

# 宇城市医療と介護の連携マニュアル

## (在宅医療・介護連携推進事業)



平成31年4月1日

作成：宇城市/宇城市地域包括支援センター

## 【目的】

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続ける事ができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供する事が重要となっています。

「入退院連携ルール」「情報提供書」を活用する事で医療機関（歯・薬含む）、介護保険事業所、ケアマネジャーとの連携を円滑にし「顔の見える関係」を構築する事を目的とします。

## 【運用事項】

- ① 宇城市内の医療機関とケアマネジャーの「入退院連携ルール」
- ② 宇城市在宅医療・介護連携「情報提供書」

**この2種類の様式は連携の為の一つのツールです。**

★連携の基本は顔を合わせて行うものですが、それを補う手段としてご活用下さい。

シートの活用その他、電話や面談など適切な手段を選んで下さい。

★シートの活用は、持参、郵送を基本とします。また、個人情報の取り扱いには細心の注意を払って下さい。

★緊急の場合は使用しないで下さい。

## 【使用方法】

### ◆①宇城市内の医療機関とケアマネジャーとの「入退院連携ルール」（様式第1号）

宇城市内の医療機関とケアマネジャーが連携をとりやすくするための基本ルールを定めたものです。ルールは「目安」と考えて頂き、個別の事情に応じた対応が必要な場合は関係者間で適宜調整して下さい。※連携ルールは本事業の研修会等での意見を集約し、適宜改訂していきます。

### ◆②宇城市在宅医療・介護連携「情報提供書」（様式第2号）

医療機関、介護保険事業所への情報提供の書式としてご利用下さい。利用は任意です。情報提供の際の適当な書式がない事業所や医療機関はご活用下さい。※次ページに記載例あり。

ケアマネジャーを中心に医療機関、介護保険事業所等で上記の2つのシートを各場面でご活用頂き、入退院、在宅生活時の医療・介護間の連携がより効果的に展開していく事を願っています。

問い合わせ先：宇城市地域包括支援センター

宇城市在宅医療・介護連携推進事務局

0964-25-2015

(様式第2号)

# 宇城市在宅医療・介護連携「情報提供書」

西暦で入力  
2019/4/1

( 介護保険サービス事業所 ⇄ 医療機関 )

宛先 性別 作成日 2019/4/1

この数字はさわらない。消すと数式も消えます。

フリガナ	ウキ タロウ	性別	男	生年月日	昭和6年7月26日	年齢	87
本人氏名	宇城 太郎						

住所	宇城市松橋町豊福1786	電話番号	0964-25-2015
----	--------------	------	--------------

キーパーソン①	氏名	宇城 一郎 (続柄: 長男)	世帯状況
住所	※フリーハンドで記載		
連絡先	090-1234-1234		

キーパーソン②	氏名	宇城 ウキ子 (続柄: 長女)
住所		

連絡先	090-2345-2345	年号イニシャル	年号イニシャル
-----	---------------	---------	---------

◆要介護度	要介護1	◆介護保険認定有効期間	H 31 年 4 月 1 日 ~ H 31 年 12 月 31 日
-------	------	-------------	-----------------------------------

経済状況/各制度利用に **介護認定**

国民年金 身体障害者手帳あり

かかりつけ医	宇城病院	主治医	松橋次郎 医師
--------	------	-----	---------

他科受診 宇城赤十字病院 松橋眼科

病歴 40歳:パーキンソン病 45歳:胃潰瘍(宇城病院) 50歳:糖尿病 65歳:白内障

◆ADL	移動	一部介助	◆生活の状況(ADL/認知) パーキンソン病にて常に振戦あり。パーキンソン病薬日に6回内服あり。自己管理可。右への傾き、突進歩行も時々出現する為に転倒には注意を払う必要あり。普段は杖歩行。昼間はトイレ、夜間の排泄は尿器使用。入浴はシャワー浴。食事は普通食
	移乗	見守り	
	食事	自立	
	排泄	見守り	
	入浴	一部介助	
	更衣	一部介助	
	整容	見守り	

◆日常生活自立度	障害高齢者	J2	認知症高齢者	自立
----------	-------	----	--------	----

◆介護サービス利用状況	〇〇事業所の通所リハを週2回利用中。
-------------	--------------------

◆連携に際しての特記事項

今回、玄関先で転倒されています。退院にあたっては住宅改修等の検討ができたと思います。

◆介護保険サービス事業所情報	
事業所名	電話番号
担当者名	FAX番号

※ 上記の通り、情報の提供を行います。不明な点等ございましたら、担当者までご連絡下さい。

