

千葉県地域生活連携シート(参考様式)【介護支援専門員⇄医療機関】

平成23年4月版

(1)入院先の医療機関等名称 様	下記利用者(家族)の同意に基づき、 利用者の身体・生活機能等の情報を 送付しますので、ご活用ください。	(2)送付日：平成 年 月 日 (面談日)：	(3)入院日：平成 年 月 日 (退院日)：
------------------------------------	---	---------------------------	---------------------------

(4)利用者氏名 <small>(ふりがな)</small>	(5)生年・性別等 年 月 日 男 女 (満 歳)	(6)生活保護 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(7)障害等認定 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 身障(級) 療育 精神 特定疾患	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)： 自立度(寝たきり度)：	(10)認知症高齢者日常生活自立度：
(8)要介護度	認定有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	(11)介護サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週) <input type="checkbox"/> ショート(日/月) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導() <input type="checkbox"/> 福祉用具()	(12)同居家族 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 子 子の配偶者 ()	(13)住居： <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション(階) 施設() (エレベータ： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)	(14)主介護者 続柄： 同居 電話： 就労： 健康： 別居 状況： 状態：
(15)キーパーソン 続柄： 同居 電話： (16)緊急連絡先：					

(17)かかりつけ情報等(医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	情報源	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1:	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等					
2:	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等					
3:	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等					

記入時の身体・生活機能等

(18)記入日：平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()	
(19)麻痺の状況 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位： <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()	(50)具体的内容	
(20)褥瘡の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(部位：)	(21)皮膚疾患： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()		
(22)視力 <input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能	(23)眼鏡： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(24)聴力 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大声なら何とか聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能	(25)補聴器： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(26)意思の伝達 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	(27)失語症： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明		
(28)認知症症状 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()	(29)睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害()	(30)眠剤： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩	
(31)起居動作 <input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	(32)移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子		
(33)摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(方法： 内容： 量： 所要時間：)			
(34)食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	(35)水分トロミ： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(36)食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(37)食事制限： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(38)口腔環境 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	(39)義歯使用： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 義歯不要		
(40)口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(41)方法： <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> うがい		
(42)排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(43)排尿能力： <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル		
(44)排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(45)トイレ使用： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
(47)衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(46)オムツ使用： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
(48)服薬管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(49)薬の形状： <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 液剤 その他()		
(51)介護上、特に注意すべき点等	(52)介護・看取りに関する本人・家族の意向等		

(53)本シートの記入者

所属：	担当：	住所：
電話：	FAX：	Eメール：
(54)ケアプラン： <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未済		

千葉県地域生活連携シート使用上の留意点

1 千葉県地域生活連携シートの使用方法（入院時）

本シートは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、記入対象者である介護サービス利用者本人または家族の同意を得たうえで、利用者の身体機能等の情報について記入し、入院先の医療機関に送付するものです。

なお、居宅介護支援事業所が、利用者が入院してから7日以内に、入院先の医療機関に対し、本シートの送付等により利用者情報を提供した場合には、介護保険の医療連携加算の算定対象となります。

2 千葉県地域生活連携シートの使用方法（退院・退所時）

本シートは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、利用者の退院・退所の際、入院先の医療機関または入所先の施設の職員と面談し提供された利用者情報を記入しておき、居宅サービス計画の作成等に活用するためのものです。

なお、利用者の退院・退所に当たり、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設または介護保険施設の職員と面談を行い、必要な情報提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合には、介護保険の退院・退所加算の算定対象となります。

3 個人情報の取り扱いについて

本シートには、利用者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

本シートの記入及び送付に当たっては、必ず本人または家族の同意を得てください。

特に、本シートをFAXまたはEメール等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関のほうで氏名を記入してもらう等の配慮が必要です。

また、本シートは、利用者本人及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容（特に認知症症状や既往歴等）については十分に注意してください。

4 千葉県地域生活連携シートの記入頻度等について

概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況を本シートに記入し、保管しておくことが、利用者の入院時に迅速に対応できるという点から、望ましいと考えます。

また、月一回のモニタリングの際、本シートをモニタリングシートとして使用することもできます。

ただし、利用者の身体機能等に変化があった場合には、その都度、本シートに直近の情報を記入してください。

なお、認定調査結果や主治医意見書等を参考に本シートを記入する場合には、認定調査結果や主治医意見書等に記載されている利用者の身体機能等の情報と、直近の情報が異なる場合には、直近の情報を優先して記入してください。

5 家族等との連絡体制

利用者が入院した際、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対し、家族等から即時その旨の連絡がなされるよう、利用者及び家族等には日頃から本シートの趣旨を説明し、理解を得ておくことが必要です。

6 入院先の医療機関への送付について

利用者が入院した際、直ちに本シートを医療機関に持参または郵送、FAX、Eメール等により送付してください。

また、シートを送付した際は、居宅介護支援経過に、入院日、送付日及び送付先の医療機関等名称を必ず記録してください。

（記入例）

「平成22年4月1日△△病院に入院。平成22年4月2日△△病院に地域生活連携シートを送付し情報提供した」

なお、シートを送付する際の手段（郵送、FAXまたはEメール等）や、医療機関がシートを受領したか否かを確認する際の手段（電話、FAXまたはEメール等）については、地域の医療機関と事前に協議のうえ取り決めておくことが望ましいと考えます。

7 千葉県共用脳卒中地域医療連携パスとの関係

本シートは、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの中の「介護シート」として、脳卒中の患者が退院する際に、回復期医療機関等から提供されることもあります。介護シートは、脳卒中の再発に備え、上記と同様に概ね半年に一度記入しておくことが望ましいと考えます。

なお、介護シートは、本シートと記入項目が完全に一致しており、本シートから転記することが可能です。