泉佐野泉南医師会圏域
医療介護連携マニュアル
（第３版）

令和８年６月改定

泉佐野泉南医師会圏域
「泉州南圏域医療・介護連携推進会議」

目　　次

医療介護連携マニュアルについて・・・・・・・・・・・・・・・・・P2

Ⅰ　　入退院時の連携についてのマニュアル・・・・・・・・・・・・・・P4

Ⅱ　　在宅における医療と介護の連携についてのマニュアル・・・・・・P6

Ⅲ　　薬局連携についてのマニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・・P9

Ⅳ　　様式集・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　P11

「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）・・・・・・・・・　P12

「都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け
診療情報提供書（別紙様式１２の４）」（様式２・在宅）・・・・　P13

「医師・介護支援専門員への報告書」（様式３・薬局）・・・・・・　P14

「口腔情報提供書」（様式４・歯科１）・・・・・・・・・・・・・・　P15

「口腔・服薬アセスメント表」（様式５・歯科２）・・・・・・・・・　P16

「長谷川式簡易知能評価スケール（改訂版）」（様式６・長谷川式）　P17

【医療介護連携マニュアルについて】

1. はじめに

【泉州南圏域における医療と介護の現状】

高齢者人口の増加や在院日数の短縮化などにより、今後在宅で療養する高齢者の数は増加していくことが予測されます。そのような状況の中、高齢者が在宅での療養生活を安定的に継続するためには、介護支援サービスに加え、在宅での医療ケアを切れ目なく、一体的に提供していくことが重要です。

しかし、在宅で療養する高齢者を支援する多くの居宅介護支援事業所等と医療機関との間で、「連携先の情報不足」を解決することが重要であるという認識が浮き彫りとなっており、医療と介護の連携は、必ずしも十分に図れているとは言えないのが現状です。

【医療と介護の連携に向けて】

泉州南圏域では、平成25年4月、「医療と介護等多職種連携会議」を設置し、その後、令和3年7月には「泉州南圏域医療・介護連携推進会議」を設置し、医療と介護の関係機関がお互いに必要な情報を円滑に共有できる仕組みづくりについての検討を進めています。

平成26年3月、「医療と介護等多職種連携会議」において、今後の圏域内の連携の強化の一助となるよう医療介護連携マニュアルの第1版を作成しました。

その後、診療報酬改定や介護報酬改定に伴う変更などを加え、今般整理したものが第3版となります。

医療と介護の関係機関の皆様にとって、本マニュアルが連携構築の一助になることを期待します。ぜひとも積極的にご活用ください。

2. 情報連携シートの目的・今後の予定

情報連携シートは、在宅療養高齢者等の支援に必要な情報のやり取りを、医療と介護の関係者間で効果的かつ円滑に行うためのツールとして作成したものです。今後、多職種連携会議のなかで協議を進め、連携の事例の増補（マニュアルの改訂）を予定しています（例：ケアマネジャーと歯科医師、歯科衛生士、看護師との連携について等）。

3. 情報連携シートの用途

医療と介護の関係者間の意見交換、情報提供、情報共有強化の手段として幅広くご活用ください。

主な用途としては、本人や家族とのやり取りのみでは、十分な情報の把握・共有ができない場合、その情報を補完するために必要な他の関係機関との情報のやり取りに使用します。

例えば、「必要な情報を提供して欲しい」「情報を共有しておきたい」「専門的な意見を聞きたい」などのやり取りが想定されます。

その他、入退院時における情報のやり取りやちょっとした意見交換・挨拶など、コミュニケーションのツールとしてフレキシブルに活用していただいて構いません。

本マニュアルに掲載されている様式及びフローについては、あくまでも圏域での現状を鑑み、共有の促進を図るための参考事例となります。既に、独自の様式を用いて情報のやり取りを行っている場合は、そのシートの活用やフローを妨げるものではありません。

※本マニュアルにつきまして、泉佐野泉南医師会圏域における多職種連携がより円滑に進むよう、「泉州南圏域医療・介護連携推進会議」のなかで検討し発行しています。
本マニュアルが、地域の多職種連携の一助となるよう、地域の多職種の皆様のご意見を参考にして、より良いマニュアルにしていきたいと考えています。
本マニュアルのお気づきの点やご意見などがありましたら、泉佐野市役所・泉南市役所・阪南市役所・熊取町役場・田尻町役場・岬町役場のそれぞれの在宅医療介護連携事業担当までお願いいたします。

Ⅰ　【入退院時の連携についてのマニュアル】

1．入退院の連携について

（1）**利用者が入院の運びとなった場合、**介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）は、各病院の相談窓口へ電話をかけてください。その後、必要に応じて利用者の心身の状況、生活情報、介護サービス利用状況等を利用者の同意を得た上で、「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）を病院・診療所等関係者に提供します。

（2）**退院の方向性が決まった、**ケアマネジャーとの個人情報の共有について利用者と家族の同意があるときのみ、病院はケアマネジャー等の出席を求めて**※「退院支援カンファレンス」**を行います。ここでは、利用者、家族と院内の多職種が協働して、利用者の退院後の生活の見込み等について協議されます。
利用者が在宅生活となる場合、ケアマネジャーは必ず出席して意見等を述べるとともに、医療系サービスの提供の要否等を主治医から確認する機会として下さい。

（3）**退院日の決定時、**病院はケアマネジャーの出席を求めて**※「退院時カンファレンス」**を行います。
ここでは、退院後の具体的な介護サービスの内容の確認や療養生活上の指導事項が協議されます。
「看護サマリー」を病院で作成し、ケアマネジャーにお渡しします。
利用者が在宅生活となる場合、ケアマネジャーは必ず出席して意見等を述べるとともに、退院後のケアプランの作成に資する情報を確認して下さい。

（4）上記の連携は、短期間入院などの理由にてカンファレンスが開催できない場合、また患者の状態により、※「退院支援カンファレンス」をとばし、※「退院時カンファレンス」のみ開催する場合もあります。

（5）医師や看護師等に質問や確認を行う場合には必ず各病院の相談窓口にご連絡下さい。
病棟直接の対応はできません。

2. 退院時にケアマネジャーが医療情報を聞き取る様式「看護サマリー」について

各医療機関作成の「看護サマリー」をお渡しします。

3. 様式の統一性について

現状においても、居宅介護支援事業所がそれぞれオリジナルの様式を使用している場合もありますが、情報共有を迅速に行うため、可能な限り「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）を活用してください。ただし、必要な情報の把握・共有のためのものですので、すでに独自の様式や別の方法で情報のやり取りを行っている場合は、その活用を妨げるものではありません。

4. 検査、診察等の依頼について

⑴ かかりつけ医、病院等から各病院の相談窓口に連絡をしていただき、検査、診察等の予約を行います。

⑵ 予約完了後、予約依頼書を依頼元にＦＡＸにて送信します。

⑶ 急な検査や診察依頼も同様、各病院の相談窓口に連絡いただければ調整を行います。

5. 退院等における医師面談依頼について

医師、看護師との面談希望の場合、各病院の相談窓口に連絡してください。速やかに日程調整を図ります。

6. 退院等における患者面談について

各病院の相談窓口に連絡して下さい。病棟確認を行い、返答します。

7. ショート扱いの入院または入所依頼について

医療依存度等総合的に判断し、施設や入院先を選定します。

Ⅱ　【在宅における医療と介護の連携についてのマニュアル】

１．ケアマネジャーが、かかりつけ医・歯科医師と連携するタイミング

ケアマネジャーは以下の５点のタイミングで、かかりつけ医・歯科医師と連携してください。

（１）担当ケアマネジャーとなったことのあいさつ

かかりつけ医は、意見書を作成した利用者について、誰が担当のケアマネジャーであるか知る方法がありませんので、連携の第一歩として、自分が担当ケアマネジャーとなったことをかかりつけ医に伝えてください。

（２）介護認定申請についての連絡

要介護・支援認定の更新申請や区分変更申請を申請代行した時に、ケアマネジャーはかかりつけ医に連絡をして下さい。これにより、かかりつけ医は意見書を作成する準備をすることができます。

意見書の作成にあたって留意してほしい点などがあれば、併せて伝えてください。

（３）ケアプランを作成するにあたっての相談

医療情報を踏まえた適切なケアプランを作成するため、ケアマネジャーは以下のような状況の際にはかかりつけ医・歯科医師に意見を照会してください。

①医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・短期入所療養介護）の利用について

②軽度者（要支援１・２、要介護１）に対する福祉用具貸与の例外給付について

③在宅生活での療養上の留意すべき事項について

必要な場合は、サービス担当者会議への出席を、かかりつけ医・歯科医師に依頼して下さい。

（４）作成したケアプランの情報提供

ケアマネジャーは、作成したケアプランについて情報提供して下さい。

なお、情報提供には、原則

要介護認定者・・・居宅サービス計画書（１）・居宅サービス計画書（２）、
週間サービス計画表

要支援認定者・・・介護予防サービス・支援計画表

事業対象者・・・・介護予防サービス・支援計画表

を使用し、それ以外については、必要に応じて個別に対応して下さい。

（５）利用者の状態変化などに応じた対応

医療的ケアの有無に関わらず、利用者の状態変化や認知症状の進行など、病状の変化に応じた適切な対応をするため、ケアマネジャーはかかりつけ医・歯科医師に情報提供して下さい。

２．かかりつけ医・歯科医師とケアマネジャーの連携ツール

１で挙げた５点のタイミングでかかりつけ医・歯科医師と連携する際、「医療・介護情報連携シート」（様式１・共通）を活用してください。

３．「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）の取り扱い手順について

（１）意見照会にあたっては、「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）の使用について、利用者（家族）に説明し、必ず了承を得ておいて下さい。

この「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）については、個人情報の取り扱いに注意して、かかりつけ医・歯科医師に提供してください。

（２）かかりつけ医・歯科医師は、「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）に回答を記載し、ケアマネジャーに渡してください。

かかりつけ医より詳しい情報提供が必要な場合には、「都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医科診療報酬点数表別添様式１２の４）」（様式２・在宅）により、回答してください。全ての項目に記入すれば、診療情報提供料の算定が可能です。ただし患者負担が発生しますので、事前に患者などの同意が必要となります。

（３）かかりつけ医・歯科医師からの返信内容を踏まえ、ケアマネジャーはかかりつけ医歯科医師を訪問または電話をして、指導や助言を受けて下さい。

４．認知症早期発見・早期受診への取り組み

（１）　ケアマネジャーは、担当している利用者が認知症と疑われる場合は、まず、かかりつけ医に「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）を用いて情報提供して下さい。

（２）　かかりつけ医は、「長谷川式簡易知能評価スケール（改訂版）」（様式６・長谷川

式）もしくはその他の診断方法を用いて簡易検査を行って下さい。長谷川式の場合は２０点以下であれば認知症の可能性が高く、簡易検査により認知症と疑われる場合には、専門医による確定診断につなげるため紹介するようにして下さい。

（３）　かかりつけ医は、確定診断をふまえケアマネジャーに必要な情報提供や指示を行って下さい。

５．このマニュアルの適用範囲について

このマニュアルは、泉佐野泉南医師会圏域の市町（泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町）にお住まい（住民票の有無に関わらず）の要介護・要支援認定を受けられた方及び事業対象者で、居宅介護支援・介護予防支援利用者に対して適用することとします。

このマニュアルは、圏域での現状を鑑み、共有の促進を図るための参考事例として作成したものです。現在、独自の様式を用いて情報のやり取りを行っている場合には、そのシートの活用やフローを妨げるものではありません。

Ⅲ　【薬局との連携についてのマニュアル】

１．ケアマネジャーが薬局（薬剤師）と連携が必要なケース

（１） 複数の疾患を併有し、複数の医療機関を頻回受診する利用者
・多剤併用が多くなるため、重複投薬、薬物間相互作用のリスクが問題となる。

（２） 視覚や聴覚機能の低下、嚥下障害などにより、服薬の自己管理や服薬自体に支援が必要な利用者
・錠剤・カプセル、または粉薬が飲めない。

（３） 認知機能の低下や精神疾患等により、服薬の自己管理ができない利用者
・何の薬か理解できない、薬自体の管理ができない、飲み忘れによる残薬。

（４） 自己流の服薬調整により、必要な薬を飲まない利用者
・何の薬か理解していない、特に体調が悪くないから飲まない等。

（５）利用者の状態変化などに応じた対応が必要となる場合
・医療的サービスの割合が高いターミナルケアや困難事例等。

２．薬局（薬剤師）とケアマネジャーの連携ツール

１で挙げた５点で薬局と連携する際、「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）を活用してください。

３．取り扱い手順について

（１）意見照会にあたっては、「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）の使用について、利用者（家族）に説明し、必ず了承を得ておいてください。
　このシートについては、個人情報の取扱いに注意して、薬局（薬剤師）に提供してください。

（２）薬局（薬剤師）からの返答を踏まえ、ケアマネジャーは薬局（薬剤師）を訪問また

は電話をして指導や助言を受けてください。

（３）必要に応じて薬局（薬剤師）は、「医師・介護支援専門員への報告書」（様式３・薬局）を使用してください。

４．今後の課題

（１）訪問指導を行っている薬局と行っていない薬局との連携について
マニュアルに沿って連携を進める中で、課題等が出てきた段階で順次解決を図っていきます。

（２）お薬手帳の活用について
「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）、「医師・介護支援専門員への報告書」（様式３・薬局）を使用しながら、必要に応じて活用して下さい。お薬手帳については、裏表紙の内側にケアマネジャーの連絡先を記入等しておくと便利です。

Ⅳ　様式集

「医療・介護　情報連携シート」（様式１・共通）・・・・・・・・・・・ P12

「都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け
診療情報提供書（別紙様式１２の４）」（様式２・在宅）・・・・・・・ P13

「医師・介護支援専門員への報告書」（様式３・薬局）・・・・・・・・ P14

「口腔情報提供書」（様式４・歯科１）・・・・・・・・・・・・・・・・ P15

「口腔・服薬アセスメント表」（様式５・歯科２）・・・・・・・・・・ P16

「長谷川式簡易知能評価スケール（改訂版）」（様式６・長谷川式）・・・ P17

医療・介護　情報連携シート

作成日：R　.　.

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	大正 昭和	年　月　日　歳
利用者住所 連絡先	〒　－ TEL　－　－		家族構成（同一世帯は○で囲む・キーパーソンは☆をつける）			
緊急連絡先	様　続柄 TEL					
介護度		期間		負担割合	割負担	
かかりつけ医等	医師名：　Dr　TEL：072 －　－ 医療機関名：					

	病名/障害名	（発症年月日）	病名/障害名	（発症年月日）
意見書傷病名 ほか病名/障害名				

認知症高齢者自立度		障害/日常生活自立度		認知症の症状	徘徊・記憶障がい・失見当識・実行機能障がい・（他　）

視力	普通　弱視　全盲　[　]	食事摂取	自立　一部介助　全介助
聴力	普通　難聴　[　]	移動（屋内）	自立　一部介助　全介助
意思疎通	普通　やや困難　困難　[　]	移動（屋外）	自立　一部介助　全介助
麻痺	無　有　[　]	排泄	自立　一部介助　全介助
座位保持	自立　支えが必要　出来ない　[　]	更衣	自立　一部介助　全介助
立位保持	自立　つまかれば可　出来ない　[　]	入浴	自立　一部介助　全介助

普段の生活	利用サービス

退院後又は療養先　もしくは　利用者の生活に対する希望・思い等　　退院サマリ等の希望（有・無）

☐ 自宅　☐ 施設（　）　☐ 未定　☐ 医療機関（　）

フリースペース					
介護支援専門員		事業所名		TEL	

＊平時の連携を目的とした報告の有無【　有　・　無　】【報告日：　年　月　日】

服薬状況	☐ なし	☐ 処方通り	☐ 時々飲み忘れ	☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない	☐ 服薬拒否	
	特記					
口腔トラブル	☐ 歯の状態（　）	☐ 口腔清潔	☐ 問題あり	☐ 問題なし	☐ その他（口臭等　）	
	特記					
スキントラブル	☐ あり	☐ なし	特記			
リハビリ必要性	☐ あり	☐ なし	特記			

（別紙様式１２の４）

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け　診療情報提供書

情報提供先事業所　　年　月　日

担当　　殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

患者氏名		性別	男　・　女
		職業	
電話番号		生年月日	年　月　日生（　　）歳
患者住所			
情報提供の目的			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの 発症日：　年　月　日 発症日：　年　月　日		
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日：　年　月　日 退院日：　年　月　日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意等			

障害高齢者の生活自立度

□自立　□Ｊ１　□Ｊ２　□Ａ１　□Ａ２　□Ｂ１　□Ｂ２　□Ｃ１　□Ｃ２

認知症高齢者の日常生活自立度

□自立　□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅱａ　□Ⅱｂ　□Ⅲ　□Ⅲａ　□Ⅲｂ　□Ⅳ　□Ｍ

【様式３（薬局）】

医師・介護支援専門員への報告書

訪問薬剤管理指導・報告書

所属名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

氏　名		男･女	年　月　日（　　歳）
訪問回数	2 週間毎・1 週間毎・1 ヶ月毎・その他（　　） 月・火・水・木・金・土・日曜日　訪問		
服薬管理	本人・家族・ヘルパー・その他（　　）		
管理方法	お薬ｶﾚﾝﾀﾞｰ・配薬ﾎﾞｯｸｽ・薬袋・その他（　　）		
調剤形態	完全分包：別包あり・なし　　散剤：ヒート・分包・粉砕		
併用薬			
特記事項			

上記のとおり、訪問薬剤管理指導の実施について報告します。

年　　月　　日　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿薬局

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

口腔情報提供書

記入日　　年　　月　　日

利用者	（ふりがな）	男 女	住所
	昭・大　　年　　月　　日生（　　歳）		TEL

初診日　　年　　月　　日

歯科医師・歯科衛生士による居宅療養管理指導・訪問歯科診療の受給状況

1）歯科医師による居宅療養管理指導の利用

□利用なし　　□現在利用中（頻度　　回／月）

2）歯科衛生士による居宅療養管理指導の利用

□利用なし　　□現在利用中（頻度　　回／月）

3）訪問歯科診療の利用

□過去に利用　　□現在利用中（頻度　　回／月）

	有・無／種類	経過等コメント
口腔内状態		
清掃の状況	□良好　□普通　□不良	
口腔乾燥	□なし　□軽度　□中度　□重度	
むし歯	□なし　□あり（緊急性　□あり　□なし）	
歯周疾患	□なし　□軽度　□中度　□重度	
口腔軟組織疾患	□なし　□あり（緊急性　□あり　□なし）	
義歯の使用状況	□なし　□あり	
噛み合わせの安定	□良好　□普通　□不良	
口腔機能の状態		
咀嚼機能	□良好　□普通　□不良	
摂食・嚥下機能	□良好　□普通　□不良	
発音機能	□良好　□普通　□不良	
管理計画		
治療	□むし歯　□歯周病　□その他（　　）	
口腔衛生	緊急性（□あり□なし）　継続性（□あり□なし）	
口腔機能	緊急性（□あり□なし）　継続性（□あり□なし）	
改善目標		
□口腔衛生の改善　□誤嚥性肺炎の予防　□咀嚼機能の改善 □発音機能の改善　□摂食・嚥下機能の改善		

利用者の日常生活上の留意事項

介護支援専門員　　様

指定居宅療養管理指導事業所名 所在地・電話番号 主治医名	TEL

【様式5（歯科2）】

口腔・服薬アセスメント表

作成日	年　　月　　日		
氏名		生年月日	
住所		連絡先	
病院名		主治医	
内服薬			

抗血小板薬の服用	有　　無
アレルギー	有（　　）　無
薬の分包の必要性	有　　無
薬の間違いや飲み忘れ	有　　無
服薬を見守る人	いない　　いる

障害の有無	言語　　聴力　　視力
運動麻痺	上肢（　右　・　左　）　　下肢（　右　・　左　）
水分摂取	飲めない　　吸い飲み　　コップ飲み
噛み合わせ	奥歯で噛めない　　片方の奥歯　　両方の奥歯
義歯使用	有　　無
義歯の痛み	有　　無
義歯作製	必要　　不要
義歯着脱	できない　　要介助　　できる
義歯清掃	できない　　要介助　　できる
自分でブラッシング	できない　　できる
開口状態	2指以下　　2指以上　　3指以上
流涎	有　　無
頬ふくらまし	不十分　　やや不十分　　左右十分
ぶくぶくうがい	できない　　できる
口唇閉鎖	できない　　できる
口臭	有　　無
食事	全介助　　部分介助　　自立
食事への意欲	無　　あまり無　　有
食形態	ミキサー食　　全粥きざみ　　きざみ　　普通食
嚥下	できない　　困難だができる　　できる
食事中・食後のむせ	多い　　ときどき　　無
その他	
アセスメント結果	・歯科受診
	・歯科へ訪問依頼
	・薬剤師へ訪問依頼
	・その他（　　）

泉州南圏域医療・介護連携推進会議　様式5（歯科２）

長谷川式簡易知能評価スケール(改訂版)　【様式６(長谷川式)】

正しい使い方：心理学・医学・臨床心理士の先生方によって、またはそのご指導でお使いください。

1　お歳はいくつですか？

※　2年までの誤差は正解　　不正解　0点　　正解　1点

2　今日は何年の何月何日ですか？　何曜日ですか？

※　年・月・日・曜日　各1点ずつ

年　不正解　0点　　正解　1点
月　不正解　0点　　正解　1点
日　不正解　0点　　正解　1点
曜日　不正解　0点　　正解　1点

3　私たちが今いるところはどこですか？（正答がないときは5秒後にヒントを与える）

※　自発的に答えられた　　2点
※　5秒おいて「家ですか?病院ですか?施設ですか?」の中から
　　正しい選択ができた　　1点
※　不正解　　0点

4　これから言う3つの言葉を言ってみてください。

あとの設問でまた聞きますのでよく覚えておいてください。

以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をしておく。
系列1　　a）桜　　b）猫　　c）電車
系列2　　a）梅　　b）犬　　c）自動車

※　言葉ごとに各1点ずつ

3つ正解　3点
2つ正解　2点
1つ正解　1点
不正解　0点

正答できなかったとき、正しい答えを覚えさせる。
（3回以上言っても覚えられない言葉は横線で消す）

5　１００から7を順番に引いてください。（aに正解のときのみbも行う）

a）１００－7は?
b）それから7を引くと?

※　a、b各1点ずつ
不正解　0点　　正解（９３）1点
不正解　0点　　正解（８６）1点

6　これから言う数字を逆から言ってください。（aに正解のときのみbも行う）

a）　6－8－2
b）　3－5－2－9

※　a、b各1点ずつ
不正解　0点　　正解（2－8－6）1点
不正解　0点　正解（9－2－5－3）1点

7　先ほど覚えてもらった言葉（問4の3つの言葉）をもう一度言ってみてください。

正答がでなかった言葉にはヒントを与える。

※ 自発的に答えられた　2点
　ヒント　a）植物　b）動物　c）乗り物　を与えたら正解できた　1点
　不正解　0点

8　これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。

1つずつ名前を言いながら並べ覚えさせる。次に隠す。
時計、くし、はさみ、タバコ、ペンなど必ず相互に無関係なものを使う。

※ 1つ正答するごとに1点

5つ正解　5点
4つ正解　4点
3つ正解　3点
2つ正解　2点
1つ正解　1点
全問不正解　0点

9　知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。

答えた野菜の名前を記入する。
途中で詰まり、約10秒待ってもでない場合にはそこで打ち切る。

※ 正答数ごとに右記点数

正答数10個以上　5点
正答数9個　4点
正答数8個　3点
正答数7個　2点
正答数6個　1点
正答数0～5個　0点

合計得点　　点

質問内容の解説
1：年齢　2：日時の見当識　3：場所の見当識　4：言葉の即時記銘　5：計算　6：数字の逆唱
7：言葉の遅延再生　8：物品記銘　9：言葉の流暢性

＜注1＞　30点満点で、20点以下のとき、認知症の可能性が高いと判断される。
＜注2＞　認知症の重症度別の平均点
　非認知症：24．3点／軽度認知症：19．1点／中等度認知症15．4点／
　やや高度認知症：10．7点／高度認知症：4．0点

泉州南圏域医療・介護連携推進会議　様式6（長谷川式）

泉佐野泉南医師会圏域医療介護連携マニュアル

編集・発行

泉佐野泉南医師会圏域

「泉州南圏域医療・介護連携推進会議」

第３版　令和８年６月