

「むすびあい手帳」の使い方・記入方法

～ケアマネジャー様へ～

◎ご本人，ご家族と確認しながらご記入ください。

「情報共有連絡表」や「生活経過記録」等用紙が増えてきたら必要な用紙以外
時々手帳からはずし別に保管してもらいましょう。

1, 【シート3】「個人情報に関する同意書」

- ・【シート1】の手帳の目的に同意されましたら同意書のご本人とご家族の欄に署名をして
いただいでください。ケアマネの方が代筆された場合は，代筆者欄に署名をお願いします。
また，緊急連絡先の記入もしていただいで下さい。

【シート3】 個人情報に関する同意書

私と家族は、安心して生活を続けられるように医療・介護等サービス提供者間で必要な情報を共有するために、この手帳を使用することに同意します。

平成 年 月 日

ご本人 (代筆) _____)
ご家族 (続柄) _____)
代理人 (関係) _____)

＜緊急連絡先＞

	氏名	電話番号	連絡のつく時間帯
①	(関係) _____)		<input type="checkbox"/> 午前 時～ <input type="checkbox"/> 午後 時
②	(関係) _____)		<input type="checkbox"/> 午前 時～ <input type="checkbox"/> 午後 時
③	(関係) _____)		<input type="checkbox"/> 午前 時～ <input type="checkbox"/> 午後 時

同居している方でなくても連絡がつきやすい方がいましたらお書きください。

2, 【シート4】支援体制・連絡先

- ・ご本人様のかかりつけの医療機関や利用されている介護サービス事業所等の連絡先などを記入お願い致します。
(医療機関が連絡を受けやすい時間帯及び方法が、わからない場合はご家族から医療機関へ確認していただいでください)
- ・サービス内容が変更になった場合やかかりつけ医が変更になった場合は、新しいシートに記入しいつから変更になったのか必ず変更日を記入してください。

【シート4】 支援体制・連絡先

関係機関	医療機関等	電話番号	担当者	電話
かかりつけ医	医療名: _____ 医師名: _____ 連絡を受けやすい時間帯: _____ 連絡を受けやすい方法: 電話・FAX・メール 電話: _____ FAX: _____ Eメール: _____			
専門医	医療名: _____ 医師名: _____ 連絡を受けやすい時間帯: _____ 連絡を受けやすい方法: 電話・FAX・メール 電話: _____ FAX: _____ Eメール: _____			
その他	医療名: _____ 医師名: _____ 連絡を受けやすい時間帯: _____ 連絡を受けやすい方法: 電話・FAX・メール 電話: _____ FAX: _____ Eメール: _____			
薬局	電話番号: _____			
ケアマネジャー	事業所名: _____ 担当: _____			
地域包括支援センター				
訪問看護				
訪問介護				
通所リハ				
通所介護				
ショートステイ				
施設入所				

3, 【シート5-1】 私のプロフィール1 (ご本人の基本情報)

- ・ 基本的にご本人やご家族に記入していただきますがご本人やご家族が書けない箇所がありましたら一緒に記入してください。

【シート5-1】
私のプロフィール1(ご本人の基本情報)

年 月 日記入 記入者: (関係)

ふりがな	(姓・名)
名前	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	
電話	
生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別) 名称
<<家族構成>>	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者: (人)
<<主介護者名>>	(姓、続柄)
<<身体状況>>	
特定疾患	有(病名) / 無
障害者手続	有(種・身 級) / 無
居宅()	cm) / 住居()
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 補聴器()有
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明 メガネ・コンタクトが()有 <input type="checkbox"/> 無
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (お薬 / 食物)
タバコ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本 / 日)
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類 量 / 日)
既往歴	これまでにかかったことのある病気
腫 瘍	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 結核中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
高血圧症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 結核中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
心臓病(心臓-結核系)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 結核中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
脳血管障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 結核中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
脳卒中(脳神経-脳出血)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 結核中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
脳卒中(脳神経-脳出血)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 結核中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 結核中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
胆石症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 結核中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
尿管狭窄	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 結核中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明
(経路-泌尿器系)	<input type="checkbox"/> 無・過去に結核にかかったことが(口有口無) <input type="checkbox"/> 不明
腎 臓 病	<input type="checkbox"/> 無・過去に結核にかかったことが(口有口無) <input type="checkbox"/> 不明
その他(病名、治療の有無など)	

4, 【シート6】 情報共有連絡表

- ・ 医療関係者、介護関係者、すべての皆さんに【シート6】は毎回確認してもらいます。
- ・ かかりつけ医の医師にも見てもらえるようにお願いしてあります。ご家族やケアマネから質問や報告したいことがあれば、あらかじめ記入し受診の際に確認していただきます。
- ・ 年月日と宛先の欄に誰に聞きたいことなのか忘れずに名前をお書きください。
- ・ 内容を記入したら、最後にサインの欄に記入した方の署名をして下さい。

【シート6】 情報共有連絡表

年月日・宛名	内 容	サイン
20. 年. 月. 日	貴施設、夜中に報告して出かける準備を したりに緊急食までないし書いておくと楽に済みます。 その為か緊張になるのを避けてお見送りする事で させていただきます。 業	
20. 年. 月. 日	自身の生活リズムを調整し、展覧の活動 再開、障... 長期が沈むお見送りまでお見送りを 行う希望、お見送りも関係が よすでお見送りの関係もありません。 N限	

5, 【シート7】 皆で知恵を出しあいたい生活や支援の工夫

- ・ 介護の仕方でも相談したいことやうまくいった対応などを記入し、ご家族や関係機関の間で情報交換をすることで介護の悩みを解決しいろいろな工夫が見つかります。
- ・ 相談したいことを記入しましたら介護サービス利用時、事業所(デイサービスやショートステイなど)から返事の記入がありますのでご確認ください。
- ・ 相談したいことが解決した場合、「解決サイン」の欄に解決した日付の記入をお願いします。

【シート7】
皆で知恵を出しあいたい生活や支援の工夫

ご本人がより快適に穏やかに暮らしているように、「うまくいった対応」「相談したいこと」などを関係者で知恵を出しあきましょう。

年月日	内 容	サイン	解決 年月日

5, 【シート8】 かかりつけ医・専門医療機関の経過記録

- ・かかりつけの医療機関へ受診された際、医師より必要時記入していただきます。受診されましたらご確認いただき、状況を把握し必要があれば医療機関と連絡を取り合います。

【シート8】

かかりつけ医・専門医療機関の経過記録

発症時期:平成 年 月 日			
年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
診断			
鳥居川式スケール	/30点	/30点	/30点
MMSE	/30点	/30点	/30点
頭部CT・MRI	CT・MRI (所見)	CT・MRI (所見)	CT・MRI (所見)
その他検査所見 (SPECT, シンチ等)			
血液検査・胸部X線・心電図 等			
治療内容 等			
記載者			

6, 【シート9】 歯科治療・口腔ケアの経過記録

- ・歯科受診した際に歯科医師より記入していただきますので受診されたら確認し、ご本人やご家族、サービス事業者の口腔ケアの参考にしてもらいましょう。

【シート9】

歯科治療・口腔ケアの経過記録

年月日	年月日	年月日
受診形態	通院・往診・訪問	通院・往診・訪問
病名		
主訴		
①口腔清掃状態	良い・普通・悪い	良い・普通・悪い
②入れ歯使用状況	有・無	有・無
③むし歯	良い・不適合・不使用	良い・不適合・不使用
④歯周病	有・無	有・無
歯肉の腫れ、出血等	有・無	有・無
著しい動揺歯	有・無	有・無
歯石	有・無	有・無
⑤口臭	有・多少ある・無	有・多少ある・無
⑥舌苔	有・多少ある・無	有・多少ある・無
⑦乾燥	有・無	有・無
⑧むせ	有・無	有・無
⑨開口障害	有・無	有・無
⑩発音障害	有・無	有・無
⑪その他		
処置及び指導	むし歯・入れ歯・外科処置・歯周処置 指導()	むし歯・入れ歯・外科処置・歯周処置 指導()
口腔ケア	歯ブラシ・歯間ブラシ・舌ブラシ・スポンジブラシ・その他()	歯ブラシ・歯間ブラシ・舌ブラシ・スポンジブラシ・その他()
①口腔清掃 使用清掃用具		
②入れ歯清掃	有・無	有・無
③唾液・嚥下機能訓練	有・無	有・無
④食事指導	有・無	有・無
⑤マッサージ	有・無	有・無
⑥その他		
記載者		

7, 【シート10】 日常生活の様子

- ・要介護認定結果や日頃の様子（歩行状態や食事など）についてわかる範囲で記入します。
- ・ご家族と一緒に記入をお願いいたします。

6ヶ月毎に記入することでご本人の変化の様子がわかります。
介護認定更新や変更申請の場合は、記入をお願いします。

【シート10】
日常生活の様子 (家族・介護サービス事業者用)

※ 6ヶ月を目安に記載

確認する項目	選択項目
要介護認定結果	自立 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 (その際介護保険費を減額して記入)
生活の月間の概化傾向	1. なし 2. あり 3. 不明
短期記憶	1. 問題なし 2. 問題あり
認知機能	1. 自立 2. いくらか困難 3. 見守りが必要 4. 判断できない
意思の伝達	1. 伝えられる 2. いくらか困難 3. 具体的な要求に限られる 4. 伝えられない
見当識障がい	1. なし 2. あり(具体的な状況を記載)
移動 (歩行補助具など)	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 介助 5. その他 1. 手引棒 2. 杖 3. 歩行器 4. シルバーカー 5. 車いす
外出	1. 自立 2. いくらか困難 3. 困難
金銭管理	1. 自立 2. いくらか困難 3. 困難
薬の内服	1. 自立 2. いくらか困難 3. 困難
食事介助の必要性	1. 自立 2. 一部介助 3. 介助
食あたりの食事量	1. 減少傾向 2. 変化なし 3. 食べ過ぎ傾向
水分摂取量	1. 減少傾向 2. 変化なし 3. とり過ぎ傾向
排泄介助の必要性	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 介助
排泄	1. なし 2. たまにあり 3. あり
寝失禁	1. なし 2. たまにあり 3. あり
認知症(前向き)	1. なし 2. 夜間のみ使用 3. 常時使用
入浴介助の必要性	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 介助
入浴形態	1. なし 2. たまにあり 3. あり
着脱介助の必要性	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 介助
その他の症状の確認	1. 幻視・幻聴 2. 妄想 3. 昼夜逆転 4. 暴言 5. 暴行 6. 介護への抵抗 7. 鬱病 8. 火の不始末 9. 不潔行為 10. その他()
備考(気が付いたこと)	

記載者
関係

【シート10】
日常生活の様子 (家族・介護サービス事業者用)

左の選択項目ではまるを塗り込んで下のチェック欄に○印

年月	年月	年月	年月	年月	年月
自立・要支援()	自立・要支援()	自立・要支援()	自立・要支援()	自立・要支援()	自立・要支援()
要介護()	要介護()	要介護()	要介護()	要介護()	要介護()
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
(1 2)	(1 2)	(1 2)	(1 2)	(1 2)	(1 2)
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6 7 8 9	6 7 8 9	6 7 8 9	6 7 8 9	6 7 8 9	6 7 8 9
()	()	()	()	()	()

・左の質問項目を読み該当する数字に丸を付けてください。

・6ヶ月を目安に記入しご本人の生活状態を確認します。

記載者と関係を必ず記入する。

8, 【シート11】 生活経過記録・【シート11-2】 生活経過記録(2)

- ・介護サービスを利用された際の記録になります。
- ・毎月のケアプラン作成の際、参考にしてください。

【シート11-2】

生活経過記録(2)

ご本人・ご家族記入欄(平成 年 月 日)

関係機関記入欄(平成 年 月 日)(記載者:)

ご本人・ご家族記入欄(平成 年 月 日)

関係機関記入欄(平成 年 月 日)(記載者:)

ご本人・ご家族記入欄(平成 年 月 日)

関係機関記入欄(平成 年 月 日)(記載者:)

【シート11】

平成 年 生活経過記録

月日	体温	血圧	脈拍	食事摂取量	便	入浴	体重	サイン
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				
／()		/		主食()副食()				

◎サービス担当者会議などを活用して、情報共有の必要性を共有し手帳の活用を進めましょう