

連携ツールの概要

経緯・目的

急速な高齢化の進行に伴い、松山市でも医療と介護の両方を必要とする高齢者は増加が見込まれています。高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療・介護の各種サービスの一体的な提供が重要であり、同じ患者様に関わる医療・介護関係者の更なる連携を推進する必要があります。

松山市では平成 29 年度から松山市医師会、松山市歯科医師会、松山薬剤師会をはじめ、市内の医療・介護関係団体の御協力のもと、在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいます。医療・介護関係者で構成する検討会を開催して、連携課題の抽出や対応策の検討を重ねる中で、令和元年 8 月にこの連携ツールを作成し、令和 2 年 8 月には口腔・服薬チェックリストを新たに加えた連携ツール Ver.2 を作成しました。

使用する場面

在宅療養中の患者様が、介護保険の新規利用、更新、区分変更時の主治医意見書や医療系サービス導入時の医学的意見等、主に介護支援専門員（ケアマネジャー）が必要な業務を遂行するために、かかりつけ医等の医療関係者に依頼や相談をする場合を想定しています。

連携ツール

①相談・連絡票

主にケアマネジャーが、かかりつけ医等に依頼する内容を明らかにするシートです。

②連携シート

患者様の日常生活の詳細な状況等を、医療・介護関係者間で共有するためのシートです。

口腔・服薬チェックリスト（※今回新たに追加しました。）

患者様の口腔や服薬の状況及び問題点を把握し、歯科医師、薬剤師、かかりつけ医等に相談、報告するためのシートです。

連携ツールを使用する際の留意点

この連携ツールの使用については任意です。他に独自の様式を用いることを妨げるものではありませんが、作成の趣旨を御理解いただき、積極的な御活用をお願いします。

松山市様式

①連絡・相談票

医療機関名		<input type="checkbox"/> → ← <input type="checkbox"/>	事業所名	
医師名等			担当者名	
T E L			T E L	
F A X			F A X	
E-mail			E-mail	

●利用者情報

フリガナ		生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	性別	男・女
氏名			住所		TEL
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的 : <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望 : <input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 介護保険(新規・更新・区分変更)の主治医意見書について <input type="checkbox"/> ケアプランに対するご意見について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> 訪問看護等、医療系サービスの利用について <input type="checkbox"/> 入退院時の情報提供について <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具レンタルについて <input type="checkbox"/> モニタリング時の状況報告について <input type="checkbox"/> 訪問依頼について <input type="checkbox"/> その他ご相談	
※今回の情報提供について、 <input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 留意事項あり ()	
※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご助言をいただければと思います。添付資料： <input type="checkbox"/> ②連携シート <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 添付無し	

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

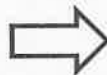
本票送付の目的 : <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望 : <input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 以下に回答します。 <input type="checkbox"/> 後日連絡します。 <input type="checkbox"/> 月 日 時 分頃連絡ください。 <input type="checkbox"/> 確認しました。	

1. 利用者（患者）基本情報		【氏名】		年 月 日生	
【住居】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸				【 歳】 男・女	
【形態】 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階（特記事項： ）					
【介護保険】 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5（期間 ～ ）					
【認知症高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				【障害手帳】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 級）	
【障害高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				【指定難病医療受給証】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
【収入・年金等】 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護（特記事項： ）					
2. 家族情報		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 同居者：		主たる介護者： キーパーソン：	
家族状況に関する特記事項：					
【家族】 連絡先①（氏名、続柄、住所、Tel）					
連絡先②（氏名、続柄、住所、Tel）					
【介護力】 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者がいない					
3. 現在の生活					
【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】					
【生活に関する意向】 本人： 家族：					
4. 身体・生活機能の状況		【起き上り】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		【立ち上り】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
A	【移動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		【移動手段】 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	【排泄】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		【ポータブルトイレ】 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
D	【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		【入浴補助具】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> デイサービス等にて入浴 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
L	【食事】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		【普通食】 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 食事制限あり <input type="checkbox"/> 水分制限あり		
	【整容】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		【更衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
【視力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（ ）			【聴力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（ ）		
【意思疎通】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（理由： ）					
【睡眠】 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		【眠剤の使用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		【睡眠時間】 時間 【身長・体重】 cm kg	
【飲酒】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1回： 程度を、週 日） 【喫煙】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1日 本）					
【精神面における療養上の問題】		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃的 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※頻度や程度（ ）			
【生活上の問題点や身体状況の変化等】					
5. 疾患・医療について		【かかりつけ医】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関名： 医師名： ）			
疾患名： _____		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関： _____）			
【疾患歴】疾患名： _____		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関： _____）			
疾患名： _____		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関： _____）			
【最近半年間での入院】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関： _____） <input type="checkbox"/> 不明				【入院頻度】 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い/繰り返している	
【医療処置】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容： _____）					
6. 口腔について		【かかりつけ歯科医】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（歯科医療機関名： 歯科医師名： _____）			
【嚥下機能】 <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		【口腔清潔】 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		【口臭】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
【義歯】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 義歯が合っていない		【その他症状】 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯茎からの出血			
【口腔に関する特記事項】					
7. 服薬について ※必要に応じてお薬手帳（コピー）を添付		【かかりつけ薬局】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬局名： _____）			
【服薬】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）		【処方薬以外の服用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）			
【薬剤管理】 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者が管理（ _____ ）		【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 処方どおり服用 <input type="checkbox"/> 時々飲忘れ <input type="checkbox"/> 処方が守られていない			
【服薬に関する特記事項】					
8. 介護サービス利用状況等		<input type="checkbox"/> 訪問介護（ _____ ）		<input type="checkbox"/> 訪問看護（ _____ ）	
【利用中のサービス】 ※事業所名、頻度、曜日など	<input type="checkbox"/> 訪問入浴（ _____ ）		<input type="checkbox"/> 訪問入浴（ _____ ）		
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ _____ ）		<input type="checkbox"/> 通所介護（ _____ ）		
	<input type="checkbox"/> 通所リハ（ _____ ）		<input type="checkbox"/> 短期入所（ _____ ）		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具（ _____ ）		<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
【介護サービス利用に関する特記事項】					
9. 備考					

口腔・服薬チェックリスト

令和〇年〇月〇日

事業所名	訪問介護〇〇〇〇
担当者名	管理者 〇〇 〇〇
T E L	9〇〇-〇〇〇〇
F A X	9〇〇-〇〇〇〇
E-mail	kouku@※※※※.ne.jp



事業所名	居宅介護支援事業所□□□□
担当者名	介護支援専門員 □□ □□ 様
T E L	9〇〇-〇〇〇〇
F A X	9〇〇-〇〇〇〇
E-mail	fukuyaku@※※※※.ne.jp

●利用者情報

フリガナ	△△ △△	生年	明治・大正・昭和・平成	性別	男・女
氏名	△△ △△	月日	〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)		
住所	松山市〇〇町〇丁目〇-〇		TEL	9〇〇-〇〇〇〇	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

上記の利用者様の口腔、服薬の状況について報告します。

口腔チェックリスト ●月 ●日実施	<input type="checkbox"/> 口の中が乾燥している <input checked="" type="checkbox"/> 歯が汚れている <input type="checkbox"/> 舌に汚れ(舌苔)がある <input checked="" type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯が痛む、グラグラしている、穴が開いている <input checked="" type="checkbox"/> 歯茎に問題がある(腫れている、出血がある、傷がある、痛みがある等) <input type="checkbox"/> 義歯に問題がある(外れる、壊れている、汚れている、使っていない、付けると痛む等) <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い、むせる <input type="checkbox"/> (麻痺がある場合)麻痺側に食べ物が残っている <input checked="" type="checkbox"/> その他(歯医者には10年以上行っていないとの事です。)
(気になる点) 今月初めくらいから、歯茎からの出血があり、歯磨きの際に痛みが出る状況で、食後の歯磨きが充分にできておらず、口臭や歯の汚れが目立ってきています。	

服薬チェックリスト ●月 ■日実施	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある(残薬がある) <input type="checkbox"/> 薬の飲み間違いがある(服薬の量や時間を間違えている等) <input checked="" type="checkbox"/> 飲み難さがある(錠剤、カプセル、粉薬が飲み込めない等) <input checked="" type="checkbox"/> 複数の医療機関を受診し、複数の薬局から調剤を受けている <input type="checkbox"/> 自己判断で服薬の中断や調整をしている <input type="checkbox"/> 健康食品やサプリメント等を服用している <input type="checkbox"/> 副作用またはその疑い(口渇、吐気、頻尿、便秘、軟便、ふらつき、めまい、傾眠、睡眠障害、その他) <input checked="" type="checkbox"/> その他(「心配だから」という理由で、古い薬を大量にストックしています。)
(気になる点) 最近、A病院から処方されている〇〇剤(顆粒)が飲み込み難く、毎食後の服用に苦労している様子です。B病院の△△剤(錠剤、朝夕)と◇◇剤(錠剤、朝夕)は、問題なく服用できています。たまに服薬を忘れていますが、声掛けて服薬を確認しています。	