

地域共生社会に向けた
西臼杵地域 医療・介護・福祉連携の
ためのルールブック
(ver.1)



平成31年3月

目次

○はじめに	1
○優先的に連絡調整を行う対象者の定義	2

入院時

ルール①	
「お互いに速やかな入院時の連絡に努める」	3

入院中

ルール②	
「入院期間の見込みや利用者の状態等について、 入院当初から連携して情報共有に努める」	3

退院時

ルール③	
「カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有する」	4

日頃から心掛けたいこと

ルール④	
「担当者が利用者に対して心掛けること」	5
ルール⑤	
「医療機関と担当者は、情報共有を行う」	5
ルール⑥	
「入退院等支援の窓口を明確にする」	6
ルール⑦	
「医療・介護・福祉について積極的に学び合う」	6

《参考資料：関係機関窓口一覧》

○病院	7
○診療所	8
○ケアマネジャーの所属する施設	9
○相談支援事業所	13
○養護老人ホーム	14
○地域包括支援センター	15
○市町村介護保険担当・保健所	15

《様式》

○医療と介護、福祉の連携シート（入院用）	16
○医療と介護、福祉の連携シート（退院用）	17
○医療機関・ケアマネジャー・相談支援専門員等の情報交換票	18

事業所名		医療機関名	
担当		担当	
フリガナ	性別	住所	生年月日
氏名	<input type="checkbox"/> 男	TEL	年
	<input type="checkbox"/> 女		月 日
かかりつけ医での状況 (入院までの経過など)			
既往歴			
家族	家族構成		世帯・介護の状況
			主介護者 氏名 続柄
			キーパーソン 氏名 続柄
			世帯の状況 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ()
			緊急連絡先 ① 氏名 自宅 携帯
			② 氏名 自宅 携帯
		特記事項	
生活歴	喫煙	飲酒	その他
経済状況	<input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 () <input type="checkbox"/> 障害年金 () <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 恩給・年給 () <input type="checkbox"/> 就労収入 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 結核既往・家族歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 胸部X線定期受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終 年 月 日 所見) <input type="checkbox"/> 不明		
身体状況	測定日 (年 月 日)	身長 (cm)	体重 (kg) BMI ()
認知症症状 高次脳機能障害	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	専門医受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病院・主治医名 () 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他の障害	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他 特記事項 ()		
自立度	障害高齢者の日常生活自立度 () 認知症高齢者の日常生活自立度 ()		
要介護度・ 障害支援区分	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分 () 期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 手帳等 ()		
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に記入)		
介護サービス・ 障害福祉 サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> 訪問リハ ()		
	<input type="checkbox"/> 通所介護 () <input type="checkbox"/> 訪問入浴 () <input type="checkbox"/> 通所リハ ()		
	<input type="checkbox"/> 短期入所 () <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 ()		
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 () <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療的処置	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> レスプレーター <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 詳細等 ()	
処方・内服方法	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	< 形態 > <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> オブラート <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 処方箋等添付あり	
		特記事項等 ()	

医療と介護、福祉の連携シート（入院用）

氏名（ ）

ADLの状況	自立	自立度等	特記事項・詳細
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 段差注意 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
食事・栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態（ ） （ kcal ） 塩分（ g ） <input type="checkbox"/> 禁忌食あり（ ） <input type="checkbox"/> 添付資料あり	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 排便コントロール <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
入浴・保清	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
衣類着脱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
睡眠		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 早朝覚醒 <input type="checkbox"/> 睡眠薬あり <input type="checkbox"/> その他（ ）	
居住環境	※ADLの状況に応じて必要事項を記入		
入院に際し、ケアマネからの連絡事項など			

医療機関名		⇒ 事業所名			
担当		担当			
フリガナ		性別	住所		
氏名	様	<input type="checkbox"/> 男	TEL - -		
		<input type="checkbox"/> 女			
	科別	入院期間	生年月日		
		年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日		
		次回受診日	<input type="checkbox"/> 添付資料あり		
		年 月 日			
今回の主病名 及び 退院までの経過	主病名				

家族	家族構成		世帯・介護の状況		
	<input type="checkbox"/> 入院時と同様		主介護者	氏名	続柄
			キーパーソン	氏名	続柄
			世帯の状況 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ()		
			緊急連絡先	① 氏名 自宅 携帯	
		② 氏名 自宅 携帯			
		特記事項			
生活歴	喫煙 飲酒 その他				
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 結核既往・家族歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 胸部X線定期受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終 年 月 日 所見) <input type="checkbox"/> 不明				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
身体状況	測定日 (年 月 日) 身長 (cm) 体重 (kg) BMI ()				
認知症症状 高次脳機能障害	なし	あり	専門医受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病院・主治医名 ()		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他の障害 自立度	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他 特記事項 () 障害高齢者の日常生活自立度 () 認知症高齢者の日常生活自立度 ()				
要介護度・ 障害支援区分	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分 () 期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 手帳等 ()				
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に記入)				
介護サービス・ 障害福祉 サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> 訪問リハ ()				
	<input type="checkbox"/> 通所介護 () <input type="checkbox"/> 訪問入浴 () <input type="checkbox"/> 通所リハ ()				
	<input type="checkbox"/> 短期入所 () <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 ()				
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 () <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療的処置	なし	あり	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> レスプレーター <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 詳細等 ()		
処方・内服方法	自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <形態> <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> オブラート <input type="checkbox"/> とろみ			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 処方箋等添付あり 特記事項等 ()			

医療と介護、福祉の連携シート（退院用）

氏名（ ）

ADLの状況	自立	自立度等	特記事項・詳細
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 段差注意 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
食事・栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態（ ） （ kcal ） 塩分（ g ） <input type="checkbox"/> 禁忌食あり（ ） <input type="checkbox"/> 添付資料あり	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 排便コントロール <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
入浴・保清	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> その他 最終保清日 月 日	
衣類着脱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
睡眠		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 早朝覚醒 <input type="checkbox"/> 睡眠薬あり <input type="checkbox"/> その他（ ）	
退院後の 注意点		<input type="checkbox"/> 月 日開催の退院カンファレンスのとおり	
病気の理解 治療・在宅療養 への希望等	本人	<input type="checkbox"/> 月 日開催の退院カンファレンスのとおり	
	家族	<input type="checkbox"/> 月 日開催の退院カンファレンスのとおり	
備考			

様式3

【西臼杵地域】医療機関・ケアマネジャー・相談支援専門員等の情報交換票

◎宛先

医療機関

名称: _____
職種: _____
氏名: _____
FAX番号: _____

◎発信元

介護予防支援事業所・居宅介護支援事業所
相談支援事業所

名称: _____
職種: _____
氏名: _____
電話番号: _____
FAX番号: _____

日頃より大変お世話になっております。
下記の件につき、ご返答をよろしく申し上げます。
お忙しいところ、誠に恐れ入りますが、ご都合の良い時にFAX等にて返信をお願い申し上げます。

●イニシャル: ____・____様(____年 ____月 ____日生)について

連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン・サービス等利用計画作成にあたり、病状等についての指示・確認など
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医や看護師等の意見・相談など
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談
<相談内容等>	
記載者氏名: _____ 印	

返信

連絡方法並びに回答票

連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします → 日時: ____月 ____日 ____時頃お越しください
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします → 日時: ____月 ____日 ____時頃電話ください
	<input type="checkbox"/> 下記の文書で回答します
<回答・助言等>	
____年 ____月 ____日 記載者氏名 _____ 印	

**「地域共生社会に向けた 西臼杵地域
医療・介護・福祉連携のためのルールブック」(ver.1)**

◇問い合わせ先

宮崎県高千穂保健所 健康づくり課
(TEL)0982-72-2168
(FAX)0982-72-4786

高千穂町保健福祉総合センター 介護保険係
(TEL)0982-73-1717
(FAX)0982-73-1707

日之影町保健センター 介護保険係
(TEL)0982-87-2306
(FAX)0982-73-7543

五ヶ瀬町福祉課 介護高齢者グループ
(TEL)0982-82-1702
(FAX)0982-82-1722

発行:平成31年3月

宮崎県長寿介護課 医療・介護連携推進室・宮崎県高千穂保健所・
高千穂町保健福祉総合センター・日之影町保健センター・五ヶ瀬町福祉課