

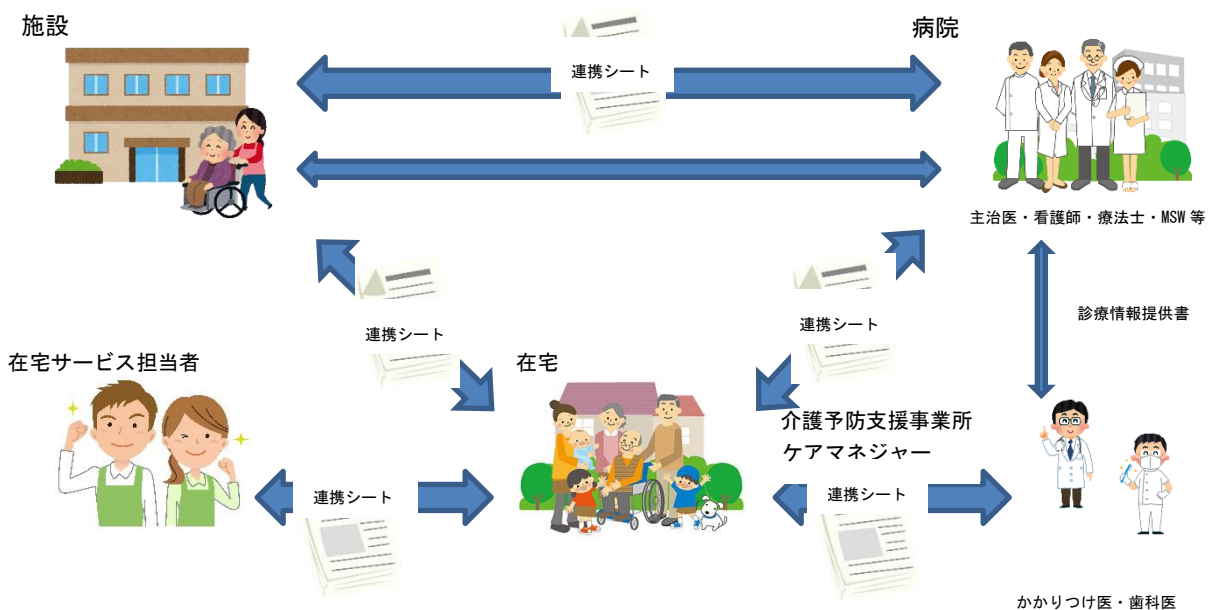
古平町医療・介護連携シート(暫定版)活用方法

I. 運用マニュアル

1. 「連携シート」の構成

このシートは No.1 と No.2 の 2 枚構成です。フェースシートとしても使用可能です。

・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。



2. 使用場面

(1) 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(以下の表参照)に使用します。

連携場面	使用の基本	渡す側	受け取り側
病院 →在宅・施設	退院前調整会議が必要な場合	連携担当者 (MSW 等)	ケアマネジャー等 や連携担当者
施設→在宅	退所前調整会議が必要な場合	連携担当者 (生活相談員等)	ケアマネジャー等
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 (生活相談員等)	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等は含まない)	ケアマネジャー等	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)	ケアマネジャー等	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) 生活に大きな変化が生じた場合や、介護認定更新や区分変更時等、主治医(かかりつけ医)とケアマネジャー等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」の受け取りと保管

「連携シート」を渡す側は、「連携シート」の原本をコピーし個人ファイルに保管します。

「連携シート」の原本は連携先に渡し、受け取り側はその原本を個人ファイル等個人の記録物と一緒に保管してください。

4. 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、事前に個人情報の利活用範囲を「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、本人家族等により情報活用への拒否の意思表示がなされない限り、提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。

Ⅱ. 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及び職種

連絡先: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・電話番号等:本人の居住地を記入します。

家族・協力者:家族や協力者の住所・電話番号などを記入します。

家族構成図: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。

※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

(今回の連絡趣旨)

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携の理由、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等
- ・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時等

(治療中の病気・既往歴)

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ます。現在治療中の病気・既往症を記入してください。

(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、その医療機関名を記入します。

(要介護度)

要介護度及び有効期間を記入します。

(日常生活自立度)

- ・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)

(認知症の中核症状)

- ・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、状況を判断できたりする。
 - 〈支援を要す〉上記より、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、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。)

(認知症の周辺症状)

認知症の周辺症状の有無について、該当する口にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する口のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について()内に記入してください。

なお、認知症の周辺症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する口にレ印をつけてください。

(障害等認定)

障害の種別及び等級又は程度、障害名を記入してください。

(感染症の有無)

有無について、該当する口にレ印をつけてください。有の場合は()内に内容を記入します。不明の場合は、不明の口にレ印をつけてください。

(アレルギーの有無)

有無について、該当する口にレ印をつけてください。有の場合は薬剤、食物、その他のアレルギー既往を記入します。

(身体状況)

- ・利き腕: 該当する方の口にレ印をつけてください。
- ・身長・体重: おおよその数値を記入してください。
- ・麻痺・褥瘡等: 該当する部位をプルダウンで選択します。

(ADL等の状況)

行為について、プルダウンで該当する状況(自立・見守り・一部介助・全介助)を選択します。

- ・食事: 食種・場所・主食・副食について、プルダウンで該当する内容を選択します。

- ・移動:屋内外の補助具の使用状況をプルダウンで選択します。
- ・排尿:排便:尿意・便意・失禁・方法の状況をプルダウンで選択します。
- ・睡眠:睡眠状況・睡眠形態をプルダウンで選択します。
- ・入浴:入浴形態をプルダウンで選択します。
- ・整容:該当する介助項目の口にレ印をつけてください。
- ・口腔:義歯・残存歯数をプルダウンで選択します。
- ・更衣:該当する介助項目の口にレ印をつけてください。

2. No.2(シート2枚目)

(IADL の状況)

行為について、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。

- ・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。

(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、部位・種類・回数・留意事項等を記入します。

(サービス提供時における留意事項)

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口にレ印をつけ、()内に具体的な留意事項を記載してください。

()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なら可能なのかという点等についても記入します。
摂食	摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。
嚥下	嚥下運動機能の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。
移動	移動(歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車いす、車いすと便座等への移乗等も含める)について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。
運動	運動負荷を伴うサービスの提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。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載してください。
その他	医学的観点から留意事項があれば、具体的に記載してください。

(医学的管理の必要性)

医学的観点から、利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、該当するサービスの□にレ印をつけてください。

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診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。
その他の医療系サービス	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)

入院前の情報を記入します。ケアプラン添付可。

(生育歴・生活歴)

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を記入します。

(疾病の影響による役割等の変化)

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。

(本人の希望・望む生活)

本人の希望について、発言内容を記入します。

(家族の希望)

家族の希望について、発言内容を記入します。

(医療面から導いた療養上の目標)

カンファレンス等で導いた目標を記入します。

(今後の治療)

退院後の通院の頻度、治療内容注意点等を記入します。

(介護面から導いた生活上の目標)

サービス担当者会議等で導いた目標を記入します。

(在宅での生活の様子、生活・療養上の課題等)

自宅での生活の様子や、生活・療養上の課題を記入します。

(情報提供元の医療機関/事業所名)

情報提供元の機関名、TEL・FAX 番号、担当者氏名、職種を記入します。