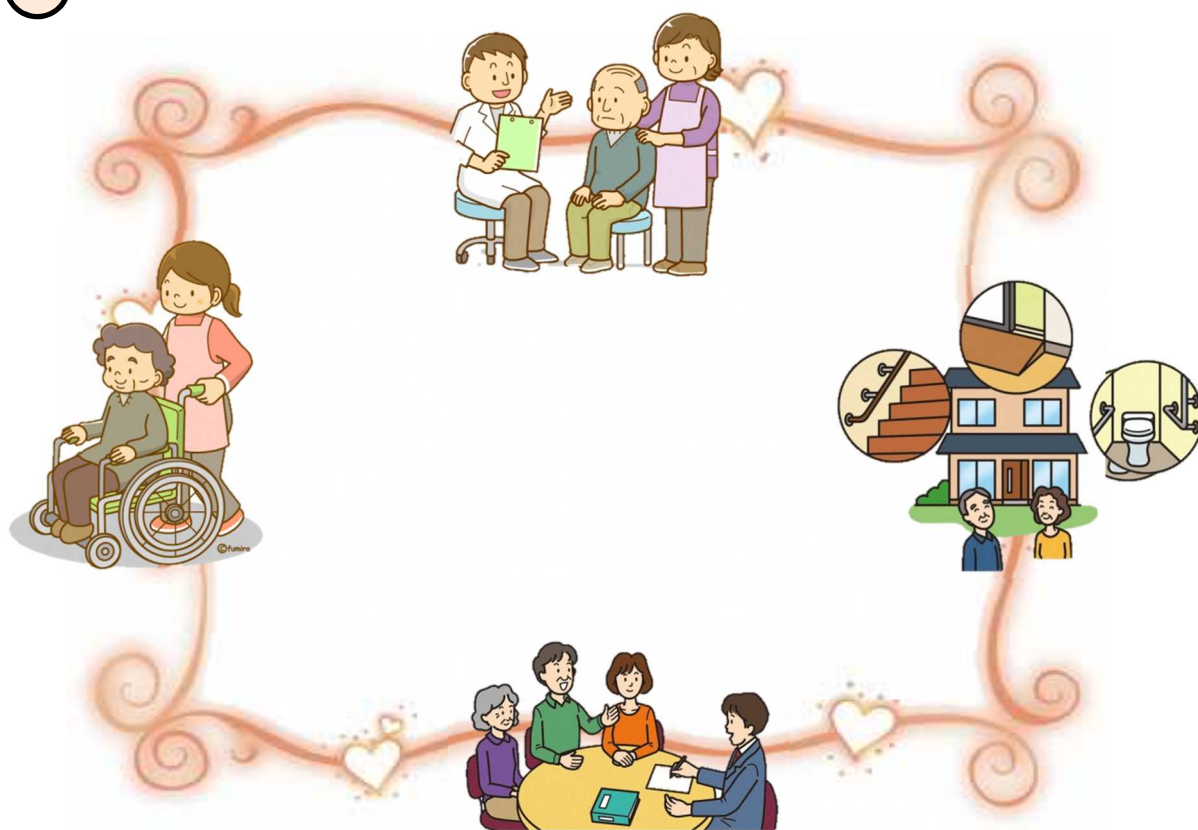


# 東播磨医療・介護連携システム フロー図・取扱説明書



平成 31 年 3 月改定

東播磨医療・介護連携推進会議  
加古川健康福祉事務所・あかし保健所



## 目次

○ はじめに	2
医療と介護の連携ルート	3
I. 在宅時の医療介護連携	4
II. 入退院及び転院時の連携	6
<b>参考様式（各種様式）</b>	
①居宅介護支援計画作成連絡票（例）	10
②主治医への報告書（身体症状変化用）（例）	11
③主治医への報告書（認知症状変化用）（例）	12
④介護情報提供書（入院時情報提供書）（例）	13
⑤かかりつけ医への報告書（入退院・入退所・転院用）（例）	14
⑥退院時情報提供書（診療情報提供書）（例）	15
⑦退院時情報提供書（診療情報提供書）（例）	17

## はじめに

### 1. 目的

東播磨圏域における医療・介護の専門職が、本説明書を活用し、一層の関係強化を図り、適宜・適切な医療や介護サービスを提供することにより、医療・介護を必要とする方やその家族が、人生の最期まで住み慣れた地域で生活を送られることを目的とする。

### 2. 「東播磨医療・介護連携システム」について（図1参照）

在宅医療と介護との連携を基本に、本人(患者・利用者)が入院・退院及び転院する際に、東播磨圏域内の病院・診療所(医科・歯科)、薬局、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、通所・訪問事業所等が、適切な時期に適切な情報の共有ができるよう、本人の状況に応じた各時期の連携方法を示す。

また、本システムを円滑に進めていくために、本人・家族に以下のことを周知する。

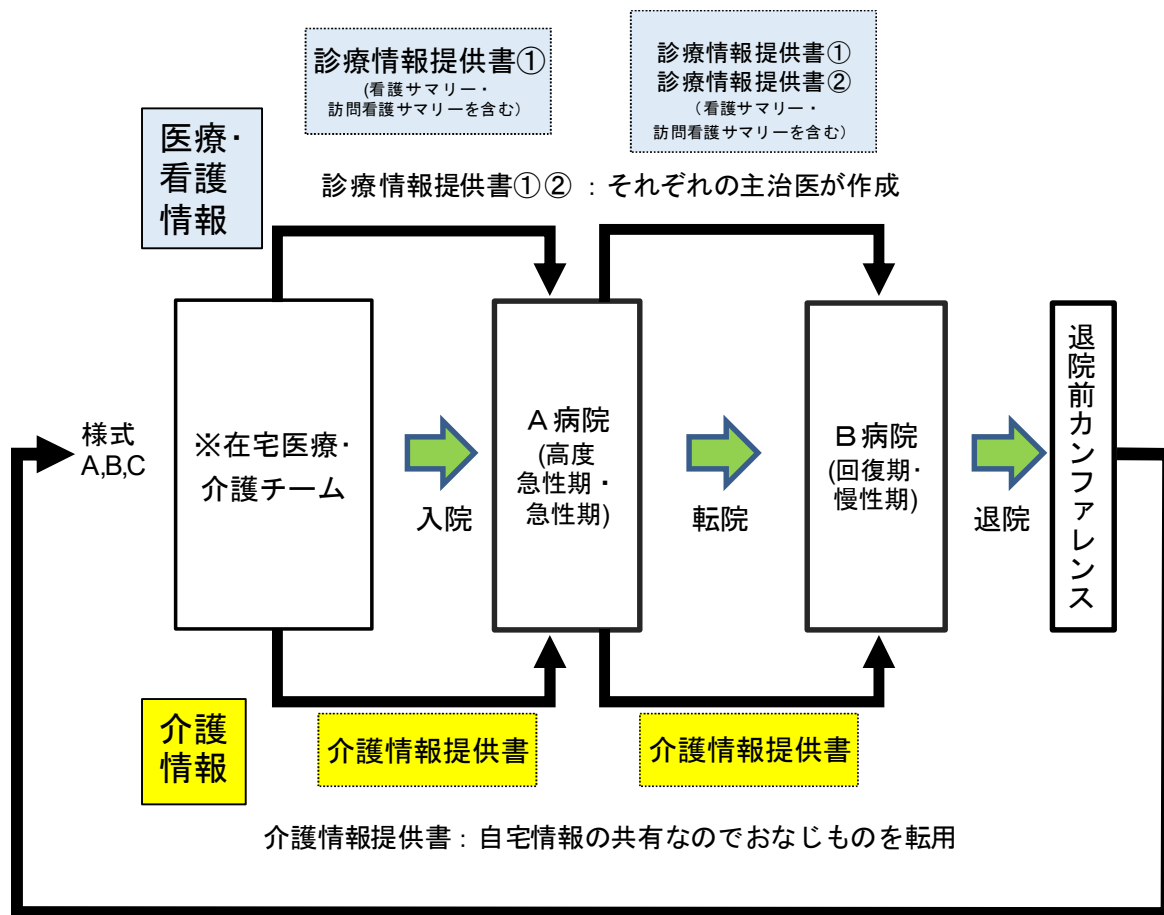
- (1) 本人・家族は、日頃から健康保険証や介護保険証の置き場所の確認、介護保険証にケアマネの名刺をはさむ、おくすり手帳にケアマネや介護保険事業所等の担当者を記載しておくなど工夫し、かかりつけ医(歯科医師を含む)や担当ケアマネ等を把握しておく。
- (2) 本人の医療・介護状況が変化したとき、本人・家族は関係者に伝える。
- (3) 関係機関が、本人の状況について、お互いに情報共有しようとしていることを理解しておく。

### 3. 本取扱い説明書について

- (1) 在宅時の医療介護連携
- (2) 入退院及び転院時の医療介護連携
- (3) 各種参考様式 ①～③

### 4. 注意点

- (1) 高度医療等を専門的に扱う病院、急性期、回復期病院等、病院の機能によって、状況や連絡時期が異なる場合があるが、在宅時及び在宅から入院、転院、退院から在宅への移行時の流れ等を俯瞰して示す。
- (2) 本説明書で参考様式として提示している様式は活用を強要するものではない。各機関で活用している既存の様式がない場合には、他機関との情報共有等を円滑に行うため、適宜、変更しご使用ください。
- (3) 本説明書を基に、役割分担や連携内容を各機関で確認し活用する。



※在宅医療・介護チーム（かかりつけ医・ケアマネ・薬局・訪看・介護保険事業所等）

図 1：医療と介護の連携ルート

# I. 在宅時の医療介護連携（在宅での連携が基本）

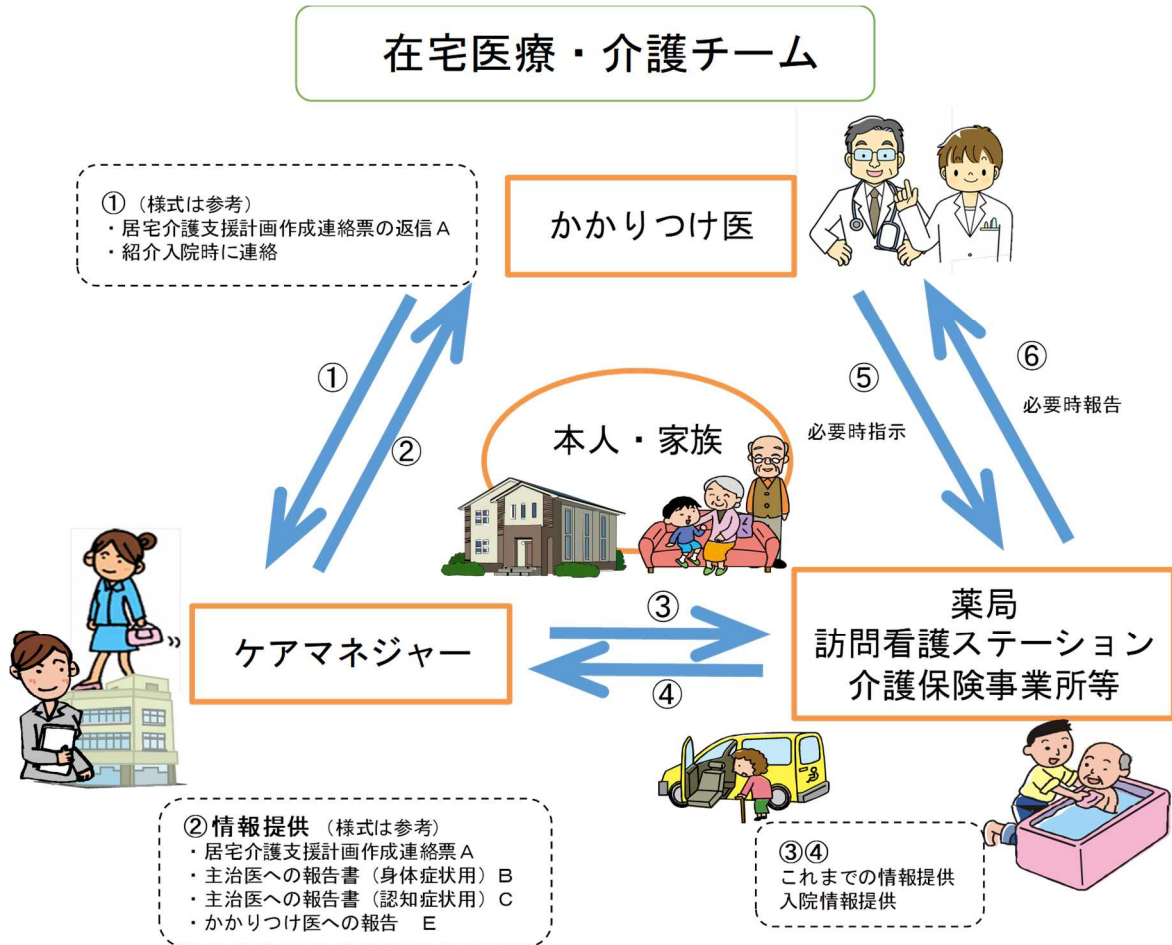


図 2 : 在宅時の医療介護連携

## **在宅時の留意事項**

※本人・家族に関する情報共有について、図2の三者間での連携を日頃から強化し、それぞれの在宅医療・介護チームを形成する。

※在宅医療・介護チームとは、在宅でのかかりつけ医、担当ケアマネ、薬局、訪問看護ステーション、介護保険事業所等で構成する。

- ①②ケアマネは、ケアプラン作成の際、かかりつけ医からの助言を求める。  
かかりつけ医は、ケアマネに対し、ケアプラン作成上の注意点、助言等の情報提供を行う。〈参考様式 A.〉
- ② ケアマネは、本人の身体機能・精神機能等を観察・評価し、変化があった場合や、入退院等について、適宜、かかりつけ医や薬局・訪問看護ステーション・介護保険事業所などの関係機関に情報提供を行う。  
〈参考様式 BCE.〉
- ③④ケアマネと、薬局・訪問看護ステーション・介護保険事業所等は、日頃から本人の状況について情報交換を行う。
- ⑤ かかりつけ医は、薬局・訪問看護ステーション・介護保険事業所等に対し、適切なサービスが提供されるよう、必要時に指示を出す。
- ⑥ 薬局・訪問看護ステーション・介護保険事業所等は、利用者の状況について、必要時にかかりつけ医に報告・問い合わせをする。

※在宅医療・介護連携の中で、主治医が病院医師からかかりつけ医へ変更となる場合などは、病院からかかりつけ医に医療情報を提供する一方、ケアマネには主治医が変更となった旨を連絡する。

## Ⅱ. 入退院及び転院時の連携

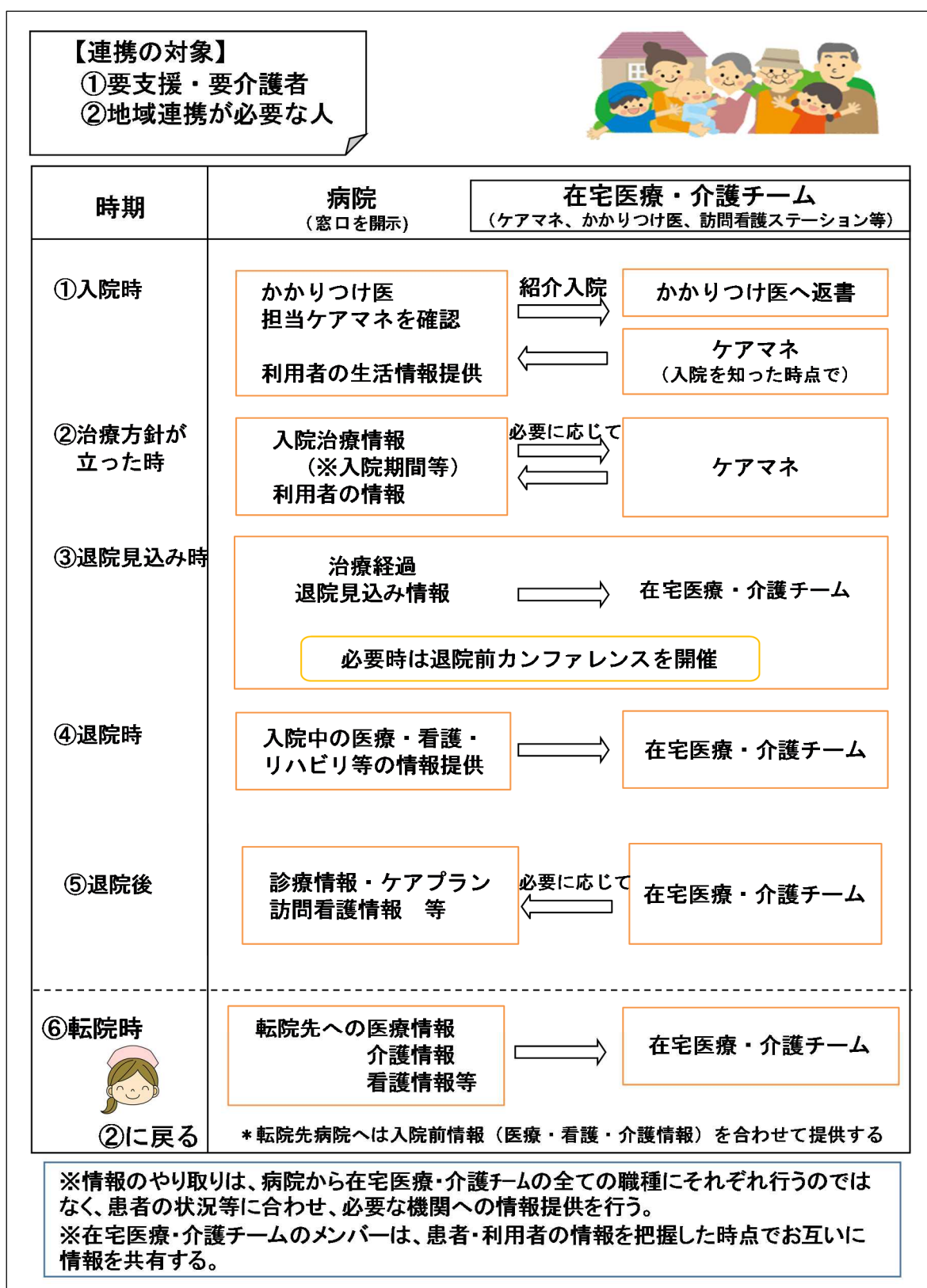


図 3 : 入退院及び転院時の連携



## 入退院及び転院時の留意事項

※病院は連携の窓口（地域連携室、病棟看護師など）を開示する。

※情報のやり取りは、病院から在宅医療・介護チームの全ての職種にそれぞれ行うのではなく、患者の状況等に合わせ、必要な機関への情報提供を行う。また、在宅医療・介護チームはお互いに把握した情報を共有する（図3参照）。

（例えば、サービス利用を停止する旨の連絡が、介護保険事業所に入った場合は、介護保険事業所は、ケアマネに情報を連絡する。ケアマネは、かかりつけ医に連絡するなど。）

※担当ケアマネや病院は日頃から患者・家族へ入退院予定などが決まった際は、ケアマネに連絡をいれる様説明しておく。

### 【連携対象】

- ★要支援・要介護者及び地域連携が必要な人を対象とする。
- ★短期検査目的等の入院患者で、介護支援に影響ない方は対象外とする。

### 【情報発信の時期】

#### ①入院時

★入院時オリエンテーション等の際に、本人・家族に、かかりつけ医及び担当ケアマネを確認する。

（参考：入院時に本人・家族に確認していただきたい内容 ※注1・2）

その際、診療計画書と併せて、本人もしくは家族に同意のサインをもらうようにする。本人・家族の了解を得て、まずケアマネに入院した旨連絡をする。

★本人・家族が、担当ケアマネがわからない場合は、介護保険証などで確認する。また、利用している介護保険事業所に連絡し、担当ケアマネを確認する。

★本人・家族は、日頃から健康保険証や介護保険証の置き場所の確認、介護保険証にケアマネの名刺をはさむ、おくすり手帳にケアマネや介護保険事業所等の担当者を記載しておくなど工夫し、かかりつけ医（歯科医師を含む）や担当ケアマネ等を把握しておく。

★紹介入院の場合は、病院主治医からかかりつけ医へ返書を出す。

かかりつけ医は、入院した旨をケアマネ等に連絡するよう努める。

★入院を知った時点で、ケアマネは患者の在宅での生活情報（入院時情報提供書）について、病院に情報提供する。〈参考様式D〉

★病院は、ケアマネから入院時情報提供書の提出があった場合、ケアマネに入院に関する情報（診断名・入院期間の見込み・病院との連絡方法）を連絡する。

### 【入院時に病院スタッフから本人・家族に確認していただきたい内容】

※注1〇かかりつけ医（歯科医師含む）に連絡を行うための、患者・家族に対する承諾文例〇

問A 現在かかりつけ医（日頃から定期的に受診している先生）はいらっしゃいますか

1. はい（診療所名： 医師名： ） 2. いいえ

問B 今回の入院に関して、かかりつけ医の先生はご存じですか。

1. はい 2. いいえ

問C（問Bで、「いいえ」と答えた方に対して）あなたが入院したことをかかりつけ医の先生が知ることは、退院後の療養生活においてとても重要なことです。

このため入院されたことをかかりつけ医にお伝えしてもいいですか

1. はい 2. いいえ

**※注2 ○ケアマネに連絡を行うための、患者・家族に対する承諾文例○**

問A 現在、要介護認定を受けておられますか

1. はい (要介護1・2・3・4・5・要支援1・2) 2. いいえ 3. 申請中

問B 現在、担当ケアマネはいますか

「はい」と答え方は、ケアマネの氏名と連絡先を教えてください

1. はい (事業所名: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_) 2. いいえ

問C あなたが入院したことをケアマネが知ることは、退院後の生活においてとても重要なことです。このため入院されたことをケアマネにお伝えしてもいいですか

1. はい 2. いいえ

**②治療方針が立った時点（必要に応じて）**

★（入院時に、ケアマネと連絡がとれていない場合）病院は、治療方針が立った時点で、ケアマネに入院に関する情報（診断名・入院期間の見込み・病院との連絡方法）を連絡する。

★病院からの連絡で患者の入院を把握した場合、ケアマネは患者の在宅での生活情報（入院時情報提供書）について、病院に情報提供する。〈参考様式D〉

※ 利用者が入院した場合、入院見込期間により、サービス停止の要否や、新規利用サービスの提供について検討する必要があるため、病院は上記の情報をケアマネに連絡する。

**③退院見込み時及び**

**④退院時**

★病院は、患者の退院見込みが立った時点で、在宅医療・介護チームに連絡する。あわせて、区分変更の申請の必要がある場合は、あらかじめ、かかりつけ医、ケアマネに連絡する。

**【退院前カンファレンス】**

★退院前カンファレンスを実施する必要がある場合は、病院からかかりつけ医・ケアマネに連絡し、参加を依頼する。（必要な場合は、薬局・訪問看護ステーション・介護保険事業所等へ参加を依頼する。）

★かかりつけ医は退院前カンファレンスに出席できない場合、質問、要望等を事前に病院に連絡しておく。

★かかりつけ医が欠席した場合は、退院前カンファレンスの結果について、病院もしくはケアマネが、かかりつけ医に報告する。

（誰がかかりつけ医へ報告するかは、カンファレンス時に確認しておく。）

★病院は退院時に、入院中の医療・看護・リハビリ情報等（参考様式F・G）を在宅医療・介護チームに提供する。

★病院は、かかりつけ医から、「入院中の医療情報」に記載されていない、患者の医療処置、使用薬剤等必要な情報について質問があった場合には、かかりつけ医に情報提供する。

★病院の機能や患者の状態により、「退院見込み」と「退院時」に近い、もしくは同じ場合もあることを関係者は共通理解しておく。

### \* 退院前カンファレンスで行うこと

基本情報

- ① 入院直前のかかりつけ医情報（病状）
- ② 入院直前のケアマネ情報（家の状況）
- ③ 退院直前病院での病状をもとにして  
退院後のかかりつけ医  
退院後のケアマネ  
訪問看護師等  
で検討

### ⑤退院後（必要に応じて）

★患者の退院後、在宅医療・介護支援チームのメンバーは、必要に応じて、患者の退院後の診療情報・ケアプラン・訪問看護情報等を病院へ提供する。

### ⑥転院時

★患者が転院する際は、病院は転院先の病院へ診療情報提供書を送る一方、かかりつけ医からの診療情報提供書を合わせて送る。

（医療・看護・介護情報のみでなく、入院前の患者の生活情報を合わせて転院先へ情報提供する。その際は、入院時にケアマネから送られた入院時情報提供書のコピーを添付するなど出来るだけ負担のないようにする）

★転院先の病院では、図3 ②「治療方針が立った時点」に戻り、在宅医療・介護チームとの連携を開始する。

### 参考様式

\* 既存の様式がない場合等に、参考にしてください。

#### ★様式 A 居宅介護支援計画作成連絡票（例）

⇒ケアマネ・かかりつけ医が記入するものです。

本人の居宅介護支援計画（ケアプラン）の作成にあたり、主治医と連絡調整の際に活用します。

#### ★様式 B・C 主治医への連絡書（認知症状、身体症状変化用）

⇒ケアマネ・かかりつけ医が記入するものです。

本人に身体や認知機能の変化があった場合、主治医への報告様式として活用します。

#### ★様式 D 入院時情報提供書（例）

⇒ケアマネ・かかりつけ医が記入するものです。

本人が入院した場合、本人の介護・生活状況等について病院に情報を提供します。

#### ★様式 E かかりつけ医への報告書（入退院・入退所・転院用）

⇒ケアマネ・かかりつけ医が記入するものです。

本人が入退院・入退所・転院した場合、主治医への報告様式として活用します。

#### ★様式 F 退院時情報提供書【（診療情報提供書）維持期連携用】（例）

⇒病院から、退院調整共有情報を引き継ぐ際に使用します。

医療情報だけでなく、看護、リハビリ情報等を含みます。

#### ★様式 G 退院時情報提供書【（診療情報提供書）脳卒中連携パス】（例）

⇒病院から、退院調整共有情報を引き継ぐ際に使用します。

医療情報だけでなく、看護、リハビリ情報等を含みます。

※上記様式以外にも、別添参考様式集も参考に活用してください。

平成 年 月 日

居宅介護支援計画作成連絡票(照会)

医療機関名

主治医

FAX:

事業所名

住所:

担当者名:

FAX:

先生

/TEL:

平素はお世話になり、誠にありがとうございます。  
 この度先生が診療されておられる下記の患者さまよりご依頼を受け、居宅介護支援計画(ケアプラン)を作成(変更)させていただくことになりました。つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますが、ケアプラン作成にあたり下記の点について先生のご指導・ご意見を頂戴したく存じます。ご回答はFAXにてご返送くださいますようお願い申し上げます。

【担当者記入欄】

連絡理由: 1. ケアプラン作成(新規・変更) 2. その他の照会

利用者氏名	性別	生年月日	要介護度	認定有効期間
様	女		要介護1	~

添付書類: 1. あり ( )  
 2. なし ( )

相談主旨・連絡事項

【主治医記入欄】

1. 特に意見・要望なし
2. 意見・要望あり  
 <診療情報提供書 あり・なし>
3. 介護支援専門員からの連絡(説明)希望あり  
 <連絡方法 電話・来院>

第1希望: 月 日 ( 曜) 時 分頃

第2希望: 月 日 ( 曜) 時 分頃

上記2の意見・要望記入欄

主治医名

**様式③：主治医への連絡書例（身体症状変化用）**  
（兵庫県介護支援専門員協会明石支部作成）

主治医への報告書（身体症状変化用）

医療機関名 \_\_\_\_\_  
 主治医 \_\_\_\_\_  
 F A X \_\_\_\_\_

事業所名 _____
住所 _____
TEL _____ FAX _____
介護支援専門員名 _____

いつもお世話になりありがとうございます。

このたび先生がご診察をされております \_\_\_\_\_ 様（生年月日 年 月 日）

のことで下記のようにご報告させていただきます

報告理由（状態変化・更新申請・変更申請・その他） \_\_\_\_\_

記入年月日 年 月 日

	調 査 年 月 日	平成 年 月 日
	特に変化のあったこと	特記すべき事項
生活 状 況	麻痺・拘縮	
	言語・嚥下	
	痛み・腫れ	
	視力・聴力	
	歩行・座位	
	精神・認知	
	内服状況	
	食事状況	
	トイレ	
	入浴	
	家事	
	その他	
家族 状況	家族の緊急連絡先 氏名 続柄	
その 他		
ケアマネ ジャーか らの伝言		
医師から の返信	平成 年 月 日 医師名	

\*最近、特に変化のあったところに○印を入れてください。

明石市医師会・明石市医師会地域包括支援センター・社会福祉協議会地域包括支援センター推奨

## 主治医への報告書 (認知症状変化用)

医療機関名 \_\_\_\_\_  
 主治医 \_\_\_\_\_  
 F A X \_\_\_\_\_

事業所名 _____
住所 _____
T E L _____ F A X _____
介護支援専門員名 _____

平素からお世話になりありがとうございます。  
 このたび先生がご診察をされておられます \_\_\_\_\_ 様 (生年月日 年 月 日)  
 のことで下記のようにご報告させていただきます。  
**報告理由 (状態変化・更新申請・変更申請・その他)**

記入年月 年 月 日

	調 査 年 月 日	年 月 日
	<b>特に変化のあったこと</b>	<b>特記すべき事項</b>
認 知 症 状	些細なことで怒り出す	
	落ち着きがない、機嫌が悪い	
	徘徊や目的のない行動が増えた	
	昼夜、家の中を歩き回る	
	道に迷うことがある	
	会話がうまくできなくなった	
	着替えがスムーズにできない	
	呼びかけにたいし反応しない	
	物忘れがひどい	
	「誰かに物を盗られた」などという妄想がある	
	気持ちが沈む、周囲に関心を示さない	
	些細なことを心配したり落ち込む	
家族 状況	家族の緊急連絡先 氏名 続柄	
その 他		
ケアマネ ジャーか らの伝言		
医師から の返信	平成 年 月 日 医師名	

\*最近、特に変化のあったところに○印を入れてください。

**様式①：入院時情報提供書例**  
(兵庫県介護支援専門員協会明石支部作成)

介護情報提供書 (ケアマネジャーから入院先医療機関へ)

医療機関名 〇〇病院  
 主治医 〇〇 〇〇先生  
 FAX 〇〇〇-〇〇〇〇

事業所名 〇〇居宅事業所  
 住所 明石市〇〇町1122-33  
 TEL 〇〇〇-〇〇〇 FAX 〇〇〇  
 介護支援専門員名 介護 花子

平素からお世話になりありがとうございます。  
 このたび〇〇〇〇様のことで下記のようにご報告させていただきます。  
 報告理由 (入院・入所・転院・その他) 記入年月日 27年 5月 1日

**基本情報**

ふりがな 氏名	<u>あかし たろう</u> <u>明石太郎</u>	生年月日	<u>MTSH</u> 8年 4月 8日
		電話番号	( ) -
住所	<u>明石市明石1番2-3</u>	家族構成	<u>独居 子どもが二人いるが疎遠</u>
緊急連絡先 氏名(続柄)	<u>090-111-2222</u> <u>明石次郎 (弟)</u>	住所	<u>神戸市神戸町1-2</u>
		電話番号	( ) 〇〇〇-〇〇〇

**介護保険・障害等級・年金等情報**

介護度	<u>要介護1</u>				被保険者番号		
認定期間	<u>平成 27年 1月 1日</u>		～		<u>平成 27年 12月 31日</u>		
サービスの 利用状況	訪問介護	<input checked="" type="radio"/>	通所介護	<input type="radio"/>	通所リハ		訪問看護
	福祉用具		ショート		訪問入浴		
障害手帳	<u>有・無</u>	級	年金・その他	<u>厚生年金・国民年金・その他</u>			

**医療情報**

かかりつけ 医療機関	<u>望海医院</u>	医師名	<u>望海五郎</u>
		電話番号	
既往歴	<u>H20～ 糖尿病</u> <u>H25～転倒し骨折</u>	内服薬	<u>〇〇〇〇</u>
経過	<u>2か月前に風邪をひき動けなくなった</u>	特記事項	<u>インシュリンは自己注射している。</u>

**本人の望み・ADL情報**

本人の望み	<u>家で気楽に過ごしたい。</u> <u>飼っている猫が家を空けると心配。</u>		
生きがい 楽しみ	<u>海を見に行くのが楽しみ</u> <u>猫がかわいい</u>	家族の意向	<u>息子は疎遠。弟は過去に迷惑をかけたから面倒をみると。</u>
移動	<u>杖をついて歩行</u>	内服管理	<u>自己・家族</u>
食事	<u>コンビニでお弁当を買う</u>	認知症状	<u>寸前のことを忘れる</u>
入浴	<u>ひとりで入りにくい</u>	言語・嚥下	<u>やや聞き取りにくい</u>
ケアマネジャーからの伝言	<u>本人は退職前は管理職をしていたため 指示されることを嫌います。しかし、怒っても高倉健の映画の話をするとう機嫌よくなります。</u>		

かかりつけ医への報告書（入退院・入退所・転院用）

医療機関名 〇〇クリニック  
 主治医 〇〇 〇〇先生  
 FAX 〇〇〇-〇〇〇〇

事業所名 〇〇居宅事業所  
 住所 明石市〇〇町1122-33  
 TEL 〇〇〇-〇〇〇 FAX 〇〇〇  
 介護支援専門員名 介護 花子

平素からお世話になりありがとうございます。  
 このたび先生がご診察をされておられます〇〇〇〇様（生年月日 年 月 日）  
 のことで下記のようにご報告させていただきます。

報告理由 (入院・入所・退院・退所・転院・その他)

記入年月日 27年 3月 20日

日時	平成27年3月19日 午後7時
入院・入所先	〇〇病院
住所もしくはTEL	999-1111
経緯	入浴中に意識がなくなり倒れていたため 家族が消防に依頼し救急搬送した
入院先担当者	〇〇氏
備考	
ケアマネジャーからの伝言	病院担当者から入院先主治医〇〇先生に診療情報提供書を希望されていますと伝言あり。
医師からの返信	
平成 年 月 日 医師名	



<退院・転院した場合>

記入年月日 27年 6月 20日

日時	平成27年6月20日
退院先・転院先	〇〇施設
住所もしくはTEL	888-2222
経緯	治療終了しリハビリ目的の為転院
転院先担当者	地域連携室 〇〇氏
備考	
ケアマネジャーからの伝言	自宅に戻りたいとの希望を持っておられますが、下肢の筋力の低下がありリハビリ希望です。
医師からの返信	
平成 年 月 日 医師名	



様式⑤：退院時情報提供書(維持期連携用)  
(加古川地域連携パス研究会作成)

診療情報提供書(維持期連携用)

ID

紹介先医療機関・施設名

TEL:

FAX:

紹介元医療機関

TEL:

FAX:

ふりがな	@PATIENTNAMEHIRAGANA		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	主治医名	
患者氏名	@PATIENTNAME					
生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日 ( 歳)
住 所	@PATIENTADDRESS					
連絡先(自宅)	① @PATIENTTEL					
入院期間	①	病院	平成	年	月	日 ~ 平成
	②	病院	平成	年	月	日 ~ 平成
疾患名			発症日:	手術日:		
合併症	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他( )					
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )					
受傷機転・病状・入院経過			既往歴・医師からの注意点 <input type="checkbox"/> 処方箋は別紙 (禁忌肢位など)			
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし					
	TEL:		FAX:			
医療保険	<input type="checkbox"/> 社保( ) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保					
介護保険	介護認定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 要支援( ) 要介護( ) 認定期間 ~ <input type="checkbox"/> なし					
	<input type="checkbox"/> 申請中 申請日(平成 年 月 日)					
障害手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 種類( ) <input type="checkbox"/> なし					
主介護者(キーパーソン)	続柄( )		協力者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
氏名	氏名		続柄( ) (連絡先)			
	氏名		続柄( ) (連絡先)			
連絡先	①					
	②					
連絡時注意点(時間制限など)						
患者・家族の受け止め方	病状について		退院について		家族構成	
	本人		本人			
家族		家族				
備 考						
サイン : 病棟看護師長 <span style="float:right">記入者名(職種名)</span>						

## A D L 等の状況(入院・入所中の状況)

障害老人 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J 自立	<input type="checkbox"/> A1 介助があれば外出可	<input type="checkbox"/> A2 日中も寝たり起きたり	<input type="checkbox"/> B1 食事・排泄は離床	<input type="checkbox"/> B2 ベッド上生活	<input type="checkbox"/> C1 寝返り可	<input type="checkbox"/> C2 寝返り不可
認知症老人 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I 何らかの症状は有するが 自立生活可能	<input type="checkbox"/> IIa 家庭外にて問題行動 道を間違える等	<input type="checkbox"/> IIb 家庭内にて問題行動 独りで留守番ができない	<input type="checkbox"/> IIIa 日中にADL障害、 周辺症状がある 意思疎通困難	<input type="checkbox"/> IIIb 夜間を中心としてADL障害、 周辺障害がある 意思疎通困難	<input type="checkbox"/> IV 常時介護必要 意思疎通不可能	<input type="checkbox"/> M 専門医療必要
歩行・移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 松葉杖(1本・2本)				(特記事項)		
車椅子移乗	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(見守りを含む) <input type="checkbox"/> 全介助						
起居動作	1. 寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	2. 起上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	3. 端座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	4. 立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
食事動作 食事内容 嚥下機能障害 胃ろう	<input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> スプーン自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	食種類 ( )						
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	栄養内容 ( )						
	胃ろう種類 ( )						
	最終交換日( 年 月 日)						
	次回交換日( 年 月 日)						
服薬	服薬状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	服薬管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理 <input type="checkbox"/> 自己管理						
排泄	尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	<input type="checkbox"/> バルーン留置(最終交換日 Fr 月 日)						
	便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	最終排便日( )					
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ使用(終日・夜間のみ)						
	トイレ動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	下剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬剤内容( )					
清潔	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(洗身・入浴動作) <input type="checkbox"/> 全介助						
	<input type="checkbox"/> 特殊浴						
	最終入浴日 年 月 日						
	整容動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
精神状態	精神症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不潔行為						
	<input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 粗暴行為						
	<input type="checkbox"/> 夜間譫妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態						
	<input type="checkbox"/> その他の症状( )						
	睡眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	眠剤使用 <input type="checkbox"/> あり( )					
身体状況	視力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用						
	聴力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 難聴あり(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器あり						
	<input type="checkbox"/> 耳元で可 <input type="checkbox"/> 耳元で大声が必要 <input type="checkbox"/> 全く聞こえない						
	言語 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうかできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない						
	<input type="checkbox"/> 全くできない						
	意思の疎通 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> できない						
特別の医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析						
	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> カニューレ						
	<input type="checkbox"/> 酸素療法( ) 終日・夜間のみ						
	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧・脈拍・酸素飽和度)						
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位 大きさ )						
	(処置内容 )						
	その他 ( )						
バイタルサイン T. °C P. BP. / mmHg							
備考							

**様式㊄：退院時情報提供書(維持期連携用)**  
(東播磨脳卒中地域医療連携協議会作成)

平成 年 月 日

**診療情報提供書(脳卒中維持期連携用)**

医療機関・施設名:

電話:

FAX:

診療部

病棟看護師

地域連携室

ふりがな			
患者氏名			
性別 (男・女)	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)	職業
住所		電話 ( ) -	
緊急連絡先		( ) - 本人との関係:	
入院期間	平成 年 月 日～退院(予定)平成 年 月 日		診療形態 1. 外来 2. 入院
傷病名 (疑いも含む)	1.脳梗塞(・アテローム血栓・脳塞栓・ラクナ) 2.脳出血 3.くも膜下出血		
	4. その他 ( )		
	発症年月日	平成 年 月 日	受診年月日 平成 年 月 日
	初発/再発	1.初発 2.再発(H 年 月 日 初発)	
合併症	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他( )		
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Wa <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> Tbc <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
病状・経過・合併症のコントロール・既往歴・処方・医師からの注意点等 <input type="checkbox"/> 処方等は別紙 <input type="checkbox"/> 検査結果は別紙			
mRS		平均血圧	
寝たきり度(J・A・B・C) 認知症日常生活自立度(Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ)			家族構成
社会背景 身体障害認定 介護保険等	介護認定	<input type="checkbox"/> 有 要支援・要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無 申請日・期間	
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 種類( ) <input type="checkbox"/> 無	
	キーパーソン	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> その他 名前・続柄: 連絡先 ① 連絡先② 連絡時間制限 ① ② 健康上の問題 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	
	受け止め	<input type="checkbox"/> 病状・障害と予後・急変時の対応がわかる <input type="checkbox"/> 病状・障害の理解ができる <input type="checkbox"/> 病状・障害の理解ができていない	
	意向 家族 本人	<input type="checkbox"/> 在宅ケア強く希望 <input type="checkbox"/> できるだけ在宅ケア希望 <input type="checkbox"/> 困難になれば施設 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 不明	
	介護力・指導		
	協力者	<input type="checkbox"/> 家族にいる <input type="checkbox"/> 親族にいる <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> いない 時間制限 <input type="checkbox"/> 24時間対応 <input type="checkbox"/> 昼間なら可 <input type="checkbox"/> 夜間なら可 <input type="checkbox"/> その他( )	
	経済状態	<input type="checkbox"/> 収入有 <input type="checkbox"/> 収入あるも余裕なし( <input type="checkbox"/> 現職収入 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護) <input type="checkbox"/> 収入無く家族の支援	

日常生活動作(ADL)の状況		(特記事項)
(入院・入所中の状況)		
移動	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 不能 杖 <input type="checkbox"/> T-cane <input type="checkbox"/> Q-cane <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 松葉杖(1本・2本) 車椅子 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	
起居動作	<input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 起上り <input type="checkbox"/> 端座位 <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 全面介助	
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害無 食種 ( )栄養量( )Kcal 形態 <input type="checkbox"/> 自立(箸) <input type="checkbox"/> 自立(スプーン) <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 アレルギー <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(主食 副食 <input type="checkbox"/> とろみ要 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 栄養剤 注入回数 1回量 胃婁 種類 最終交換日 形態 <input type="checkbox"/> 自立(箸) <input type="checkbox"/> 自立(スプーン) <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
服薬	服薬状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 服薬管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理 <input type="checkbox"/> 自立	
排泄	尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ( <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 夜間のみ) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル Fr 最終交換日 <input type="checkbox"/> 自然排泄 <input type="checkbox"/> 薬剤使用( )頻度( ) 最終排便日	
清潔	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(洗体・入浴) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 特殊浴 最終入浴日 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
精神状態	精神症状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 粗暴行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 夜間譫妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他の症状( ) 睡眠 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 眠剤 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害(状態 )	
言語・聴力	聴力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害( ) 発声発語能力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害( ) コミュニケーション <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 困難(伝達>理解 伝達<理解 伝達≒理解)	
特別な医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 カニューレ( ) <input type="checkbox"/> 酸素療法( L)終日・夜間のみ <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧・脈拍・酸素飽和度) 褥創 <input type="checkbox"/> 有(部位・大きさ・処置 ) <input type="checkbox"/> 無 その他 ( )	
在宅連携施設	掛かりつけ医 <input type="checkbox"/> 有 tel. 次回受診日 <input type="checkbox"/> 無 事業所 <input type="checkbox"/> 有 担当者 tel. <input type="checkbox"/> 無	
療養上の留意する事項 申し送り		

東播磨医療・介護連携推進会議 構成員 (H31年2月)

所 属	職 名	委員名
明石市医師会	副会長	橋本 彰則
加古川医師会	副会長	田邊 誠
高砂市医師会	理 事	三木 健史
明石市歯科医師会	理 事	山川 達也
播磨歯科医師会	副会長	山田 一郎
明石市薬剤師会	理 事	原田 功造
播磨薬剤師会	地域医療部長	橘 慶一朗
兵庫県看護協会東播支部	地区理事	中川裕美子
兵庫県立加古川医療センター	地域医療連携部課長	和田 雅代
兵庫県立がんセンター	地域医療連携課長兼看護師長	長谷川 智晴
兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院	内科部長	高田 俊之
明石市立市民病院	医療介護連携課長	山本 美佳
加古川中央市民病院	患者支援センター副センター長	猿渡かおり
高砂市民病院	地域医療連携室看護主任	新田 由紀
明石医療センター	医療福祉相談室長	松葉 薫里
大西脳神経外科病院	地域連携室係長	尾崎 久美子
松本病院	医療ソーシャルワーカー	池内 裕梨
共立会病院	看護部長	前川 典子
明石市地域総合支援センター	主 幹	赤松 みどり
加古川市地域包括支援センター かこがわ西	管理者	田中 英基
高砂市地域包括支援センター	主 任	川本 浩代
稲美町地域包括支援センター	総括係長	米澤 有里
播磨町地域包括支援センター	管理者	河崎 佐苗
圏域地域リハビリテーション支援センター	センター長	岡 英世
兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会	ブロック代表理事	藤原みつえ
兵庫県介護支援専門員協会明石支部	支部長	永坂 美晴
兵庫県介護支援専門員協会南播磨支部	支部長	井上 美鈴
明石市福祉局地域総合支援室	地域総合支援担当課長	十川 勝吉
加古川市福祉部	高齢者・地域福祉課地域包括ケア担当副課長	山田 直
高砂市福祉部地域福祉室	高年介護課長	藤井 秀人
稲美町健康福祉部	健康福祉課長	石田 和也
播磨町保険年金グループ	統括	浅原 浩一郎