敷西小・粒江小
	老松・中洲高齢者支援センター	老松町4-4-7	086-427-1191	老松小・中洲小
	大高高齢者支援センター	新田2689	086-427-8811	大高小・茸高小・倉敷南小
	倉敷西高齢者支援センター	中島770-1	086-466-3156	中島小・西阿知小・連島北小
	帯江・豊洲高齢者支援センター	亀山679-1	086-429-2714	帯江小・豊洲小
	中庄高齢者支援センター	徳芳504	086-461-2357	中庄小
	天城・茶屋町高齢者支援センター	藤戸町藤戸1573-1	086-428-1661	茶屋町小・天城小
	庄北高齢者支援センター	山地1297	086-461-0085	庄小一部（上東，二子，山地，西尾，日畑，矢部，庄新町）
	倉敷北高齢者支援センター	下庄700-1	086-463-7760	庄小一部（下庄，松島，栗坂）・菅生小一部（浅原，西坂，生坂，三田）
	水島高齢者支援センター	水島南春日町13-1	086-446-6511	第四福田小・第五福田小・水島小
	福田高齢者支援センター	東塚5-4-50	086-455-5132	第一福田小・第二福田小・第三福田小
	連島高齢者支援センター	神田2-3-27	086-444-3200	連島東小・旭丘小・連島神亀小・連島西浦小・連島南小・霞丘小
	琴浦高齢者支援センター	児島下の町5-2-17	086-473-9001	琴浦東小・琴浦西小一部（児島上の町の内1～4丁目を除く）・琴浦北小・琴浦南小
	児島中部高齢者支援センター	児島柳田町355-1	086-473-0847	児島小・緑丘小・琴浦西小一部（児島上の町1～4丁目）
	児島西高齢者支援センター	児島駅前4-83-2	086-472-0221	味野小・本荘小
	赤崎高齢者支援センター	児島阿津2-7-53	086-472-2941	赤崎小
	下津井高齢者支援センター	下津井吹上2-6-4	086-479-8271	下津井東小・下津井西小
	郷内高齢者支援センター	串田660	086-470-2005	郷内小・郷内尾原小
	玉島東高齢者支援センター	玉島750-1	086-523-6235	上成小・乙島小・乙島東小
	玉島中部高齢者支援センター	玉島中央町1-4-8	086-523-5322	玉島小・柏島小
	玉島南高齢者支援センター	玉島勇崎1044	086-528-3266	玉島南小・沙美小・南浦小
	玉島北高齢者支援センター	玉島陶856-1	086-525-1339	長尾小・富田小・穂井田小
	船穂高齢者支援センター	船穂町船穂1861-1	086-552-9005	船穂小・柳井原小
	真備高齢者支援センター	真備町箭田1130	086-698-5999	川辺小・岡田小・薗小・二万小・箭田小・呉妹小
総社市	中央部北地域包括支援センター	中央2-2-17	0866-94-5577	総社、池田
	中央部南地域包括支援センター	清音三因1074-1	0866-92-7888	常盤、清音
	東部南地域包括支援センター	地頭片山150	0866-90-0201	三須、山手
	東部北地域包括支援センター	久米48-1	0866-92-6987	総社、服部、阿曽
	西部地域包括支援センター	秦330-1	0866-96-9066	槁、神在、久代、山田、新本
	北部地域包括支援センター	日羽436-28	0866-99-1943	日美、下倉、水内、富山
早島町	早島町地域包括支援センター	前潟360-1	086-482-2432	早島町全域

地域包括支援センター：（高齢者支援センター）　高齢者の暮らしを地域でサポートするための拠点として、介護だけでなく、福祉、健康、医療など様々な分野からの総合的な高齢者とその家族を支える機関です

4．大切にしたい連携のポイント

在宅で支えるために大切にしたい連携のポイント

～　医療・看護・介護の現場のスタッフの声　～

編集に携わった実務者連絡会メンバーから…

医療機関の欲しい情報、ここが詳しいと助かります



・入院前の家庭での生活の様子や、介護の状況、ADLの状況（何を使って、どのような生活をしていたのか）キーパーソンは誰かなどが知りたい

入院中に受け持っていた患者さんの退院後の様子が気になります。どうされているのか知りたいです。
（急性期病院スタッフ）

病院に連絡に行く時には、退院した他の方の在宅でのご様子もお伝えするようにしています。
（ケアマネジャー）

ケアマネジャーの欲しい情報、こうであったら助かります



・留意事項については、紙面でいただくと誤解がないので安心です（カンファレンスの時、耳から聞く情報だけでは不安）
・退院間近になってからではなく、中間で早めの情報をいただくと、状態にあったプランが立てやすくなります

顔なじみになってからは、情報の共有がスムーズに行えるようになりました。
（医療機関スタッフ・ケアマネジャー）

【附録】

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランクＪ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する １．交通機関等を利用して外出する ２．隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクＡ	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない １．介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する ２．外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクＢ	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ １．車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う ２．介助により車いすに移乗する
	ランクＣ	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する １．自力で寝返りをうつ ２．自力では寝返りもうたない

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ﾗﾝｸ	判 断 基 準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
Ⅱ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
Ⅱａ	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
Ⅱｂ	家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
Ⅲａ	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
Ⅲｂ	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢａに同じ	
Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
Ｍ	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

ADL 評価方法

		FIM	バーサル インデックス
自立	自力で可能な状態 他者の介助や監視を必要としない状態 補助具の使用の有無は問わない	6・7 点に相当	10 点に相当
見守り	見守りや声かけが必要な状態 自助具や使用物品の準備や片づけの介助が必要な状態	5 点に相当	
一部介助	部分的な介助が必要な状態	2・3・4 点に相当	5 点に相当
全介助	すべて介助が必要な状態	1 点に相当	0 点に相当

記入者:　　職種:　　⇒　連絡先:　　先生　　No.1

医療・介護連携シート ICT版　（縦パス）

作成日　年　月　日

フリガナ		性別	住　所	生年月日	年齢
氏名	様		電話番号	年　月　日	歳
今回の連絡要旨					
治療中の病気・既往症					
最近の入院・入所歴	病院・診療所・施設等名	期間	入院・入所の目的		
受診中の医療機関名	主治医氏名:		主治医氏名:		
	主治医氏名:		主治医氏名:		
要介護度	有効期間　年　月　日 ～　年　月　日		日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	
障害者手帳等	級　障害名・（　）				
感染症の有無	HBs-Ag　HCV-Ab　TPHA　MRSA　その他（　）				
アレルギーの有無	（薬剤:　食物:　その他:　）				
身体状況 麻痺	右上肢　左上肢　右下肢　左下肢　四肢欠損			（　）	
身体状況 筋力低下	右上肢　左上肢　右下肢　左下肢　嚥下障害			（　）	
身体状況 その他	失語　難聴　視力障害		身長　cm	体重　kg	
認知機能	日常生活において、「短期記憶」　「意思決定」　「伝達能力」				

経過概略（サマリー添付でも可）

ADL等の状況

薬	服薬			排泄 尿	尿意		〔回数:　回/日〕
	自己管理				方法		
食事（栄養）	動作				動作		
	方法			便	便意		〔回数:　日　回〕
	内容 主食				方法		
	副食				動作		
	熱量　kcal　タンパク質　g　塩分　g			入浴	方法		
	形態				洗身		
口腔ケア	動作			移動・移乗	補助具		
	義歯 上:	下:			移動動作		
	残存歯数				移乗動作		
夜間睡眠	状況			褥瘡	有無		〔部位　〕
	せん妄				体位変換		（　時間毎）

IADLの状況

調理			買い物		
片付け			金銭管理		
掃除			電話応対		
洗濯			通院（外出）		

氏名：　M T / S H　・　生

No.2

実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:] ☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] ☐ 自己注射 [種類:] ☐ 吸引 [回数 回/日] ☐ 疼痛管理 [種類:] ☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)] ☐ 人工肛門 [種類:] ☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他( )] ☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) ☐ その他 ( )
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ・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 ( )　・福祉用具 ☐ 特になし ☐ あり (★ 下記意見欄に詳細をご記入ください) ・その他 ☐ 特になし ☐ あり ( )
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい) ☐ 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 ( )

医療・介護サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
備考							

生育歴・生活歴（今回の入院まで）		疾病体験の与えた影響・役割の変化	
本人の願い・望む生活		家族の願い・役割への期待	

入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	転帰先 (☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)	家族構成図		氏名(keyに★)	続柄 / 連絡先
在宅チームの導いた実現可能な目標設定				主な介護者の身体状況及び留意事項	

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理 ・ ケア ・ 継続依頼したいこと等)
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	
平成 年 月 日 職種[ ]から 職種[ ]宛	

情報提供元の医療機関/事業所名	担当者一覧	担当	氏名	担当	氏名	担当	氏名
TEL: FAX:							

医療・介護連携シートICT版　プルダウンによる入力リスト

NO. 1

医療・介護連携シートICT版
- 縦パス
- 横パス
- フェイスシート

性別
- 男
- 女

年号
- 明治
- 大正
- 昭和
- 平成

治療中の病気・既往症
- 高血圧
- 糖尿病
- 心疾患
- 呼吸器疾患
- 結核
- 精神疾患

要介護度
- 要支援1
- 要支援2
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5
- 申請中

日常生活自立度
- 自立
- J1
- J2
- A1
- A2
- B1
- B2
- C1
- C2

認知症高齢者の日常生活自立度
- 自立
- Ⅰ
- Ⅱa
- Ⅱb
- Ⅲa
- Ⅲb
- Ⅳ
- M

障害者手帳等
- あり
- なし

感染症の有無
- 陽性
- 陰性
- 不明

身体状況

麻痺・筋力低下
- 軽
- 中
- 重

四肢欠損
- 右上肢
- 右下肢
- 左上肢
- 左下肢
- その他

嚥下機能
- 咀嚼
- 咽頭への送り込み
- 咽頭期
- その他
- 不明

嚥下機能の判断
・咽頭への送り込み：咀嚼後、口腔内の食塊残留の有無。
・咽頭期：食塊が咽頭へ送られた瞬間、喉ぼとけが上がり食塊が食道へ運ばれる。
・。咽頭期障害の疑い：食事中むせる、嚥下障害を指摘された、飲み物に「トロミ」をつけている。

認知機能
- 支障なし
- 支援を要す

ADL等の状況

薬・食事・口腔ケアの自立度
- 自立
- 見守り
- 一部介助
- 全介助

薬の自己管理
- 自立
- 見守り
- 一部介助
- 全介助

食事：方法
- 経口
- 経管
- 中心静脈

食事：内容：主食
- 米飯
- おかゆ
- その他

食事：内容：副食
- 常菜
- 軟菜
- その他

食事：形態
- 普通
- ひと口
- きざみ
- ペースト

口腔ケア：義歯
- あり
- なし

口腔ケア：残存歯数
- 20本以上
- 19～10本
- 9～0本
- 不明

夜間睡眠：状況・せん妄
- 良
- 不良

排泄：尿意・便意
- あり
- なし

排泄：方法
- トイレ
- ポータブル
- 尿器
- 便器
- ストマ
- カテーテル
- 布パンツ
- 尿取パット
- リハビリパンツ
- おむつ

入浴：方法
- 一般浴
- 監視浴
- 介助浴
- 機械浴
- その他

移動・移乗：補助具
- なし
- 杖
- 歩行器
- 車いす

褥瘡：有無
- なし
- 既往あり
- あり

褥瘡：体位変換
- 不要
- 要

IADLの状況

調理・片付け・掃除・洗濯・買い物・金銭管理・電話対応・通院
- 本人
- 家族
- サービス
- していない

NO. 2

担当者一覧

担当
- 医師
- 歯科医師
- 薬剤師
- 看護師
- PT
- OT
- ST
- MSW
- 栄養士
- ケアマネジャー
- 訪問看護
- デイ
- ヘルパー
- ショートステイ
- 訪問入浴
- 福祉用具
- 介護職

医療・介護連携シートICT版　入力リストの用語解説

障害者高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 近隣所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
Ⅱ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と、症状の改善及び進行の阻止を図る。
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
Ⅲa	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ	
Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別擁護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

「医療・介護連携シート」ＩＣＴ版　活用の手引き

2013 年 10 月　第 1 版発行
倉敷地域リハビリテーション広域支援センター連絡協議会、岡山県備中保健所

2016 年 2 月　第 2 版発行　（連携シートを ICT 版に変更）
医療・看護・介護連携推進会議、医療・看護・介護実務者連絡会、岡山県備中保健所

2018 年 3 月　第 2 版増補
（Ⅳシート活用事例集・Ⅴ「医療・看護連携シート」活用に関するもの）
医療・看護・介護連携推進会議、医療・看護・介護実務者連絡会、岡山県備中保健所

2018 年 12 月　第 2 版増補　（Ⅳシート活用事例集）
医療・看護・介護連携推進会議、医療・看護・介護実務者連絡会、岡山県備中保健所

All Rights Reserved,Copyright©医療・看護・介護連携推進会議、医療・看護・介護実務者協議会、岡山県備中保健所
Printed in Japan