

1. 在宅医療と介護の連携推進の手順について

在宅で生活する医療と介護のサービスを必要としている方（対象者）に、多職種間で連携しサービスを提供することで、その身体状況を維持し、自分らしい生活を人生の最後まで可能な限り続けることができるよう、以下の手順で医療と介護の連携に取り組んでいきます。

①対象者の状況把握

対象者の担当となったケアマネジャーは、対象者の医療と介護の情報について状況把握を行い、連携に必要な情報をとりまとめます（様式1の活用）。



②主治医とケアマネジャーとの協議

ケアマネジャーは、対象者の主治医と緊密な連携を図るためにお互いの協議の場を設け、①の情報を共有し対象者の在宅医療と介護について意思疎通を図ります。



③連携体制構築

ケアマネジャーは、①、②により抽出された医療機関・介護サービス事業所に対し、今後の医療と介護の一体的な提供とその役割を確認します。



④連携の実施

対象者への医療と介護を提供する医療機関・介護サービス事業所は、互いに連携を取り、対象者の在宅での療養、介護の提供等について支援を行います（様式2の活用）。



⑤連携体制の見直し

対象者の健康状態等に変化があり、支援体制の見直しが必要となった場合は、再度協議を行い、新たな連携体制を構築し支援を行います。



⑥連携体制の休止、終了

連携体制を構築し支援を行う対象者が、入院や施設入所等により在宅での生活ができなくなった場合は、ケアマネジャーはその状況を確認し、連携体制の休止若しくは終了を協議し、連携者にその結果を報告します。

※上記のフロー図は原則的なものとして示しています。対象者の状況等によっては対応が変わる場合もありますので、その際は適宜状況に応じて取り組むものとしします。

2. 情報共有・連携シートの活用について

多職種間で連携を行う際のツールとして、2つの様式を例示しています。
ツールを活用することで、医療と介護の連携の強化を図っていきましょう。

○共通事項

対象者に「管理番号」を付することとしています。様式1で番号を設定し、様式2では対象者の氏名等は記載せず、管理番号で連絡や照会を行います。管理番号の振り方は以下のとおりです。

【年度-事業所名-通し番号-担当CM】 例：H29-あさ社協-001-尾方

※事業所名は短縮でも可。 ※通し番号は事業所全体で付番してください。

○様式1【医療と介護の連携体制・情報共有シート】

対象者の基本情報と医療情報、介護情報を1つのシートにまとめたもので、多職種間で対象者の情報を共有する際に活用するシートです。体調の変化等により対象者の状況が変わった場合は適宜修正してください。

○様式2【多職種連携シート】

ケアマネジャーのほか、多職種間で報告や連絡、相談等を行う際に活用するシートです。連絡や照会に対しコメントする場合や回答を行う際にもこのシートを使用します。担当になった挨拶などにも使えますので、気軽に使用してください。

○活用にあたっての留意事項

- ・シートの送信については、メールアドレスやFAX番号をよく確認し、誤送信の無いように注意しましょう。
- ・「至急」の返信希望が合った場合は、速やかに返信しましょう。
- ・家族や本人への個人情報の提供同意について、各シートの下欄に、本人家族の同意が得られたかの確認のチェック欄があります。介護保険では、個人情報の同意書は事前にとっていますが、家族や本人の同意を得て、シートを活用しましょう。
- ・この様式を連携のためのツールとして提示していますが、他の独自の書式を用いることは妨げません。既に多職種間で連携を行う際に用いている様式があれば、そちらを使用して構いません。連携のためのきっかけとして活用していきましょう。

管理番号

医療と介護の連携体制・情報共有シート

記載例

平成29年12月〇〇日

シート作成者

事業所名	〇〇〇居宅介護支援事業所	TEL	****-**-****
担当者名	〇〇 〇〇	FAX	****-**-****

対象者情報

ふりがな	くま いかお		<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治	
氏名	球磨 いか男		<input type="checkbox"/> 大正 11年 11月 11日 (81歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	
住所	熊本県球磨郡〇〇〇町〇〇		TEL	****-**-****	
緊急時連絡先	氏名	続柄	住所	TEL	
	□□ □□	長男	熊本市〇〇区〇〇	****-**-****	
	△△ △△	長女	東京都〇〇区〇〇	***-****-****	
世帯状況	<input type="checkbox"/> 家族等と同居	<input checked="" type="checkbox"/> 独居	障害自立度	A 1	
医療情報	病名	医療機関	主治医	TEL	
	心不全	●●医院	●● ●●	****-**-****	
	認知症	□□病院	□□ □□	****-**-****	
	変形性膝関節症	△△整形外科	△△ △△	****-**-****	
	⋮				
	通院状況				
	服薬状況	薬局	〇△□薬局	薬剤師	〇〇 □□ TEL ****-**-****
		※薬名、服薬方法等			
	口腔状況	医療機関	□〇〇歯科	主治医	△△ 〇〇 TEL ****-**-****
		※義歯の有無等			
介護情報	介護度	要介護〇	認定期間	H29.4.1 ~ H30.3.31	
	介護保険等サービス利用状況				
	サービスの種類	事業所名	利用開始時期	担当者	TEL
	訪問介護	ヘルパーステーション△△	平成29年5月	△△ △△	****-**-****
	訪問看護	訪問看護ステーション□□	平成29年6月	□□ □□	****-**-****
	⋮				
備考					

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意を頂いています。

多職種連携シート

平成 年 月 日

送信元（シート作成者）

送信先

医療機関・事業所名： 担当者名： TEL： FAX： E-mail：	医療機関・事業所名： 担当者名： TEL： FAX： E-mail：
--	--

<input type="checkbox"/> 至急	【本票送付の目的】 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談	【返信希望の有無】 <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
-----------------------------	--	--

下記の方を担当しています。下記事項についてご指示・ご確認をお願いします。

管理番号	※管理番号欄には様式1「医療と介護の連携体制・情報共有シート右上の欄の番号を記入してください。
------	---

〈連絡・照会事項〉

照会目的 <small>詳細を下記の〈相談内容等〉にご記入ください。</small>	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の意見について <input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議における意見について <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）について、医師からの医学的意見について <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談・報告 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	歯科医師用 <input type="checkbox"/> 入れ歯の状態 ⇒ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 作成 <input type="checkbox"/> 調子が悪い <input type="checkbox"/> 歯の状態 ⇒ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> とれた <input type="checkbox"/> ぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯ぐきの状態 ⇒ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 口腔ケアの状態 ⇒ <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 ⇒ <input type="checkbox"/> 咀嚼機能低下 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 発音機能低下 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	薬剤師用 <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ・飲み間違いがある ⇒ <input type="checkbox"/> 服薬カレンダー希望 <input type="checkbox"/> 一包化希望 <input type="checkbox"/> 薬の量・回数を自分で調整している <input type="checkbox"/> 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある <input type="checkbox"/> 服薬困難・嚥下困難がある <input type="checkbox"/> 薬剤による副作用が疑われる所見がある <input type="checkbox"/> 処方薬について、患者（介護者）の要望がある <input type="checkbox"/> 処方薬についての薬局（薬剤師）からの提案 <input type="checkbox"/> その他（ ）
可能な姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子に座る <input type="checkbox"/> 車椅子に乗る <input type="checkbox"/> ベッド等を起こした状態 <input type="checkbox"/> 寝たままの状態
栄養摂取法	<input type="checkbox"/> 経口（食事形態： ） <input type="checkbox"/> 経管
〈相談内容等〉	

〈返信方法・照会等に対するコメント〉

<input type="checkbox"/> 当連携シートで回答します。	
<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。	月 日 時～ 時に <input type="checkbox"/> 来院（来所）希望
<input type="checkbox"/> 電話で話をします。	月 日 時～ 時に電話を <input type="checkbox"/> ください <input type="checkbox"/> します

〈連絡・照会に対するコメント〉 特に意見はありません。 下記のとおりです。

記載日 平成 年 月 日

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意を頂いています。