

令和 3 年 1 月 29 日

市内居宅介護支援事業所各位

松山市介護保険課

連携ツール Ver.2 について

時下、ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

平素から、本市の保健福祉施策の推進に御理解、御協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、本市では市内の医療・介護関係団体の御協力のもと、平成 29 年度から在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいます。この取組みの中で令和元年 8 月に、医療・介護関係者が患者（利用者）様の情報を円滑に共有するための連携ツールを作成し、普及を進めて参りましたが、令和 2 年 8 月に、連携ツールに口腔や服薬の状況を把握するための口腔、服薬チェックリストを追加した、連携ツール Ver.2 を作成しました。

つきましては、下記のとおり松山市ホームページに掲載し、説明書や書式（Word 版、Excel 版）をダウンロードできるようにしていますので、医療・介護関係者の円滑な情報共有や連携に御活用ください。

記

○連携ツール Ver.2 の掲載：松山市ホームページ「在宅医療と介護の連携推進」
(<http://www.city.matsuyama.ehime.jp/kurashi/kaigohoken/koureisashien/tiikicare/chiikihoukatsu.html>)

※この連携ツールは参考様式であり、使用を強制するものではありませんが、作成の趣旨を御理解いただき、医療・介護関係者の円滑な連携のために積極的な活用をお願いするものです。

【お問合せ】

松山市保健福祉部介護保険課
基幹型地域包括支援センター

武田・秀野

TEL：089-948-6840

FAX：089-948-0815

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連絡・相談票

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。

①連絡・相談票

●利用者情報

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	

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

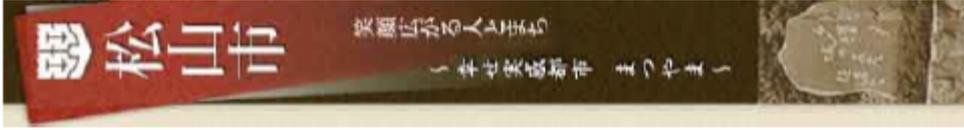
本票送付の目的 : <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望 : <input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 介護保険(新規・更新・区分変更)の主治医意見書について <input type="checkbox"/> ケアプランに対するご意見について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議について <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		【住居】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸		【氏名】 フリガナ 年 月 日生	
【形態】 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅		階（特記事項：_____）		【 歳】 男・女	
【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】		家族状況に関する特記事項：_____			
		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 D L	【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（_____）			
	【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"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デイスサービス等にて入浴 <input type="checkbox"/> その他（_____）			
	【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"/> 処方を守られていない			
【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】		<input type="checkbox"/> 訪問リハ（_____）		<input type="checkbox"/> 訪問入浴（_____）	
※事業所名、頻度、曜日など		<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					



現在のページ > 松山市ホームページ > [くらしの情報](#) > [介護支援](#) > [高齢者支援「地域包括ケアセンター」総合事業「介護予防、認知症など」](#) > [地域包括ケアシステムの推進](#) > [在宅医療と介護の連携推進](#)

在宅医療と介護の連携推進

🕒 更新日：2020年12月14日

地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療と介護の連携

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けることができますよう、「松山市医師会」・「松山市歯科医師会」・「松山薬剤師会」等の医療関係団体や介護関係団体と連携し、「在宅医療・介護連携推進事業」に取り組み、地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

「松山市医師会」・「松山市歯科医師会」・「松山薬剤師会」との連携

平成29年3月23日に、松山市と「松山市医師会」、「松山市歯科医師会」、「松山薬剤師会」は、「地域包括ケアシステムの構築推進に関する連携協定」を締結し、在宅医療と介護の連携を推進しています。

第3回 在宅での医療と介護を考えるシンポジウム

市民の皆さんや医療、介護関係者の皆さんが、地域包括ケアシステムや在宅での医療や介護に関する理解を深めていただくためのシンポジウムを平成30年度から毎年開催していますが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、無観客で実施したシンポジウムの動画を配信します。

【内容】

独居高齢者で軽度の認知症もあるが、自宅での生活を希望する松山花子さん(架空の事例)に対し、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー等の医療・介護関係者が連携して各種サービスを提供し、在宅療養生活を支える様子を紹介します。

中略

中略

医療・介護関係者の情報共有の支援

連携ツール Ver.2

松山市では、医療・介護関係機関の御協力のもと、同じ患者(利用者)に関わる医療・介護関係者が円滑に情報を共有するための連携ツールを令和元年8月に作成しました。

令和2年8月に「口腔・服薬チェックリスト」を連携ツールに追加し、連携ツールVer.2として今後も医療、介護関係者への普及を図って参ります。

連携ツールの詳しい使用方法等については、「連携ツール説明書Ver.2」をご覧ください。

- 📄 [連携ツール説明書 Ver.2【1ページ～14ページ】\(PDF:1.299KB\)](#)
- 📄 [連携ツール説明書 Ver.2【15ページ～45ページ】\(PDF:4.138KB\)](#)
- 📄 [\(1\)連絡・相談票\(ワード:28KB\)](#)
- 📄 [\(1\)連絡・相談票\(エクセル:71KB\)](#)
- 📄 [\(2\)連携シート\(ワード:27KB\)](#)
- 📄 [\(2\)連携シート\(エクセル:98KB\)](#)
- 📄 [口腔・服薬チェックリスト\(ワード:26KB\)](#)
- 📄 [口腔・服薬チェックリスト\(エクセル:42KB\)](#)
- 📄 [\(参考\)口腔・服薬チェックリストの使い方_記載例\(PDF:490KB\)](#)
- 📄 [口腔チェックリスト解説\(松山市歯科医師会提供\)\(PDF:323KB\)](#)
- 📄 [服薬チェックリスト解説\(松山薬剤師会提供\)\(PDF:182KB\)](#)

※連携ツールの使用は任意であり、使用を強制するものではありません。

連携ツールアンケート調査

令和2年4月に、連携ツールの活用状況等を把握するためのアンケート調査を実施しました。

- 📄 [連携ツールアンケート結果\(PDF:958KB\)](#)

※ここから各種書式等をダウンロードできます。