

(改訂版)

医療・介護多職種の 連携ツールマニュアル



平成30年10月

安芸いかの会

「医療・介護多職種の連携ツールマニュアル」作成にあたって

急速な高齢化と医療提供体制の見直しによる在宅医療と介護ニーズの高まりが、安芸郡4町共通の課題であるため、「在宅医療・介護連携推進事業」の一環として、府中町域で毎年行っている、「医療と介護連携推進 ワールドカフェin府中町」の参加者から、ワーキングメンバーを募り、※「安芸いかの会」を発足させ、多職種連携ツールの作成に取り組みました。

今回の取り組みは、「医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が切れ目なく提供される体制の構築」を目的としています。

作成した「多職種連携ツール」が幅広く活用されるように、マニュアルの作成を行い（例えば、新人ケアマネジャーでも医療機関と連携が出来るよう連携シートを作成しています。）、安芸郡4町それぞれで活用方法の説明会（勉強会）、行政のホームページへの掲載もしています。さらに、その活用状況について定期的に情報収集し、評価や意見を踏まえ、改善すべき点がないか検討を行います。また、必要に応じて「多職種連携ツール」の内容、マニュアル等を改訂します。



※「安芸いかの会」名前の由来

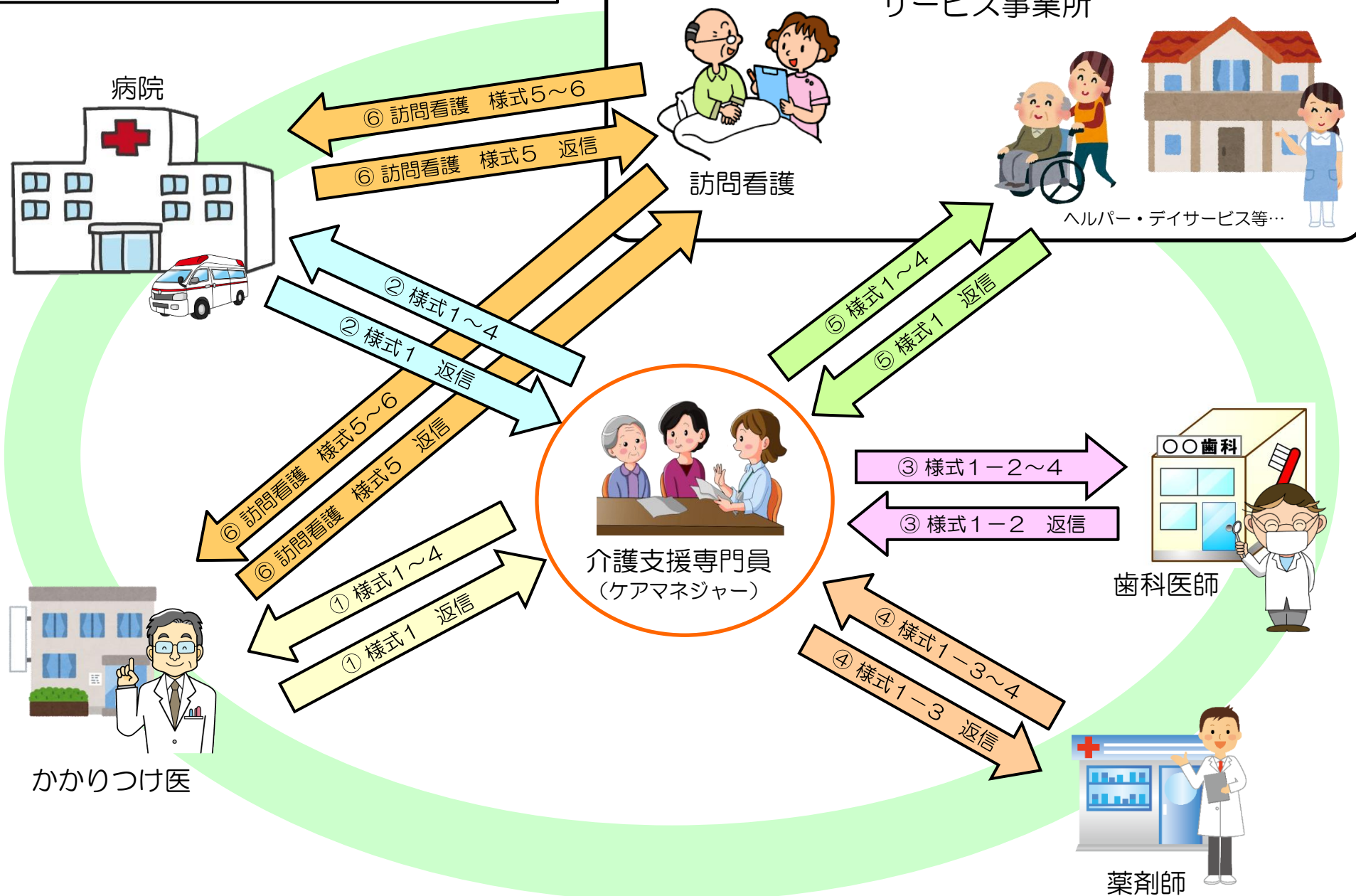
「医療と介護の連携推進」を図る目的なので、「医療」の「い」「介護」の「か」を取って、「いか」(笑)…
また、安芸郡4町のメンバーなので、「安芸」をつけて、「安芸いかの会」となりました。

— 目 次 —

I. 多職種連携シートのフロー図（例）	・・・	P1
II. 多職種連携シート活用（例）一覧表	・・・	P2
III. 多職種連携シート活用留意点	・・・	P3
IV. 多職種連携のためのシート記載例		
医療・介護多職種の連携ツールメニュー	・・・	P4
基本情報入力フォーム	・・・	P5
様式1 多職種連携シート	・・・	P6
様式1－2（歯科医師用） 多職種連携シート	・・・	P7
様式1－3（薬剤師用） 多職種連携シート	・・・	P8
様式2 多職種情報提供シート	・・・	P9
様式2 多職種情報提供シート（解説）	・・・	P10
様式3 多職種連携一覧	・・・	P11
様式4 連絡事項・その他	・・・	P12
医療・介護多職種の連携ツール（訪問看護用）メニュー	・・・	P13
様式5（訪問看護用） 多職種連携シート	・・・	P14
様式6（訪問看護用） 連絡事項・その他	・・・	P15
ジェノグラム用パーツ	・・・	P16
V. 「安芸いかの会」ワーキングメンバー	・・・	P17



I. 多職種連携シートのフロー図（例）



※上記図はケアマネジャーと訪問看護の活用例をフロー図として示してありますが、その他の職種との連携においても活用が可能です。

Ⅱ. 多職種連携シート活用（例）一覧表

使用する職種	フロー図 番号	使用する様式	使い方
ケアマネジャー ↓↑ (返信) かかりつけ医	①	様式1 多職種連携シート 様式2 多職種情報提供シート 様式3 多職種連携一覧 様式4 連絡事項・その他	ケアマネジャーから医師へ照会する場合、その照会を受けて医師からケアマネジャーに返答する場合に使用します。 担当になった挨拶など気軽に使用してください。
ケアマネジャー ↓↑ (返信) 病院	②	様式1 多職種連携シート 様式2 多職種情報提供シート 様式3 多職種連携一覧 様式4 連絡事項・その他	担当利用者が入院した場合に、在宅での状況を簡潔に入院先の病院へ情報を提供する際に使用します。
ケアマネジャー ↓↑ (返信) 歯科医師	③	様式1～2 多職種連携シート 様式2 多職種情報提供シート 様式3 多職種連携一覧 様式4 連絡事項・その他	ケアマネジャーから歯科医師へ照会する場合、その照会を受けて歯科医師からケアマネジャーに返答する場合に使用します。 担当になった挨拶など気軽に使用してください。
ケアマネジャー ↓↑ (返信) 薬剤師	④	様式1～3 多職種連携シート 様式2 多職種情報提供シート 様式3 多職種連携一覧 様式4 連絡事項・その他	ケアマネジャーから薬剤師へ照会する場合、その照会を受けて薬剤師からケアマネジャーに返答する場合に使用します。 担当になった挨拶など気軽に使用してください。
ケアマネジャー ↓↑ (返信) サービス事業所	⑤	様式1 多職種連携シート 様式2 多職種情報提供シート 様式3 多職種連携一覧 様式4 連絡事項・その他	ケアマネジャーからサービス事業所へ照会する場合、その照会を受けてサービス事業所からケアマネジャーに返答する場合に使用します。 担当になった挨拶など気軽に使用してください。
訪問看護 ↓↑ (返信) 医師	⑥	様式5 多職種連携シート 様式6 連絡事項・その他	訪問看護から医師へ照会する場合、その照会を受けて医師から訪問看護に返答する場合に使用します。

※①～⑤について、発信者はケアマネジャーとは限らず他の職種でも活用してください。

Ⅲ. 多職種連携ツール活用留意点

▼ ツールを使う際のルール ▼

1. 情報の送信について

FAXやメールを送る際には、急ぎの場合以外は、事前・事後と相手方に連絡しましょう。
急ぎの場合には、送信後に連絡しましょう。

2. 間違えないように…

メールアドレスやFAX番号はしっかり確認して、**誤送信**に注意しましょう。

3. 返信について

(1) **至急**の返信希望があった際には、速やかに返信しましょう。

(2) 「返信希望の有無」には「返信願います」か「返信不要です」のどちらかにチェック
しましょう。

(3) 至急でない時も、「返信不要です」にチェックがなければ、必ず返信するようにしま
しょう。

4. 家族や本人への同意について

各シートの下欄に、本人家族の同意が得られたかの確認のチェックがあります。

介護保険では、個人情報の同意書は事前にとっていますが、家族や本人の同意を得て、シー
トを活用しましょう。

5. 他の書式について

この様式は、安芸地区の標準様式としていますが、他の独自の書式を用いることは妨げませ
ん。あくまで、ツール作成が目的ではなく、**多職種の連携のためのツール**（連携のため
のきっかけ）として活用していきましょう。

▼ 多職種連携ツールのファイルについて ▼

◎ 多職種連携ツール①

エクセルファイルで、様式1～様式4が入っています。

◎ 多職種連携ツール②（訪問看護用）

エクセルファイルで、様式5・様式6が入っています。

※ 当マニュアルを参考に「多職種連携ツール」を活用してください。

P4～P13に記載例及び解説があります。

ツールを活用することで、
医療と介護の連携の強化を図っていきましょう！

まず、始めに「基本情報入力フォーム」ボタンをクリックすると、フォームが出現しますので、入力して登録ボタンを押します。入力内容が各シートに転記されます。（詳細は5ページで説明）

医療・介護多職種連携ツールメニュー

基本情報入力フォーム

←「基本情報入力フォーム」入力により下記のかっこ内の共通内容が各シートに転記されます。
(対象者氏名・ふりがな・性別・生年月日・FAX送信元情報)

シート選択ボタン
(クリックすると選択シートに移動します)

入力済みチェック欄 (確認必要シート)
※口をダブルクリックするとチェックがつきます

(様式1) 多職種連携

入力したい「各様式」ボタンをクリックすると、クリックした各シートに移動します。

場合にはチェック

(様式1-2) 多職種連携 (歯科医師用)

☐

←入力済み及び確認が必要な場合にはチェック

(様式1-3) 多職種連携 (薬剤師用)

☐

←入力済み及び確認が必要な場合にはチェック

(様式2) 多職種情報提供シート

☒

(様式2) シートをご確認ください。

(様式3) 多職種連携一覧

☐

入力者が入力済の確認用として、または送付先の相手に確認して頂きたいシートに、ダブルクリックにてチェックをつけます。
チェックをつけると「(各シート名) シートをご確認ください。」に文章が変わり、「シート選択ボタン」の色も水色に変わります。

(様式4) 連絡事項・その他

☐

←入力済み及び確認が必要な場合にはチェック

ジェノグラム用

★ファイルを開いた際には「コンテンツを有効化 (マクロを有効)」にしてください。

「基本情報入力フォーム」ボタンをクリックするとフォーム⇒が出現します。

基本情報入力フォーム

シート選択ボタン
(クリックすると選択シートに移る)

(様式1) 多職種連携

(様式1-2) 多職種連携 (歯科医師)

(様式1-3) 多職種連携 (薬剤師)

(様式2) 多職種情報提供シート

(様式3) 多職種連携一覧

(様式4) 連絡事項・その他

基本情報入力フォーム

氏 名 安芸 いか男

性別

☒ 男 ☐ 女

ふりがな あき いかお

生年月日

☐ 明治

☐ 大正

☒ 昭和

10

年

11

月

6

日

FAX送信元

医療機関・事業所名 ○○○居宅介護事業所

担当者名 ○○○ ○○

TEL (×××)×××-××××

FAX (×××)×××-××××

E-mail △△△@ne.jp

対象者情報のみ登録

登録

閉じる

「×」をクリックするとフォームが閉じます。

内容が各シートに転記されます。
(※)

必要事項に入力します。
性別及び生年月日を入力しないと登録はできません。

「閉じる」ボタンをクリックするとフォームが閉じます。

「対象者情報のみ登録」ボタンをクリックすると、入力した情報のうち対象者情報(対象者氏名・ふりがな・性別・生年月日)のみが各シートに転記されます。
※FAX送信元を入力後、事前に保存して、毎回、FAX送信元を入力しないで使用する場合などに使います。

「登録」ボタンをクリックすると、入力した情報のすべて(対象者氏名・ふりがな・性別・生年月日・FAX送信元情報)が各シートに転記されます。
※異なる情報を入力し「登録」ボタンをクリックすると上書きされます。

記載例

「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。

「メニューに戻る」をクリックすると「メニュー」シートに移動します。

メニューに戻る

受信元

医療機関・事業所名：〇〇〇居宅介護事業所

担当者名：〇〇〇 〇〇

TEL：(×××) ××× - ××××

FAX：(×××) ××× - ×××

△△@ne.jp

医療機関・事業所名：●●●内科医院

担当者名：〇〇 〇〇 先生

TEL：(×××) ××× - ××××

FAX：(×××) ××× - ××××

mail：□□□@ne.jp

緊急性がある場合にチェック

ダブルクリックするとチェックがつきます。

＜本票送付の目的＞

☒ 至急☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談 ☒ 返信

＜返信希望＞

☒ 返信願います

受信先については、直接入力します。

送付枚数

☒ 様式1 (本紙) ☒ 様式2 ☒ 様式3 ☒ 様式4 ☐ その他 ()

様式にチェックを入れると枚数を表示します。送付枚数は 4 枚です。(本紙を含む)

下記の方を担当しています。下記事項についてご指示・ご確認をお願いします。

ふりがな	あき いかお	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治 年号チェックと年月日入力で、年齢表示します。
氏 名	安芸 いか男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 10 年 11 月 6 日 (82 歳)
		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	

＜担当者への連絡・照会事項＞

照会目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の意見	「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指	
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における意見について	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）について、医師からの医学的意見について	
	<input checked="" type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など	
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談・報告	
	<input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

＜相談内容等＞ ☐ 続きは別紙（様式4）へ

この度、担当となりました。よろしくお願い致します。
歩行機能の低下が著名なため、本人・家族が通所リハビリを希望しています。ご意見、よろしくお願い致します。

＜返信方法＞

時間は直接入力します。

☒ 当連携シートで回答します。☐ 直接会って話をします。 月 日 ～ に ☐ 来院（来所）希望☐ 電話で話をします。 月 日 ～ に電話を ☐ ください ☐ します＜連絡・照会に対するコメント＞ ☐ 特に意見はありません。 ☒ 下記のとおりです。

徐々に筋力低下が見受けられ、通所リハビリの必要性があると考えられます。

記載日：平成 30 年 6 月 12 日

☒ この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意を頂いています。

「安芸いかの会」作成

記載例

「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。

シート

メニューに戻る

受信先	
医療機関・事業所名：〇〇〇居宅介護事業所 担当者名：〇〇〇 〇〇 TEL：(×××) ××× - ×××× FAX：(×××) ××× - ×××× E-mail：△△△@ne.jp	医療機関・事業所名：〇〇〇歯科医院 担当者名：〇〇 〇〇〇先生 TEL：(×××) ××× - ×××× FAX：(×××) ××× - ×××× E-mail：□□□@ne.jp

＜本票送付の目的＞		＜返信希望＞	
<input type="checkbox"/> 至急	<input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	<input checked="" type="checkbox"/> 返信願います	

受信先については、直接入力します。

送付枚数	<input checked="" type="checkbox"/> 様式1-2 (本紙) <input checked="" type="checkbox"/> 様式2 <input checked="" type="checkbox"/> 様式3 <input checked="" type="checkbox"/> 様式4 <input type="checkbox"/> その他 ()
様式にチェックを入れると枚数を表示します。送付枚数は 4 枚です。(本紙を含む)	

下記の方を担当しています。下記事項についてご指示・ご確認をお願いします。

ふりがな	あき いかお	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治
氏 名	安芸 いか男	<input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和
		年号チェックと年月日入力で、年齢表示します。 10 年 11 月 6 日 (82 歳)	

＜歯科診療状況＞	
かかりつけ歯科医の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (医院名：△△△歯科)
過去の訪問歯科診療利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医院名：)

「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。

＜連絡・照会事項＞	
照会目的	<input type="checkbox"/> 入れ歯の状態 ⇒ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 作成 <input type="checkbox"/> 調子が悪い
	<input type="checkbox"/> 歯の状態 ⇒ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> とれた <input type="checkbox"/> ぐらぐらする
	<input type="checkbox"/> 歯ぐきの状態 ⇒ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腫れている
	<input type="checkbox"/> 口腔ケアの状態 ⇒ <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 清掃
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能の状態 ⇒ <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食嚥下機能 <input type="checkbox"/> 発音機能
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶
<input type="checkbox"/> その他 ()	
可能な姿勢	<input checked="" type="checkbox"/> 椅子に座る <input type="checkbox"/> 車椅子に座る <input type="checkbox"/> ベッド等を起こした状態 <input type="checkbox"/> 寝たままの状態
栄養摂取法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管

＜相談内容等＞	<input type="checkbox"/> かかりつけ訪問歯科医がいらないため困っています。 <input type="checkbox"/> 続きは別紙(様式4)へ
いつもお世話になっております。誤嚥性肺炎を繰り返しており、ご家族が訪問歯科での対応を希望されておられます。よろしくお願い致します。	

＜返信方法＞	
<input type="checkbox"/> 当連携シートで回答します。	
<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。 月 日 ~ に <input type="checkbox"/> 来院(来所)希望	
<input checked="" type="checkbox"/> 電話で話をします。 6 月 12 日 12:00 ~ 13:00 に電話を <input checked="" type="checkbox"/> ください <input type="checkbox"/> します	

時間は直接入力します。

＜連絡・照会に対するコメント＞	<input type="checkbox"/> 特に意見はありません。 <input checked="" type="checkbox"/> 下記のとおりです。
訪問歯科診療にて対応します。	
記載日：平成 30 年 6 月 11 日	

記載例

「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。

シート

メニューに戻る

受信先	
医療機関・事業所名：〇〇〇居宅介護事業所	医療機関・事業所名：〇〇〇〇〇薬局
担当者名：〇〇〇 〇〇	担当者名：〇〇 〇〇薬剤師
T E L : (× × ×) × × × - × × × ×	T E L : (× × ×) × × × - × × × ×
F A X : (× × ×) × × × - × × × ×	F A X : (× × ×) × × × - × × × ×
E-mail : △△△@ne.jp	E-mail : 〇〇〇@ne.jp

＜本票送付の目的＞		＜返信希望＞	
<input type="checkbox"/> 至急	<input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	<input checked="" type="checkbox"/> 返信願います	受信先については、直接入力します。

送付枚数	<input checked="" type="checkbox"/> 様式1-3 (本紙) <input checked="" type="checkbox"/> 様式2 <input checked="" type="checkbox"/> 様式3 <input checked="" type="checkbox"/> 様式4 <input type="checkbox"/> その他 () 様式にチェックを入れると枚数を表示します。送付枚数は 4 枚です。(本紙を含む)
------	---

下記の方を担当しています。下記事項についてご指示・ご確認をお願いします。

ふりがな	あき いかお	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治 年号チェックと年月日入力で、年齢表示します。
氏 名	安芸 いか男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 10 年 11 月 6 日 (82 歳)
		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	

＜連絡・照会事項＞

照会目的	<input checked="" type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ・飲み間違いがある	<input type="checkbox"/> 服薬カレンダー
	<input type="checkbox"/> 薬の量・回数を自分で調整している	
	<input type="checkbox"/> 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある	
	<input type="checkbox"/> 服薬困難・嚥下困難がある	
	<input type="checkbox"/> 薬剤による副作用が疑われる所見がある	
	<input type="checkbox"/> 処方薬について、患者（介護者）の要望がある	
	<input type="checkbox"/> 処方薬についての薬局（薬剤師）からの提案	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
栄養摂取法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管	

「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。

＜相談内容等＞ ☐ 続きは別紙（様式4）へ

お世話になります。
上記の内容で対応をよろしくお願い致します。また、奥さんの支援は可能です。

＜返信方法＞

時間は直接入力します。

<input checked="" type="checkbox"/> 当連携シートで回答します。	
<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。	月 日 ～ に <input type="checkbox"/> 来院（来所）希望
<input type="checkbox"/> 電話で話をします。	月 日 ～ に電話を <input type="checkbox"/> ください <input type="checkbox"/> します

＜連絡・照会に対するコメント＞ ☐ 特に意見はありません。 ☒ 下記のとおりです。

了解いたしました。対応致します。

記載日：平成 30 年 6 月 11 日

記載例

多職種情報提供シート

メニューに戻る


 事業所名：〇〇〇居宅介護事業所
 担当者名：〇〇〇 〇〇

 TEL：(XXX) XXX - XXXX
 FAX：(XXX) XXX - XXXX

ふりがな	あき いかお		<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治	
氏 名	安芸 いか男		<input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 大正 10 年 11 月 6 日 (82 歳)	
住 所	府中町 〇〇〇 2-2-2				
電 話	XXX-XXX-XXXX	駐車場	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
被 保 番	1234567	保険者	府中町		
負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1 割	<input type="checkbox"/> 2 割	<input type="checkbox"/> 3 割	<input type="checkbox"/> 給付制限有	
介護度		障害自立度		認知症自立度	
<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 総合事業 <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 checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb		<input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。					
緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所	電話番号	
①	●△□	長男	広島市〇〇区〇〇〇	XXX-XXX-XXXX	
②	〇〇△	長女	東京都〇〇区〇〇〇	XX-XXX-XXXX	
住 環 境	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 戸建 (階建) <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
保 険 等 情 報	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input checked="" type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ()				
手 帳	<input type="checkbox"/> 身障 (級) <input type="checkbox"/> 療育 () <input type="checkbox"/> 精神 (級)				
既往歴		医療機関・診療科	主治医	電話番号	
心不全		●●●内科医院	●●●医師	XXX-XXX-XXXX	
認知症		□□□心療内科	□□□医師	XXX-XXX-XXXX	
変形性膝関節症		△△△整形外科	△△△医師	XXX-XXX-XXXX	
介護保険等サービス利用状況					
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> 訪問入浴 () <input type="checkbox"/> 短期入所 () <input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 () <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (歩行器) <input type="checkbox"/> 訪問リハ () <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ () <input type="checkbox"/> 小規模多機能 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明					
ADL	自立	見まもり	一部介助	全介助	
要支援者は必要事項のみ記入					
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食 事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排 泄	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
コミュニケーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
療養上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 転倒歴 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難)				
夜間の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 睡眠薬使用有 () <input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他 ()				
家族との関係・介護力等	介護力： <input checked="" type="checkbox"/> 協力者がいる <input type="checkbox"/> 協力者がいない (長男は近隣に住んでおり、協力的。長女は3か月に1回広島に帰って家事支援を行っている。)				

☒ この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意を頂いています。

「安芸いかの会」作成

解説



事業所名
担当者名

「ピクトグラム」視覚記号の一つで、ここでは、障害自立度のチェックに応じて状態像のイメージピクトグラムを表示します。チェックとイメージ図は下記の通り。

(自立・J1) (J2) (A1・A2) (B1・B2) (C1・C2)



自立



杖歩行



介助歩行



車いす



寝たきり

ふりがな

氏名

住所

電話

被保番

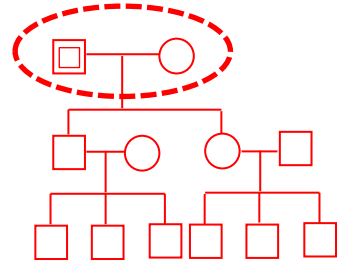
負担割合

介護度

障害自立度

認知症自立度

主…主介護者
○…要介護者
□…要支援者



☐申請中

☐区変中

☐総合事業

☐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

☐自立

☐J1

☐J2

☒A1

☐A2

☐B1

☐B2

☐C1

☐C2

☐自立

☐Ⅰ

☐Ⅱa

☐Ⅱb

☐Ⅲa

☒Ⅲb

☐Ⅳ

☐Ⅴ

緊急時
連絡先

① ●△□

② ○○△

氏名

続柄

住所

電話番号

長男

広島市○○区○○○

×××-×××-××××

長女

東京都○○区○○○

××-×××-××××

住環境

☒持家

☐戸建 (階建)

☐賃貸 (階)

☐アパート

☐有

☐無

チェックした自立度とピクトグラムのイメージが異なる場合には、空白セル部分に、「自立」「杖歩行」「介助歩行」「車いす」「寝たきり」を直接入力すると上記にあるピクトグラムが表示されます。入力後は関数が消えるので、直接入力後はピクトグラムに反映されません。

☐後期高齢

入力すると様式3の〈家族等介護者の連絡先〉に転記されます。

☐定疾患

☐生保

☐療育 ()

☐精神 (級)

医療機関・診療科

主治医

電話番号

●●●●内科医院

●●●●医師

×××-×××-××××

□□□心療内科

□□□医師

×××-×××-××××

△△△整形外科

△△△医師

×××-×××-××××

介護保険等サービス利用状況

☒訪問介護 ()

☐訪問入浴 ()

☐短期入所 ()

☐訪問看護 ()

☒通所介護 ()

☒福祉用具貸与 (歩行器)

☐訪問リハ ()

☒通所リハ ()

☐小規模多機能 ()

☐その他 ()

☐不明

ADL

自立

見ま

一部

全

要支援者は必要事項のみ記入

移動方法

☐

☒

☐

☐

☐車いす

☐杖使用

☒歩行器使用

☐装具・補装具使用

口腔清潔

☐

☒

☐

☐

義歯: ☒有 ☐無 ()

食事

☒

☐

☐

☐

食事形態 ()

入浴

☐

☐

☒

☐

☐自宅 (浴室)

☐訪問入浴

☒通所系

☐清拭のみ ()

排泄

☒

☐

☐

☐

場所: ☒トイレ

☐ポータブル

☐尿器

☒オムツ ()

コミュニケーション

☒

☐

☐

☐

☐視覚障害 ()

☒聴力障害 (難聴)

☐言語障害 ()

服薬管理

☐

☐

☒

☐

残薬: ☐無

☒有 ()

療養上の問題

☒無

☐有 ()

☐幻視・幻聴

☐興奮

☐不穏

☐妄想

☐暴力

☐難聴

☐転倒歴

☐介護への抵抗

☐昼夜逆転

☐危険行為

☐不潔行為

☐意思疎通困難

夜間の状態

☒

睡眠薬使用有 ()

☒

良眠

☐不眠

☐その他 ()

家族との関係・介護力等

介護力: ☒

協力者がいる

☐

協力者がいない

(長男は近隣に住んでおり、協力的。長女は3か月に1回広島に帰って家事支援を行っている。)

多職種連携一覧

メニューに戻る

ふりがな	あき いかお	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治
氏 名	安芸 いか男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 10 年 11 月 6 日 (82 歳)
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和

平成 30 年 6 月 時点

＜ 担当者への連絡・照会事項 ＞

「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。

	機関名	氏名	電話番号 FAX番号
かかりつけ医院	●●●内科医院	●●●	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
医療機関①	□□□心療内科	□□□	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
医療機関②	△△△整形外科	△△△	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
歯科医院	△△△歯科医院	△△△	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
薬局①	○●●●●薬局	○○ ○○	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
ケアマネジャー	○○○居宅介護支援事業所	○○○ ○○	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
訪問介護	ヘルパーステーション ☆☆☆	△△△ △△	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
通所介護	デイサービス ☆☆☆	□□□ ○○	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
通所リハビリテーション	デイケア □□□	△△△ ○○	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
福祉用具貸与	○○○福祉用具事業所	■●● △△△	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
地域関係者 (民生委員等)	民生委員	○○○ ○○	×××-×××-×××× ×××-×××-××××
項目内容については、自由に書き換えて使用します。 (様式3には事前に参考項目を記載しています。)			

＜ 家族等介護者の連絡先 ＞

様式2の緊急時連絡先に入力すると転記されます。

	氏名	本人との関係	電話番号
緊急時の連絡先①	○△□	長男	×××-×××-××××
緊急時の連絡先②	○○△	長女	×××-×××-××××

- ☒ この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意を頂いています。
- ☒ 「救急医療情報キット」に入れています。
- ☒ 「連絡ノート」に添付しています。

強制チェック項目ではなく、
確認項目として活用してく
ださい。書換可能。

記載例

連絡事項・その他

メニューに戻る

ふりがな	あき いかお	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治
氏 名	安芸 いか男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 10 年 11 月 6 日 (82 歳)
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和

ここは、文章入力でも、写真の貼り付けでも活用できます。

「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。

まず、始めに「基本情報入力フォーム」ボタンをクリックすると、フォームが出現しますので、入力して登録ボタンを押します。入力内容が各シートに転記されます。（詳細は5ページで説明）

介護多職種連携ツール（訪問看護用）メニュー

基本情報入力フォーム

←「基本情報入力フォーム」入力により下記のかっこ内の共通内容が各シートに転記されます。
（対象者氏名・ふりがな・性別・生年月日・FAX送信元情報）

シート選択ボタン
（クリックすると選択シートに移動します）

入力済みチェック欄（確認必要シート）
※口をダブルクリックするとチェックがつきます

（様式5）多職種連携

☐

←入力済み及び確認が必要な場合にはチェック

（様式6）連絡事項・その他

☒

（様式6）シートをご確認ください。

入力したい「各様式」ボタンをクリックすると、クリックした各シートに移動します。

入力者が入力済の確認用として、または送付先の相手に確認して頂きたいシートに、ダブルクリックにてチェックをつけます。
チェックをつけると「（各シート名）シートをご確認ください。」に文章が変わり、「シート選択ボタン」の色も水色に変わります。

★ファイルを開いた際には「コンテンツを有効化（マクロを有効）」にしてください。

記載例

「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。

シート

受信先

医療機関・事業所名：〇〇〇訪問介護ステーション
担当者名：〇〇 〇〇
T E L：（×××）×××-××××
F A X：（×××）×××-××××
〇〇@ne.jp

医療機関・事業所名：△△△医院
担当者名：〇〇 〇〇 先生
T E L：（×××） ××× - ××××
F A X：（×××） ××× - ××××
E-mail：〇〇〇〇@ne.jp

緊急性がある
場合にチェック

＜本票送付の目的＞

☒ 至急

☒ 報告 ☐ 連絡 ☒ 相談 ☐ 返信

＜返信希望＞

☒ 返信願います

受信先については、直接
入力します。

いつもお世話になっております。下記事項についてご指示・ご確認をお願いします。

ふりがな	あき いかお	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治 年号チェックと年月日入力で、年齢表示します。
氏 名	安芸 いか男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 10 年 11 月 6 日 （ 82 歳） <input checked="" type="checkbox"/> 昭和

＜担当者への連絡・照会事項＞

照会目的	<input type="checkbox"/> 利用者の状況について <input type="checkbox"/> 看護ケアについて <input type="checkbox"/> 医療処置について <input checked="" type="checkbox"/> リハビリについて <input type="checkbox"/> 介護状況について <input type="checkbox"/> 薬について <input type="checkbox"/> ケアプランについて <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

「医療・介護多職種の連携ツールメニュー」画面にて、「基本情報入力フォーム」へ入力、登録すると、入力内容が転記されます。

＜内容等＞ ☐ 続きは別紙（様式6）へ

お世話になっております。
現在、訪問リハビリを週3回行っておりますが、リハビリ後にP=130回/分となり、胸部不快感もある様子です。
リハビリ中の脈拍は、どの程度までの増加に留めると良いかの指示をいただきたいと思います。
よろしくお願い致します。

＜返信欄＞

休憩して元に戻るなら、ほどほどにリハビリする程度でお願いします。
P=130以上なら無理して歩かなくてもよいです。

記載日：平成 30 年 10 月 26 日

記載者：〇〇 〇〇

☒ この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意を頂いています。

☒ 添付物あり。

記載例

連絡事項・その他

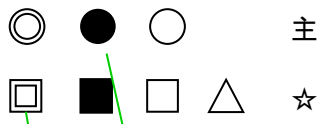
ふりがな	あき いかお	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治
氏 名	安芸 いか男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 10 年 11 月 6 日（82 歳） <input checked="" type="checkbox"/> 昭和

ここは、文章入力でも、写真の貼り付けでも活用できます。

「医療・介護多職種の連携ツールメ
ニュー」画面にて、「基本情報入力
フォーム」へ入力、登録すると、入力
内容が転記されます。

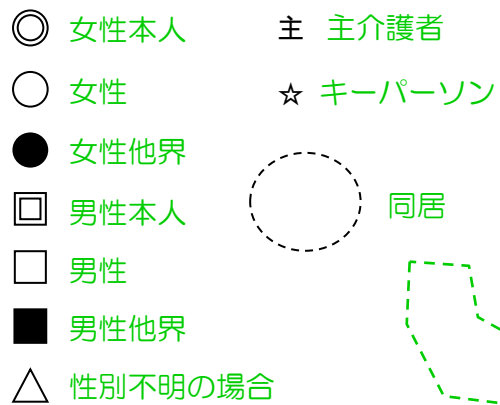
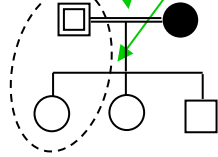
解説

ジェノグラム用パーツ



ジェノグラム作成用のパーツを並べていますので、コピーして組み合わせて活用してください。

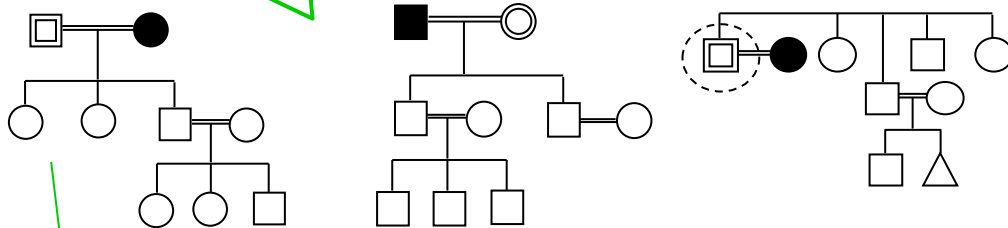
例



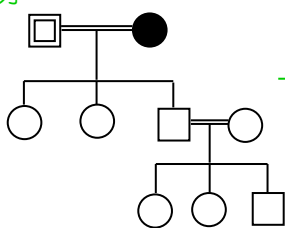
各パーツの説明

3パターン作成済みなので、そのまま活用できれば活用し、似たようなものがあれば、「グループ解除」して、必要なパーツを使用し作成する。

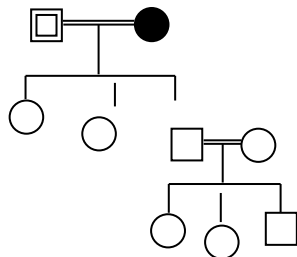
円だけで囲めない場合には、メニューバーから「挿入」⇒「フリーフォーム」⇒同居を囲む⇒点線に変更で対応。



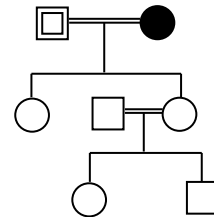
例



「グループ化」してあるので、「グループ解除」する。



「グループ解除」すると、パーツが分解できる。



分解したパーツを組み直して「グループ化」する。

V. 「安芸いかの会」ワーキングメンバー

安芸いかの会とは??

府中町域で毎年行っている、「医療と介護連携推進 ワールドカフェin府中町」の参加者から、ワーキングメンバーを募り、結成したチームです。今回は、連携ツールの作成を下記のメンバーで取り組みました。

H29年2月10日（金） 第1回ワーキングチーム開催 「安芸いかの会」結成
H29年3月23日（木） 第2回ワーキングチーム開催 連携ツール作成への取り組み
H29年4月28日（金） 第3回ワーキングチーム開催 マニュアル作成への取り組み
H30年3月23日（金） 第4回ワーキングチーム開催 新・連携ツールへの取り組み①
H30年6月21日（木） 第5回ワーキングチーム開催 新・連携ツールへの取り組み②
H30年8月30日（木） 第6回ワーキングチーム開催 ワールド・カフェ、講演会の検討

No	所 属	職 種	氏 名
1	益 田 眼 科	医師	益田 徹
2	高 上 ク リ ニ ッ ク	医師	高上 眞一
3	向 洋 駅 前 心 療 ク リ ニ ッ ク	医師	西山 聡
4	府 中 み く ま り 病 院	医師	石橋 健一
5	新 谷 歯 科 医 院	歯科医師	新谷 宏規
6	フ ァ ミ リ ア 歯 科	歯科医師	菊池 伸仁
7	そ う ご う 薬 局 向 洋 駅 前 店	薬剤師	平賀 忠久
8	柊 薬 局	薬剤師	小山田 和尚
9	上 原 薬 局	薬剤師	國政 俊行
10	こ ば と 薬 局	薬剤師	田辺 由美
11	マツダ病院（患者診療支援センター）	看護師	村上 由紀子
12	安芸地区医師会府中町訪問看護ステーション	看護師	堀川 章代
13	府中町居宅介護支援センターふれあい	主任介護支援専門員	三浦 輝美
14	ニ チ イ ケ ア セ ン タ ー 向 洋	介護支援専門員	河野 恵子
15	居宅介護支援事業所チェリーゴード	主任介護支援専門員	原田 千恵
16	居宅介護支援事業所チェリーゴード石井城	主任介護支援専門員	礪部 佳江
17	居宅介護支援事業所チェリーゴード石井城	主任介護支援専門員	谷田 真寿枝
18	居宅介護支援事業所チェリーゴード石井城	主任介護支援専門員	水田 のり子
19	地域密着型特別養護老人ホーム チェリーゴード	社会福祉士	三上 和彦
20	山 崎 病 院 居 宅 介 護 支 援 事 業 所	主任介護支援専門員	小山 豊明
21	小 規 模 多 機 能 ホ ー ム な だ の 郷 府 中	介護支援専門員	三苫 悦子
22	安芸地区医師会府中町居宅介護支援事業所	主任介護支援専門員	榎 幸恵
23	府中町社会福祉協議会（地域福祉係）	生活支援コーディネーター	檜山 亮
24	府 中 町 高 齢 介 護 課	課長補佐	伴谷 文乃
25	坂 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	主任介護支援専門員	谷川 真
26	海 田 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	主任介護支援専門員	植田 伸哉
27	海 田 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	社会福祉士	下紺 壽香
28	熊 野 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	主任介護支援専門員	三村 千恵子
29	府 中 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	主任介護支援専門員	倉本 久美
30	府 中 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	保健師	東條 愛子
31	府 中 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	保健師	川毛 志穂
32	府 中 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	社会福祉士	増田 直也
33	府 中 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	保健師	山本 佳奈

（順不同）

高齢者の相談窓口一覧

海田町地域包括支援センター

〒736-8601 海田町上市14-18

TEL：082-821-3210 FAX：082-824-0291

熊野町地域包括支援センター

〒731-4292 熊野町中溝1丁目1-1

TEL：082-820-5615 FAX：082-885-0155

坂町地域包括支援センター

〒731-4311 坂町北新地2丁目3-10

TEL：082-885-3701 FAX：082-885-3660

府中町地域包括支援センター

〒735-0023 府中町浜田本町5-25

TEL：082-285-7290 FAX：082-285-7292