

高齢者福祉施設・介護保険事業所の皆様へ

令和7年6月

在宅医療・介護連携推進のための情報共有ツールについてお伝えします

1. 趣旨・目的

高齢者が住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送るには、関係機関の連携による一体的なサービス提供が重要です。このため、在宅医療・介護の連携を推進するしくみづくりや環境整備を目的として、情報共有の標準様式となる「医療機関と介護支援専門員等の連携シート」(様式とルール)を作成しました。このシートを使うことで関係機関の間で、顔の見える関係を構築することにより、効果的な連携が進むことを目指しています。

2. 連携シート作成の経緯

仙台市では、令和4年度より医療関係者及び介護関係者の間でワーキンググループを開催して、在宅医療・介護連携推進に向けた情報共有のあり方について検討をしてきました。市内のケアマネジャーに対してアンケート調査を行った結果、多くのケアマネジャーが在宅医療・介護連携の推進にむけて、「医療・介護関係者間で使用する情報共有ツールの作成」が必要と考えていることが分かりました。

そこで、ワーキンググループで医療・介護の双方から見て使用しやすいよう検討を重ね、医療機関と介護支援専門員等の連携シートを作成しました。本市HPにて公開しており、本人・家族等を通してのやりとりを補完し、医療機関と介護支援専門員等の間で十分な情報共有を図ることが可能となっております。

※連携シートは右記の二次元コードまたは下記URLからダウンロードが可能です。



医療機関と介護支援専門員等の連携シート			
医療機関名		事業所名	
住所	住所		
氏名	先生御机下	介護支援専門員等氏名	
電話		電話	
FAX		FAX	
E-mail		E-mail	
<small>日頃より大変お世話になっております。ご多忙のところ誠に恐れ入りますが、下記の件につきご教示頂きたく、ご都合の良い連絡方法または回答等につきまして、ご返信下さいますようお願いいたします。</small>			
<small>※この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、</small> <input type="checkbox"/> ご本人(ご家族)の同意を得ています。 同意を得た日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人(ご家族)の心身状況等から同意は得ておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。			
氏名		性別	要介護度
生年月日	年 月 日 歳	電話	
住所			
連絡内容	<input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員になったご挨拶 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の医学的意見・指示について → <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催の連絡、医学的意見について <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 type="checkbox"/> 医療系サービスをケアプランに位置付けるに当たり、主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 状況の報告 { <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 死亡 年 月 日 <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての報告・連絡・相談		
他医療機関の受診歴	病院 科:疾患名() 病院 科:疾患名()		
【報告・相談内容等】			
<input type="checkbox"/> 連絡のみとなります。 <input type="checkbox"/> 上記の件についてご回答のほどよろしくお願いたします。 年 月 日 介護支援専門員			
連絡方法	<input type="checkbox"/> 上記内容について承知しました。 <input type="checkbox"/> 直接会って話をします。(面談の日時 月 日 時頃来院願います。) <input type="checkbox"/> 電話で話をします。(連絡の日時 月 日 時頃電話してください。) <input type="checkbox"/> 文書で回答します。(下記のとおり)		
【回答内容】			
サービス担当者会議について	<input type="checkbox"/> 出席します。 <input type="checkbox"/> 出席できませんので、上記のとおり文書にて意見をお伝えします。		
上記のとおり連絡します。 年 月 日 (医師・歯科医師・薬剤師等の氏名)			
作成:「在宅医療・介護連携推進に向けた情報共有のあり方検討ワーキンググループ」(事務局:仙台市地域包括ケア推進課)			

https://www.city.sendai.jp/kaigo-suishin/iryou_kaigo_sheet.html