

**【入退院時のスムーズな連携シート】**

# **活用マニュアル**

作成元：防府市医療・介護連携推進協議会

## 1. はじめに

誰もが住み慣れた地域や自宅で、いつまでも安心して暮らしたいと思っています。今後も高齢化がすすみ、さまざまなサポートを必要とする人が増えていくなか、医療・介護・福祉などが連携し、必要とされるサービスを切れ目なく提供するサポート体制（地域包括ケアシステム）の充実が必要となっています。

## 2. 連携シートの目指すところ

本人や家族にとって必要な情報と地域で望む生活を関係者が共有し、医療と介護の円滑な連携を実現するために、市内共通の「入院時情報連携シート」と「退院時情報連携シート」を作成しました。シートを利用することで対象者情報が把握しやすくなり、顔の見える関係を基盤に連携を図っていただきたいと思います。

### ○入院時情報連携シート

地域で介護保険サービスを利用していた方が、家庭や地域においてどのように過ごしてきたのか、介護支援専門員から入院先の医療機関に情報提供するもの。

**※入院時情報連携加算の様式として使用可。**

### ○退院時情報連携シート

退院後の生活を見越し、患者が地域の中で生活を再開していけるよう、ケアプラン作成に活用できる情報を入院中の医療機関から在宅・施設の介護支援専門員に提供するもの。

## 3. 連携シートの受け取りと保管

シートの記載内容は、医療と介護が連携するための必要最小限の情報に留めていますが、個人情報も多く含んでいますので、**FAXの使用はしないでください。**

また、連携シートは連携先に原本を渡し、渡す側はコピーを保管してください。

## 4. 作成のポイント

連携シートは保護されており、色付けされた部分しか入力・選択できません。選択部分はプルダウンリストから選択してください（選択内容はP 4・P 9を参照）。家族構成図のみ手書きします。

記入日は基本的に記入した日が設定されます。別日に設定することも可能なので、シートを確認してください。

なお、上書き保存はできず、必ず別名で保存する設定になっています。入院時・退院時ともに、裏表印刷（長辺綴じ）をお願いします。



# I. 入院時情報連携シート (在宅・施設⇒医療機関)

※記入日を変更する場合はこちらに入力

< 1 枚目 >



年 月 日

(入力例: 2018年3月31日)

記入日 2018年6月15日

入院日(西暦) 年 月 日

記入者

事業所名		電話番号	
ケアマネジャー名		FAX番号	



医療機関名			
連携担当者名			

本人	氏名			生年月日	年	月	日	歳
	住所				連絡先	自宅 携帯		
主な 連絡 先	氏名	続柄	住所	連絡先	同居・別居	就労	キーパーソン	
				自宅 携帯				
				自宅 携帯				

家族構成図

家族状況に関する特記事項

ジェノグラムを手書きで記入

住環境

住宅形態

エレベータの有無

住宅改修

無

住宅改修の内容を記入

要介護度

無

利用 サー ビス			必要ない項目を選択した 場合、Delete キーで消去 できます
	サービス種別 を選択	事業所名を入力	

< 2 枚目 >

現病歴	病名			医療機関名			服薬の有無	
医療処置	無							

移乗	移動	食事		口腔清潔	入浴	排泄		更衣	服薬
						日中	夜間		
自立	自立	自立		自立	自立	自立	自立	自立	自立
支援の状況、備考	独歩	普通食		義歯: 無	自宅	トイレ	トイレ		
		形態	主食: 米飯 副食: 普通						
		嚥下障害	無						
		水分とろみ	無						
認知機能の状況	精神行動障害の有無	無						視力の問題	無
								聴力の問題	無
		その他 (自由記載)						言語障害	無
								運動障害	無
	意思の伝達	できる	日常の意思決定を行うための認知能力		自立				
障害高齢者自立度		自立		認知症自立度			自立		

特記事項・その他(経済状況、障がい手帳の有無、生活暦等医療機関に伝えたいこと)

上記の入力や選択では記入できなかった内容を自由記載

<入院時情報連携シート選択内容>

在宅・施設⇒医療機関（入力、選択内容）						
項目	選択内容					
性別	男性	女性				
生年月日	大正	昭和				
続柄	配偶者 後見人	子 その他	子の配偶者	甥	姪	兄弟
住まい	同居	別居				
就労	有	無				
キーパーソン	○					
住宅形態	一戸建て	集合住宅				
階	1階	2階	3階	4階	5階	
エレベータの有無	無	有				
住宅改修	無	有				
要介護認定	無	申請中	事業対象者	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	
利用サービス	訪問介護	通所介護	通所リハビリ	訪問看護	小規模多機能	ショートステイ
	福祉用具貸与	配食サービス				
服薬の有無	無	有				
医療処置の有無	無	有				
医療処置	バルーン	ストマ	インシュリン	人工透析	在宅酸素	気管切開
	喀痰吸引	胃ろう	じょくそう	その他		
介助の状況	自立	見守り	一部介助	全介助		
移動	独歩	杖歩行	歩行器	車椅子	ストレッチャー	
食事	普通食	治療食				
治療食の種類	高血圧	糖尿病	腎臓	その他		
食事形態(主食)	主食:米飯	主食:全粥	主食:ミキサー			
食事形態(副食)	副食:普通	副食:一口大	副食:きざみ	副食:ミキサー		
嚥下障害	無	有				
水分とろみ	無	有				
義歯	義歯:無	義歯:有				
入浴の種類	自宅	通所での入浴	訪問入浴			
排泄	トイレ	ポータブル	尿器	オムツ		
精神行動、障害の有無	無	有				
精神行動、障害の内容	幻視・幻聴	妄想	昼夜逆転	暴言	介護抵抗	徘徊
	火の不始末	不潔行為	異食行為	性的問題行動	その他	
視力の問題	無	有				
聴力の問題	無	有				
言語障害	無	有				
運動障害	無	有				
意思伝達	できる	いくらか困難	具体的要求のみ	できない		
意思決定の能力	自立	いくらか困難	判断できない			
障害高齢者自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1
	B2	C1	C2			
認知症自立度	自立	I	II a	II b	III a	III b
	IV	M				
退院後の訪問看護の利用	無	有				

《入院時情報連携シート 記入例》

記入日 2018年6月15日

入院日(西暦) 2018年 6月14 日

< 1 枚目 >

記入者 防府 太郎

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	電話番号	0835-11-1111
ケアマネジャー名	防府 太郎	FAX番号	0835-11-0000



医療機関名	□□病院		
連携担当者名	山口 花子		

本人	氏名	青木 一朗	男性	生年月日	昭和 3 年 1 月 1 日	90 歳
	住所	防府市寿町7番1号			連絡先	自宅 0835-22-2222 携帯 090-3333-3333

主な連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先	同居・別居	就労	キーパーソン
		青木 二郎	子	防府市寿町7番1号	自宅 0835-22-2222 携帯 090-4444-4444	同居	無
	広島 一子	子	広島県広島市	自宅 082-555-5555 携帯 090-6666-6666	別居	有	

家族構成図	家族状況に関する特記事項
	長男夫婦と同居しており、3人暮らし。盗られ妄想があり、長男と嫁との関係は悪い。
	住環境
	住宅形態 一戸建て 2階
	エレベータの有無 無
	住宅改修 有 トイレと浴室に手すりを取り付けた。

要介護度	要介護2
------	------

利用サービス	通所介護	××デイサービスセンター
	ショートステイ	△△特別養護老人ホーム

< 2 枚目 >

現病歴	病名		医療機関名		服薬の有無
	アルツハイマー型認知症		○△クリニック		有
	糖尿病		●●病院		有
	変形生膝関節症		□○医院		有
医療処置	有	インシュリン			

移乗	移動	食事		口腔清潔	入浴	排泄		更衣	服薬
						日中	夜間		
自立	自立	自立		自立	一部介助	自立	自立	見守り	一部介助
支援の状況、備考	杖歩行	治療食 糖尿病		義歯:有	通所での入浴	トイレ	ポータブル		
	形態	主食:米飯 副食:普通							
		嚥下障害	無						
		水分とろみ	無						
認知機能の状況	精神行動障害の有無	有	妄想	暴言				視力の問題	無
								聴力の問題	有
	その他(自由記載)	思い通りにならないと暴言がある。						言語障害	無
								運動障害	無
	意思の伝達	できる		日常の意思決定を行うための認知能力	いくらか困難				
障害高齢者自立度		A2		認知症自立度		II b			

特記事項・その他(経済状況、障がい手帳の有無、生活暦等医療機関に伝えたいこと)

年金暮らし。  
物盗られ妄想があり、長男の嫁とは関係が悪い。

※記入日を変更する場合はこちらに入力  
 年月日 (入力例: 2018年3月31日)

## II. 退院時情報連携シート (医療機関⇒在宅・施設)

記入日 2018年6月15日

< 1 枚目 >

記入者

医療機関名				主治医氏名			
連携担当者名			連絡先	Tel			FAX



情報提供先	事業所			担当者名			
-------	-----	--	--	------	--	--	--

本人	氏名			生年月日	大正	年	月	日	歳
	住所				連絡先	自宅			

主な連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先	同居・別居	就労	キーパーソン
				自宅			
				携帯			

家族構成図		主病名					
ジェノグラムを 手書きで記入			副病名				

入院の経緯・経過	手術 ( 無 )	入院期間(西暦) ( 年月日 ~ 年月日 )
自由記載		

リハビリの経過	( 開始日 月日 )
自由記載	

今後の方針
自由記載

本人・家族への説明内容	必要ない項目を選択した場合、Delete キーで消去 できます
自由記載	

感染症	HBV	無	退院後の医療機関(主なもの2つ)	受診方法
	HCV	無		
	MRSA	無	医療機関名を記入	

医療処置				
------	--	--	--	--

< 2 枚目 >

要介護認定等	無						←BMIは自動計算
身長	cm	体重	kg	BMI	kg/m <sup>2</sup>		

移乗	移動	食事		口腔清潔	入浴	排泄		更衣	服薬
						日中	夜間		
自立	自立	自立		自立	自立	自立	自立	自立	自立
支援の状況、備考	独歩	普通食		義歯: 無	最終入浴日	トイレ	トイレ		
	形態	主食: 米飯			月日	次回交換日			
		副食: 普通				月日			
		嚥下障害	無			最終排便日			
		水分とろみ	無			月日			
認知機能の状況	精神行動障害の有無	無					視力の問題	無	
		その他 (自由記載)					聴力の問題	無	
	意思の伝達	できる		日常の意思決定を行うための認知能力	自立		言語障害	無	
								運動障害	無
服薬の有無	無	薬名・服薬頻度等を記入							

特記事項・その他(経済状況、手帳の有無等介護保険以外サービスの有無等)

上記の入力や選択では記入できなかった内容を自由記載

退院後の訪問看護の利用	無	事業所名	
-------------	---	------	--

退院後、必要な介護保険等のサービスを利用するために、担当の居宅介護支援事業所及びサービス事業所、入所施設に対して、情報を提供することに同意します。

必ず同意を得てから情報先に渡してください

本人氏名 \_\_\_\_\_  
 (代筆者氏名) \_\_\_\_\_  
 (本人との続柄: \_\_\_\_\_)

<退院時情報連携シート選択内容>

医療機関⇒在宅・施設（入力、選択内容）						
項目	選択内容					
性別	男性	女性				
生年月日	大正	昭和				
続柄	配偶者	子	子の配偶者	甥	姪	兄弟
	後見人	その他				
住まい	同居	別居				
就労	有	無				
キーパーソン	○					
手術の有無	有	無				
感染症	無	有	未			
受診方法	通院	訪問診療				
医療処置	バルーン	ストマ	インシュリン	人工透析	在宅酸素	気管切開
	喀痰吸引	胃ろう	じょくそう	その他		
要介護認定	無	申請中	事業対象者	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		
介助の状況	自立	見守り	一部介助	全介助		
移動	独歩	杖歩行	歩行器	車椅子	ストレッチャー	
食事	普通食	治療食				
治療食の種類	高血圧	糖尿病	腎臓	その他		
食事形態(主食)	主食:米飯	主食:全粥	主食:ミキサー			
食事形態(副食)	副食:普通	副食:一口大	副食:きざみ	副食:ミキサー		
嚥下障害	有	無				
水分とろみ	有	無				
義歯	義歯:無	義歯:有				
排泄	トイレ	ポータブル	尿器	オムツ		
排尿	バルーン	導尿				
精神行動、障害の有無	無	有				
精神行動、障害の内容	幻視・幻聴	妄想	昼夜逆転	暴言	介護抵抗	徘徊
	火の不始末	不潔行為	異食行為	性的問題行動	その他	
視力の問題	無	有				
聴力の問題	無	有				
言語障害	無	有				
運動障害	無	有				
意思伝達	できる	いづらか困難	具体的要求のみ	できない		
意思決定の能力	自立	いづらか困難	判断できない			
服薬の有無	無	有				
退院後の訪問看護の利用	無	有				

《退院時情報連携シート 記入例》

記入日 2018年6月15日

< 1 枚目 >

記入者 防府 花子

医療機関名	〇〇総合病院	主治医氏名	□□医師
連携担当者名	防府 花子	連絡先	Tel 0835-11-1111 FAX 0835-11-0000



情報提供先	事業所	△△居宅介護支援事業所	担当者名	山口 一郎
-------	-----	-------------	------	-------

本人	氏名	中関 イチ子	女性	生年月日	昭和 15 年 1 月 1 日	78 歳
	住所	防府市大字田島 × × × 番地			連絡先	自宅 0835-22-2222 携帯 090-3333-3333

主な連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先	同居・別居	就労	キーパーソン
		中関 三郎	配偶者	防府市田島 × × × 番地	自宅 0835-2222 携帯 090-4444-4444	同居	無
	新田 春子	子	防府市大字新田 × × 番地	自宅 0835-55-5555 携帯 090-6666-6666	別居	有	

家族構成図	主病名	脳梗塞
	副病名	高血圧

入院の経緯・経過 手術 ( 有 ) 入院期間(西暦)( 2017年12月30日 ~ 2018年3月15日 )

平成29年12月30日に脳梗塞をおこし、救急搬送される。12月31日に手術をしたが、右半身に麻痺が残る。本人の意欲低下により、リハビリは順調に進んでいない状態だが、本人の帰宅願望も強く、介護サービスを受けながら在宅生活を送ることになった。

リハビリの経過 (開始日 2月1日 )

本人の意欲低下により、リハビリが進んでいない状況。リハビリ室では、右足に装具を装着し、平行棒内を歩行訓練しているが、自力歩行は難しい。移動には車椅子を使用し、移乗は介助している。

今後の方針

介護サービスを利用しながら、在宅生活を送る予定。

本人・家族への説明内容

車椅子での移動が主になる。  
デイサービスや訪問看護を利用しながら、残された機能を最大限に生かして生活をしていきましょう。

感染症	HBV	無	退院後の医療機関(主なもの2つ)	受診方法
	HCV	無		〇〇総合病院
	MRSA	未	△△病院	訪問診療
医療処置	バルーン			

< 2 枚目 >

要介護認定等	申請中							
身長	160	cm	体重	50	kg	BMI	19.53	kg/m <sup>2</sup>

移乗	移動	食事		口腔清潔	入浴	排泄		更衣	服薬			
						日中	夜間					
一部介助	全介助	見守り		一部介助	全介助	全介助	全介助	一部介助	一部介助			
支援の状況、備考	車椅子	治療食（高血圧）		義歯：有	最終入浴日	オムツ	オムツ					
		形態	主食：全粥			3月4日						
			副食：一口大				次回交換日					
		嚥下障害				無					月日	
		水分とろみ				無					最終排便日	
					3月4日							
認知機能の状況	精神行動障害の有無	有	昼夜逆転	介護抵抗				視力の問題	無			
		その他（自由記載）						夜間のオムツ交換時に看護師の手を払う等の介護抵抗がある。			聴力の問題	無
	意思の伝達	いづらか困難		日常の意思決定を行うための認知能力		いづらか困難		言語障害	無			
								運動障害	有			
服薬の有無	有	アリセプト、ワーファリン										

特記事項・その他（経済状況、手帳の有無等介護保険以外サービスの有無等）

介護保険申請中。歩行困難で常時、車椅子が必要。退院前に住宅改修、福祉用具の導入等の住宅環境を整える必要あり。昼夜逆転となっているため、デイサービス等を利用され、できる限り日中に起こし生活リズムができるようお願いします。夫は介護ができるか不安を持っておられるので夫の介護負担軽減のための支援をお願いします。

退院後の訪問看護の利用	有	事業所名	〇〇訪問看護ステーション
-------------	---	------	--------------

退院後、必要な介護保険等のサービスを利用するために、担当の居宅介護支援事業所及びサービス事業所、入所施設に対して、情報を提供することに同意します。

本人氏名 中関 イチ子

（代筆者氏名）新田 春子

（本人との続柄： 長女 ）

問合せ先

防府市高齢福祉課 地域包括支援センター

電話 : 0835-25-2964

FAX : 0835-23-2976

メール : [kfukushi@city.hofu.yamaguchi.jp](mailto:kfukushi@city.hofu.yamaguchi.jp)