

【宛先】

西部地域医療連携ネットワーク2008. 8版

□病院 □医院 様

在宅ケア情報票

平成 年 月 日現在

ふりがな 氏名	様(男・女)		明・大 昭・平	年 月 日	歳
住所				電話	- -
診療状況	<input type="checkbox"/> 通院(定期・不定期・依頼時のみ) <input type="checkbox"/> 往診(定期・不定期・依頼時のみ)		医療機関名 主治医名		
服薬内容					
介護保険	要介護度:		有効期間:		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(軽度・中度・重度)(I・II・III・IV・M)				
	周辺症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
日常生活	項目	自立度		介助方法等	
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助		<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行	
	起居	自立・見守り・一部介助・全介助		<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他	
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助		<input type="checkbox"/> 経口(箸、スプーン) <input type="checkbox"/> 経管 食事量()	
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助		昼間(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ) 夜間(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ)	
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助		<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭	
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助			
	服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助			
	具体的な特記事項				
サービスの利用状況	サービス項目		利用回数	事業所名	
	通所	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	(回 / 週)		
		<input type="checkbox"/> 通所介護	(回 / 週)		
		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	(回 / 週)		
	訪問	<input type="checkbox"/> 訪問介護	(回 / 週)		
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	(回 / 週)		
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	(回 / 週)		
	その他	<input type="checkbox"/> ショートステイ(短期入所生活介護)	(回 / 週)		
<input type="checkbox"/> 配食サービス		(回 / 週)			
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与等()					
特記事項:					
情報提供への同意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本人・家族:)				
居宅介護支援事業所名:				電話	
担当者名:					

在宅・施設移行時（終末期）カンファレンスシートの使用について

地域包括ケアのシステム化が進む中、医療ニーズが高い要介護者への支援を拡充し、終末期においても可能なかぎり在宅療養（施設）での看取りができる在宅医療と介護の連携を進めています。

具体的には医療・介護の実施拠点（往診医・訪問看護ステーション・保険薬局・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・ヘルパーステーション等）の連携です。

（病院から退院する時に行われる）多職種（医療と介護）が参加する退院前カンファレンスは、患者の心身及び環境（住・人・経済・制度など等）の最低限の情報を共有し患者像がイメージできる情報が必要です。

限られた時間での会議は、病院チームと在宅（施設）ケアチームが事前に収集した情報の不足や変化した情報を確認し合い、退院後の患者・家族が望む在宅（施設）での生活、生き方への支援の有り方、方法に焦点を当てた意見交換が重要です。

終末期を在宅（施設）で過す患者・家族の日常生活の安心・安全・尊厳が確保されなければなりません。

その対応・方法などを、病院・在宅ケアチームの多職種が各専門的立場から意見交換をし、サポート体制を確認し合う重要な時間です。

限られた時間でのカンファレンスを充実させるために、退院する患者のイメージができる最低限の患者情報の参考となるシートを、厚生労働省在宅医療連携拠点事業「在宅・施設医療ネットワーク広島」が作成し実践しています。

○このシートは、「在宅（施設）終末期ステージ」患者の退院前カンファレンスに使用する情報収集シートです。

○病院からの情報シートと重なる部分は割愛してください。

○地域には大切な慣習・文化があります。各地域性を踏まえた退院前カンファレンスシートを作成する時の参考にして下さい。

○その人らしさ（尊厳）等の個別性の情報も重要です。

○退院前カンファレンスには、ケアマネジャーと訪問看護師は必ずペアで参加してください。

○カンファレンスの時間は30分程度とします。

○患者が在宅（施設）療養に移行後も在宅（施設）ケアチームのカンファレンスは適宜必要です。

※協力機関

- ・広島県地域包括ケア推進センター
- ・広島県緩和ケア支援センター緩和ケア支援室
- ・広島県リハビリテーション支援センター（公立みつぎ総合病院）
- ・県立広島大学保健福祉学部

Ⅱ 問 2) ①

Wiki CCNひな形

CCNひな形

ホーム アクティビティ 書類 タグ

顔写真

氏名	
生年月日	
委介護度	

訪問診療	内村川上内科	月2回訪問診療 在医総管
歯科住診	受けていない	
調剤薬局	調剤薬局	配達 とりに行く

処方

主治医	
ケアマネジャー	
家族構成	

主病名	
現在治療中の疾病	
既往歴	
性格・職業歴	
病気に対する理解と現在の問題点	

a型肝炎	不明
c型肝炎	不明
HIV	不明
アレルギー（薬の副作用歴を含む）	不明

最近使った書類

demo10
2月4の午後3:09

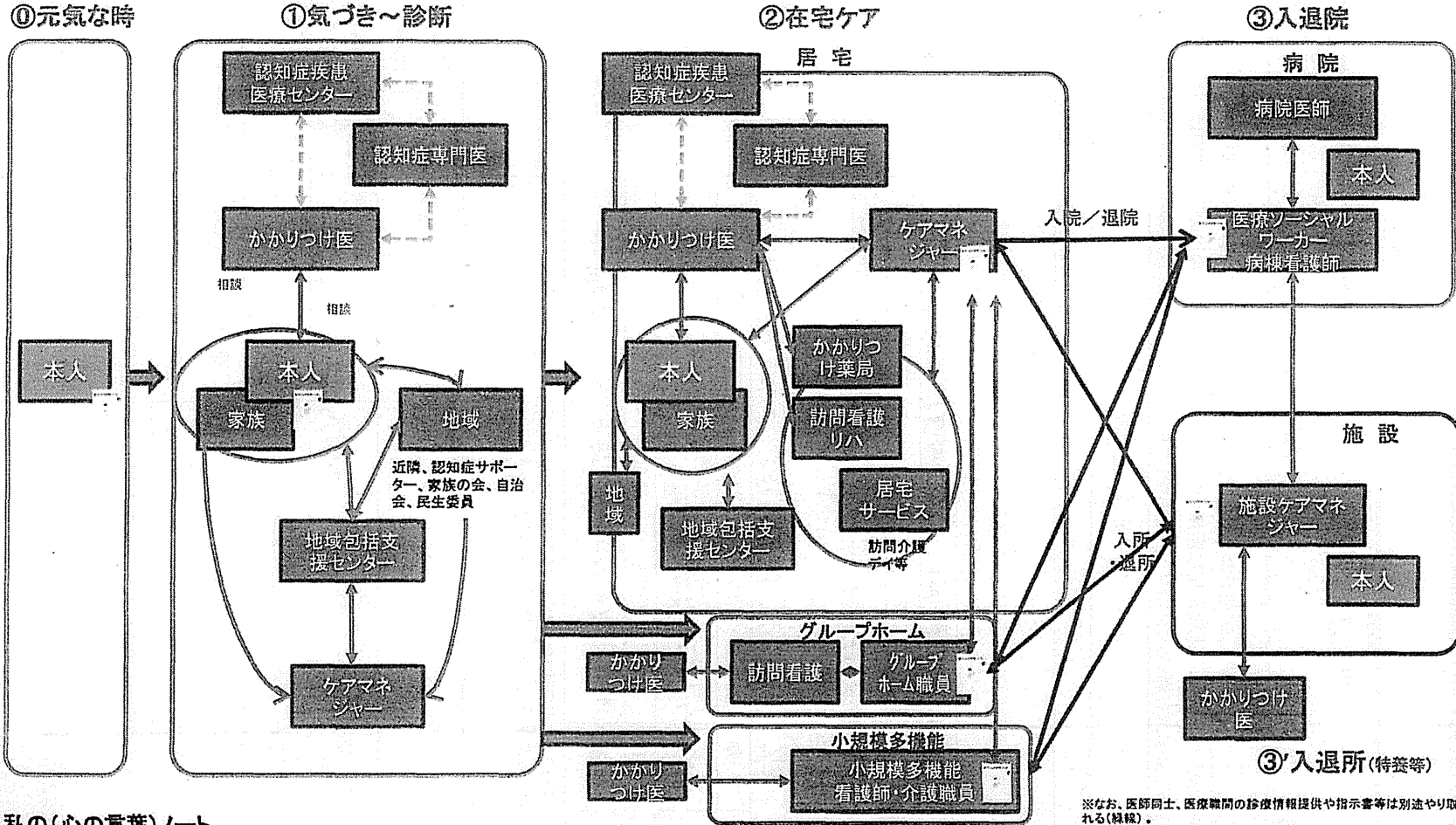
通知

- 全アクティビティに含める
 アップデートされたときにメール通知

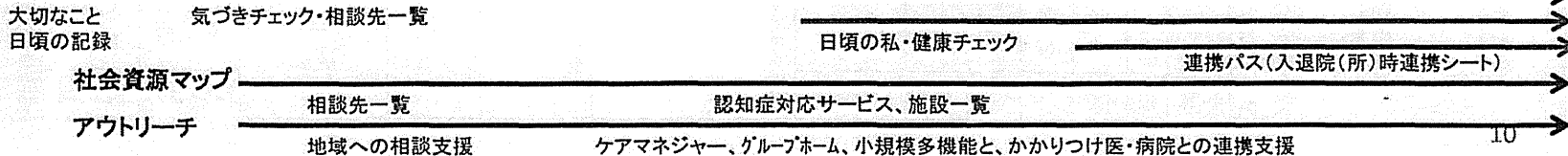
書類情報

履歴

私の(心の言葉)ノート 全体の流れ



私の(心の言葉)ノート



※なお、医師同士、医療職間の診療情報提供や指示書等は別途やり取りされる(緑線)。

入院時情報提供票

(表面)

 事業所
 住所
 TEL
 FAX
 担当者

事業所



医療機関

様

(記入日) 平成

年

月

日

様の、在宅での生活状況及び介護状況についてご連絡いたします。

入院時のケアやリハビリテーション、退院調整に利用していただければ幸いです。今後の退院に向け、情報協力やご指導等頂けると助かります。よろしく願いいたします。なお情報については、本人及びご家族の同意に基づき作成されています。

介護対象者	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)
住所							電話
緊急連絡先	1. 氏名	()	TEL				
	2. 氏名	()	TEL				
介護度	申請中・要支援()	要介護()	有効期間	平成	年	月	日 ~ 平成
既往歴・現病歴	年・月・日	病名	病院名		内服薬		
(現況)ADL・IADL	移動	自立・見守り・一部介助・全介助					<家系図>
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助					
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助					
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助					
	特記事項						
入院時情報	※ケアマネが把握できた範囲内の情報です					キーパーソン:	
サリ ー用 ビ中 スの						歯 の 状 態	
食事 形態	(主 食)	普通・軟食・全粥・ミキサー・とろみ	アレルギー	無・有 ()	自歯 総義歯、部分義歯 上義歯、下義歯 ()		
	(副 食)	普通・荒キザミ・キザミ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食・とろみ				かかりつけ歯科医	
意思疎通	視力	支障 無・有 ()	意思伝達	出来る・出来ない()			
	聴力	支障 無・有 ()	指示への反応				
認知症	無・有 (被害妄想・感情不安定・昼夜逆転・暴言・暴行・徘徊・その他())						
退院後の希望(本人・家族):							

鶴岡市Net4U活用のための医療・介護連携様式一覧表

No.	様式の名称	利用目的	作成者	送付先	様式	保健報酬	備考
1	入院前状況報告書	病院または、診療所に入院する利用者につき、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供する。	ケアマネ	病院又は診療所	様式1	介護保険(150単位)	
2	退院・退所情報提供書	退院・退所にあたって、病院等の職員と面接を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることその他の連携を行なった場合に記載する。	ケアマネ	病院 診療所 介護保険施設	様式2	介護保険(400単位又は600単位)	退院時サマリーに替えることも可
3	(訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・短期入所療養介護・短期予防療養介護)利用確認書	サービス利用の適否について確認する	ケアマネ	病院 診療所 の主治医	様式3	なし	予防サービスも含む
4	サービス担当者会議に対する照会(依頼)書	サービス利用にあたっての注意事項の確認等	ケアマネ	病院 診療所 の主治医	様式4	なし	予防サービスも含む
5	(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・通所介護・短期入所生活介護・短期入所療養介護)利用申込確認書	サービス利用希望の確認	ケアマネ	サービス提供事業者	様式5	なし	予防サービスも含む
6	利用者情報提供連絡票	利用者の体調や、生活状況、サービス利用状況の情報提供を行なうことにより、利用者及びケアマネジャーが治療や生活への助言を受ける。	ケアマネ	病院 診療所 の主治医	様式6	なし	
7	介護保険利用者情報提供書	ケアマネジャーに対して居宅サービス計画の作成等に必要な情報を提供する	主治医	居宅介護支援事業者	様式7	介護保険(500単位又は290単位)	訪問診療あるいは往診による計画的かつ継続的な医学的管理に基づく指導を行なう場合に該当す
8	Net4U情報共有依頼書	Net4Uを利用して情報を提供することの確認	ケアマネ	病院 診療所 の主治医	様式8	なし	

医療連携登録シート

記載日 H 年 月 日

患者氏名	フリガナ □ 男 □ 女	登録No. 登録日 H 年 月 日
患者住所		自宅TEL
生年月日	S 年 月 日 (歳)	他の連絡先
主治医	医療機関名	
	TEL FAX	携帯
ケアマネジャー	事業所名	
	TEL FAX	携帯
訪問看護ステーション	事業所名	
	TEL FAX	携帯
【病状等】		
病名		既往歴
病歴		
経過と治療内容		
急変時、終末期の方針	ターミナル □ がん □ 高齢者	
	【本人の希望】	【家族の希望】
	救急搬送の要否 □ あり □ なし	後方病院の希望 □ 無 □ 有
	在宅看取りの希望 □ あり □ なし	□ 医師会病院登録済
	終末期の事前説明 □ 済み □ 未	□
	死亡診断書の記載 □ 必要 □ 不要	
	【説明内容、特記事項】	
現在の投薬内容	□ 眠剤 □ 便秘薬	
実施してきた医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (機器名 業者) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (流量: ℓ 業者) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> IVH (薬剤:) <input type="checkbox"/> 点滴() <input type="checkbox"/> 胃瘻 □ 腸瘻 □ 食道瘻 (使用薬剤:) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (交換: /月 Fr) <input type="checkbox"/> ストーマ() <input type="checkbox"/> 疼痛管理() <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: ステージ: <input type="checkbox"/> インスリン自己注射(回/日) (使用薬剤: 単位)	

在宅医療連絡票(ケアサマリー)

平成 年 月 日

機関名:

→ 名張市立病院

FAX禁止

記載者:

フリガナ			(男・女)	生年月日 (明治・大正・昭和・平成)	年	月	日
氏名				年齢	歳		
住所	〒						電話
緊急連絡先	氏名				本人との続柄		
	住所				電話		
緊急連絡先	氏名				本人との続柄		
	住所				電話		
主治医(かかりつけ医)				医療機関名			電話
※市外の方は住所						FAX	
かかりつけ歯科			(電話)	薬局	(電話)		
他の医療機関			(電話)			(電話)	
居宅介護支援事業所			担当介護支援専門員			電話	
在宅で治療を受けていた疾病名	処方内容・主治医からの注意事項等(処方内容は、お薬手帳・服薬説明書等添付可)						
病歴							
家族構成図				介護の状況・問題点			
主介護者				キーパーソン			
				生活歴			

※記入しきれないときは、適宜A4用紙にご記入ください。

新見版情報共有書(地域連携パス) H24.9修正版

年月日	あて先・所属等	発信者・職種・所属等	備考(添付書類等)
フリガナ	生年月日	性別	
患者氏名	() 歳		
自由記載欄(入院日・退院日・経過・留意事項等)			
かかりつけ医等意見 (主な病名や内服薬・既往歴・経過・通院・往診の予定・ケアプランや在宅療養に必要な項目・感染症の有無等について)			
リハビリの必要性・指示内容等		介護サービスの利用の必要性	
□無 □有		□訪問介護 □訪問看護 □訪問リハビリ □訪問入浴 □通所介護 □短期入所 □通所リハビリ □福祉用具貸与	
検査項目	血清アルブミン g/dl	総コレステロール mg/dl	
検査日	ヘモグロビン g/dl	血圧 / mmHg	
	血糖値 mg/dl	体重 kg	身長 cm
医療処置 □留置カテーテル □導尿 □透析 □ストーマ □酸素療法(L/分) □吸引 □洗腸 □排便 □褥創処置 □その他の皮膚処置(部位) 特記事項()			
視力 □日常生活に困らない □困る	高次脳機能評価・長谷川式簡易スケール・その他精神・神経症状等		
聴力 □日常生活に困らない □困る	□無 □有		
会話 □可 □何とか可 □不可	長谷川式スケール(点)		
意思疎通 □可 □何とか可 □不可	受診医療機関・医師名その他		
運動系評価(麻痺等)		(家族構成図等)	
□無 □有			
〔家族の状況〕 (キーパーソン) -----様. -----様. -----様.			
電話 ----- 携帯 ----- 住居 □自宅 □借家 □施設 □その他 経済 □国民年金 □厚生・遺族年金 □その他(生活状況等・経済負担等) (介護者の身体状況及び留意事項)			

機能	①食事 □自立(10) □部分介助(5) □全介助(0) 治療食 □無 □有(内容)	栄養状態 □良 □不良 (主食) □普通 □粥 □むすび □ミキサー (副食) □普通 □刻み (□大 □小) □ミンチ □ミキサー □とろみ (用具) □はし □スプーン □フォーク □エプロン □義歯(□無 □有) (好物) >>> <<<嫌いなもの (食事で気をつけること、誤嚥等)	朝 10° 昼 15° 晩 寝る前 量 カロリー 種類 白湯
	②移動(車椅子からベッドへ) □自立(15) □部分介助(10) □全介助(0)	③整容 □自立(5) □部分介助(0) □全介助(0)	④トイレ動作 □自立(10) □部分介助(5) □全介助(0) □ポータブルトイレ (□昼のみ □夜のみ □昼夜) □紙パンツ (□昼のみ □昼夜) □尿パット (□無 □有) □尿器 (□自立 □要介助)
的	⑤入浴 □自立(5) □一般浴槽 □部分介助(0) □特殊浴槽 □全介助(0) □シャワー浴 □チェア入浴 □チェア入浴 □全介助(0)		
	⑥歩行 □45m以上の歩行可(15) □45m以上の介助歩行可(10) □車イスにて45m歩行可(5) □全介助(0) □独歩 □杖 □シルバーカー □車イス (□自走 □介助)		
評	⑦昇降 □自立(10) □部分介助(5) □全介助(0)		
	⑧着替え □自立(10) □部分介助(5) □全介助(0)		
価	⑨排便コントロール □失禁なし(10) □時に失禁あり(5) □失禁あり(0)		
	⑩排尿コントロール □失禁なし(10) □時に失禁あり(5) □失禁あり(0)		
Barthel Index ①~⑩	寝返り □自立 □部分介助 □ほぼ全介助 □全介助	起き上がり □自立 □部分介助 □ほぼ全介助 □全介助	立ち上がり □自立 □部分介助 □ほぼ全介助 □全介助
	座位保持 □自立 □部分介助 □ほぼ全介助 □全介助		
機能的評価 Barthel Index / 100点 (上記項目の()の点数を合計)			
かかりつけ医	担当ケアマネジャー	日常生活活発度	
医師氏名	事業所名	□外出する(週 回) □自宅周辺に出る □自宅で座っていることが多い □ほとんど横になっている	
□無	□未定	障害高齢者の日常生活自立度(別表1) □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2	
		認知症高齢者の日常生活自立度(別表2) □自立 □I □II、□III、□III、□IV □M	
〔介護保険情報〕 介護保険認定 □無 □有 □申請中		自由記載(在宅療養において留意すべき事項・感染症・アレルギー・在宅での生活目標・ケアプラン概要等)	
要支援 □1 □2 要介護 □1 □2 □3 □4 □5			
有効期間 〔身体障害者手帳〕 □無 □有 障害名 □肢体不自由 □内部障害() □その他()			
交付年月日 年 月 住宅改修 □改修済 □有 住宅見取図添付 □無 □有			

宗像医師会病院における

病診連携で支援するバックベッド確保やレスパイト入院 受け入れ手順（医療従事者用）

目的

宗像医師会病院は、在宅医療を包括的、継続的にできることを支援していくためバックベッド（緊急一次入院ベッド）・レスパイト（家族等介護者の休息入院ベッド）目的での入院受け入れを確保し、在宅医療を支援しています。

最期まで自宅で・・・と希望している患者さんが、希望した場所で、安心して療養ができるように病院としても受け入れ態勢を整えています。スムーズにかつタイムリーに患者さんや家族の要望にお答えするために、予め在宅診療に携わる医師・宗像医師会訪問看護師と病院とで連携をとれるシステムです。

対象者

在宅療養中の方で、緊急の入院や家族の介護休息のために入院が必要な患者

バックベッドまたはレスパイト入院の流れ

1. 入院・受診の必要発生時、在宅医・かかりつけ医は、診療情報提供書を作成し、宗像医師会訪問看護ステーションに連絡する
2. 訪問看護ステーションは、在宅医・かかりつけ医が作成した情報提供書と訪問看護ステーションからの情報提供書を宗像医師会病院地域医療連携課へ持参する
3. また、訪問看護ステーションは、病院情報システム（オーダーリングシステム）⇒訪問看護情報共有内に、上記2の情報を取り込む
4. 地域医療連携課は、入院担当医師へ連絡する
5. 地域医療連携課は、医事課で当院受診歴を確認する
6. ●受診歴のあり場合
外来カルテ内に、情報提供書を綴じ、表紙に綴じていることがわかるようにメモする
- 受診歴のなし場合
『訪問看護情報共有登録証』を訪問看護ステーションが発行し、患者さん・ご家族へ登録証を手渡す（登録証は、家族が保管する）
7. 当院への受診・入院時、被保険者証と訪問看護情報共有登録証（登録証がある人のみ）を一緒に、医事課受付窓口へ提示する *夜間・休祝日も同様
8. 医事課は、病院情報システム（オーダーリングシステム）⇒訪問看護情報共有内から情報をプリントアウトし、外来カルテと一緒に診療時に提示する

【主治医⇄担当ケアマネ連絡表】

平成 年 月 日

医師 様

居宅介護支援事業所名：_____

担当ケアマネ名：_____

TEL：_____

いつもお世話になっております。

下記の方が、介護保険認定の〔更新・区分変更〕申請となりましたので、状態をご報告します。

氏名・性別	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
住所	大野市							
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日		
介護度	<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 type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (※認定期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日)							
サービス 利用状況		日	月	火	水	木	金	土
特記すべき 本人の状態								
ケアマネか ら主治医へ								
その他								

※ ケアプラン作成上、または、サービス利用時に留意すべき事項がありましたら、担当ケアマネージャーに助言もしくは情報提供をお願いします。

ありがとうございました。今後ともよろしくお願ひいたします。

介護情報提供書 TM

送付先

事業所：
所在地：
TEL：
FAX：
担当者：

この介護情報提供書は、ケアマネジャーが医療関係機関に対する情報提供とその後の連携を取りやすくすることを目的に作成された書式です。必要に応じて情報提供や助言をご返信いただければ幸いです。

ケアマネジャー ⇒ 医療関係機関

いつもお世話になります。この度、先生がご診療等されている下記患者様のケアプラン作成を担当いたします。ご多用中誠に恐れ入りますが、下記の点につきまして先生のご意見・ご助言を頂戴したくお願い申し上げます。なお、サービス担当者会議にご出席にてご指導いただける場合には、その旨ご回答をお願いいたします。

本人情報									
利用者氏名		生年月日	年	月	日	性別	男	女	
住所									

介護保険情報									
要介護区分		要支援 ()		要介護 ()		申請中			
認定有効期間	平成	年	年	日	～	平成	年	年	日
今回のケアプラン作成理由	新規	更新	区分変更	プラン内容変更	その他				

ケアプラン概要・サービス担当者会議等									
介護サービス利用の状況		添付資料							

* 個人情報の取り扱いについて
 介護支援契約時の同意のほか、改めてご本人(家族)の承諾を得て送付しております。
 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき介護支援上必要なので送付しております。

医療関係機関 ⇒ ケアマネジャー



以下のとおり連絡いたします。

<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に出席しますので連絡求む (月 日 時頃に連絡を希望)
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に欠席します
(介護サービス利用やケアプラン作成にあたりご意見・ご助言があれば下記にご記入お願いします)
.....
.....

平成 年 月 日 氏名 _____

□介護予防 ・ □通所介護・通所リハビリ サービス連絡帳

9 4 高浜市

月 日 曜日

□安立 □養護 □こもれび □南部 □葭池 □ふあんふあん □ウェルカムケア □みつば □ひだまり

健康チェック	熱 血圧 / 脈	■今朝の様子 確認欄 <input type="checkbox"/>
食事	主食 割 副食 割	体調 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()
		睡眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()
排便	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	排便 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(日目か?)
薬	服薬済・点眼済・軟膏済()	
入浴	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない()	
<個別項目>		■施設(デイ・ショートステイ)利用時の様子
水分摂取	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無()	
排尿	<input type="checkbox"/> 有(回) <input type="checkbox"/> 無()	
睡眠	<input type="checkbox"/> 有(分程) <input type="checkbox"/> 無	記入者
体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()	■施設からの連絡事項

<お願い> 前回利用時の連絡帳を確認して、右上欄にチェック願います。
個別項目は必要な方のみ記入させていただきます。
尚、ご家庭でお困りになっていることがありましたら、お気軽にご相談ください。

□介護予防 ・ □通所介護・通所リハビリ サービス連絡帳

月 日 曜日

□安立 □養護 □こもれび □南部 □葭池 □ふあんふあん □ウェルカムケア □みつば □ひだまり

健康チェック	熱 血圧 / 脈	■今朝の様子 確認欄 <input type="checkbox"/>
食事	主食 割 副食 割	体調 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()
		睡眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()
排便	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	排便 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(日目か?)
薬	服薬済・点眼済・軟膏済()	
入浴	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない()	
<個別項目>		■施設(デイ・ショートステイ)利用時の様子
水分摂取	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無()	
排尿	<input type="checkbox"/> 有(回) <input type="checkbox"/> 無()	
睡眠	<input type="checkbox"/> 有(分程) <input type="checkbox"/> 無	記入者
体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()	■施設からの連絡事項

<お願い> 前回利用時の連絡帳を確認して、右上欄にチェック願います。
個別項目は必要な方のみ記入させていただきます。
尚、ご家庭でお困りになっていることがありましたら、お気軽にご相談ください。

情報提供書

西牟婁田辺支部共通フエースシート

記載日 平成 年 月 日

介護支援要員			介護支援要員		
氏名	様 男・女		居宅事業所名		
生年月日	M・T・S 年 月 日 (才)		TEL No.		
住所			要介護度		
電話			認知症		
主介護者	氏名	様 続柄:	家族構成	生活歴など	
連絡先	住所	電話:			
緊急時	氏名	様 続柄:			
連絡先	住所	電話:			
病名	既往症				
医療機関名			主治医		
保険情報	生保・国保・社保・後期高齢・その他 ()		感染症		
日常生活自立度	自立・J1・J2、A1、A2、B1 B2、C1、C2		認知度	自立・I・II・III・IV・M	
その他					
ADL	排泄	自立・一部介助・全介助 (トイレ・ポータブル・オムツ・バルーン留置)			
	移動	自立・一部介助・全介助 (独歩・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子)			
	食事	自立・一部介助・全介助 (ペースト・刻み・軟食・普通・経管栄養)			
	入浴	自立・一部介助・全介助 (清拭・シャワー・入浴・不可)			
	更衣整容	自立・見守り・一部介助・全介助			
睡眠	良・不良 ()				
IADL	炊事	自立・一部介助・全介助	金銭	自立・一部介助・全介助	義歯 有り・無し
	買物	自立・一部介助・全介助	電話	自立・一部介助・全介助	メガネ 有り・無し
	掃除	自立・一部介助・全介助	服薬	自立・一部介助・全介助	補聴器 有り・無し
	洗濯	自立・一部介助・全介助	その他		
コミュニケーション	視力障害 (無・有) 聴力障害 (無・有)				
認知症状	記憶障害・失見当識・意思疎通・問題行動 ()				
生活に対する思い					
服用内容	無・有 ()				
《その他特記事項・住環境・経済状況・・・etc.》					

2 介護（予防）情報連携連絡票（1号書式）

医療と介護との連携連絡票

平成 年 月 日

宛先	医療機関の名称 及び所在地 電話番号 FAX番号 職名 医師・歯科医師 氏名 (宛)	発信元	介護事業所の名称 及び所在地 電話番号 FAX番号 職名 氏名 (発信)

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、FAXにて返信をお願い申し上げます

*なお、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、

- ご本人の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏名		介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中
	住所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		男・女
連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など			
	<input 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			
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶			
<利用者の照会・相談内容等>				
				担当介護支援専門員名 印

連絡方法等並びに回答書（返信）

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (時間帯 月 日 時頃お出でください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (時間帯 月 日 時頃電話をください)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します
<主治医からの回答・助言等>	
平成 年 月 日 氏名 印	

H23.2月 長野県医療と介護との連携検討会作成

監修 京滋NST研究会
京滋摂食・嚥下を考える会

摂食・嚥下連絡票

Ver. 1.0

本連絡票は記載時の現状を記録するもので、患者様の食行動を制限するものではありません
不明な部分は空欄または「不明」の記載で結構です。受け取った方は、状況に応じて適宜、変更、調整をお願いします

氏名 _____ 診断 _____ 摂食・嚥下に問題となる認知症 有 無

生年月日 / / 歳 既往 _____ 誤嚥性肺炎 有 無
身長 cm 体重 kg

名称 ()	食形態	Level	0	1	2	3	4	5
注 施設名称に嚥下食ピラミッドの符号を付記してください。または右の食形態の欄から近いものを選択してください								
お食事の内容	主食	<input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> ミキ-粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 米飯						
	副食	<input type="checkbox"/> ゼリー状 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) とろみ (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 増粘剤、ゲル化剤 ()						
投与カロリー	特記事項 _____ kcal/日							

お水の飲み方 増粘剤 有 : 水 100mlに増粘剤()を()g 使用 無
形状 ウスターソース状 ポタージュ状 ハチミツ状 その他 ()

お薬の飲み方 投薬法 経管 経口 服薬方法に別紙指定有
飲み方 水 とろみ水 ゼリー埋め込み 簡易懸濁法

お口のケア ブクブクうがい 可 不可 お口の乾燥 有 () 無
義歯 上あご : 有 無 あるが使ってない 安定剤使用
下あご : 有 無 あるが使ってない 安定剤使用
歯みがき 自立 一部介助 全介助 (歯科介入 有 無)
清掃用具 ()

お食事の方法 介助方法 自力 一部介助 全介助
姿勢 リクライニング (角度 _____ 度) 座位
方法 ひとくち量()
特記事項 _____

お食事の状況 食事回数 1日 ()回 食事(介助)に要する時間 ()
むせ(有 無 ときどき) お口の中の残留(有 無) 咽頭残留(有 無 不明)
特記事項(含む食事量) _____

その他 訓練、注意事項等 _____

以下の項目は、情報がありましたらご記入ください

栄養管理 必要熱量 () kcal/日 必要水分量 () ml/日
栄養経路 経口
経腸 → 経鼻 胃瘻 腸瘻 ()
経静脈 → TPN PPN

呼吸管理 酸素投与 有 無 有の場合 : 投与量 _____
自力排痰 可 不可
吸引 要 不要 要の場合 : 回数等 _____

嚥下機能 RSST _____ 年 月 日 () 回/30秒
改定水飲みテスト _____ 年 月 日 ()
フードテスト _____ 年 月 日 ()
VE あり なし _____ 年 月 日 ()
VF あり なし _____ 年 月 日 ()
藤島レベル (Lv) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 目標
先行期 ()
準備期 ()
嚥下障害の病態 口腔期 ()
咽頭期 ()
発声障害 がらがら声 かすれ声 声が出ない

施設(事業所名) _____ 記入年月日 / / 後援 京都府医師会地域ケア委員会 食べることを考える小委員会
所属 _____
担当者 _____

終了期 <パンフレット等>

事業所一覧	
社会医療法人恵和会 西岡病院	医療法人 徳島往診クリニック ハートホーム
十和田市立中央病院	たんぼぼクリニック
埼玉医科大学総合医療センター かるがも準備室	内村川上内科
東埼玉総合病院	ナカノ在宅医療クリニック
金沢赤十字病院	財団法人 筑波メディカルセンター(在宅ケア事業)
長野県立こども病院	訪問看護ステーションまつかぜ
医療法人社団まほし会(真星病院)	白十字訪問看護ステーション
医療法人裕紫会中谷病院	松山訪問看護ステーション
医療生活協同組合健文会 宇部協立病院	訪問看護ステーションひなたぼっこ
博愛記念病院	株式会社フジケア訪問看護ステーション
社会医療法人石川記念会(石川病院)	社団法人鶴岡地区医師会
玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター	社団法人 板橋区医師会
臼杵市医師会立コスモス病院	横須賀市医師会
社団法人肝属郡医師会 肝属郡医師会立病院	名張市在宅医療支援センター
夕張市立診療所	東成区医師会
小玉医院	東広島地区医師会
いばらき診療所みと	社団法人宗像医師会
あおぞら診療所	社団法人佐世保市医師会
子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田	市川市役所 福祉部 地域福祉支援課内
湘南真田クリニック	上市町
医療法人聖徳会小笠原内科	坂井地区広域連合
社会福祉法人天竜厚生会	大野市地域医療相談支援センター
森町家庭医療センター	高浜市保健福祉グループ
医療法人井上内科クリニック	社会福祉法人日本医療伝道会(衣笠病院)
医療法人ひばりホームホスピスひばりクリニック	医療法人社団ナラティブホーム

とよひら・りんく

入 場 無 料

参加定員：450名

とよひら・りんく 市民フォーラム

開催日時 **2013年2月23日(土)** 開場13:00/開会14:00/閉会17:00

開催場所 **札幌大学 プレアホール** 〒062-8520 札幌市豊平区西岡3条7丁目3-1

テーマ **これからの医療と介護を考える** ~それぞれの想い~



武田俊彦氏
総務省消防庁審議官
前 厚生労働省政策統括官付
社会保障担当参事官

1983年東京大学法学部卒業、厚生省へ入省。厚生労働省医政局企画官、厚生労働省保険局医療課保険企画調査室長、社会保険庁運営部医療保険課長、厚生労働省医政局経済課長、厚生労働省保険局国民健康保険課長、厚生労働省医政局政策医療課長、厚生労働省保険局総務課長、厚生労働省政策統括官参事官・社会保障担当参事官室長など数々の要職を歴任。1996年～1998年北海道生活福祉部高齢化・地域福祉対策室高齢福祉課長。2012年総務省消防庁審議官に就任。現在に至る。



岩本恭生氏
タレント

1989年10月フジテレビ「第21回オールスターものまね王座決定戦」に初出場で初優勝の偉業を成し遂げる。これを機に本格的にプロデビュー。他にも司会・ドラマ・ミュージカル又映画にも進出を果たし俳優としても注目を浴び、分野を問わずマルチに活動している。現在は重荷を思う妻と介護を要する実母と同居し、在宅介護を行いつつ、活動を続けている。主な著書に「代役パパのものまね主婦大作戦」がある。



<地下鉄南北線「澄川駅」下車の場合>
中央バス西岡環状線[澄73](西岡3条先回り)、下西岡線[南71]、西岡線[南81]、澄川白石線[澄78]のいずれかで、「札幌大南門」下車

<地下鉄東豊線「月寒中央駅」下車の場合>
中央バス澄川白石線[澄78]、または西岡月寒線[月82]で、「札幌大正門前」下車

お車でお越しの方へ 札幌大学内の駐車場を無料でご利用いただけます。※台数に限りがあります

当日プログラム	
13:00 受付	
14:00 開会	開会のあいさつ とよひら・りんく会長 中島 茂夫 (社会医療法人 恵和会 西岡病院 院長)
14:05 第一部	実践報告1 「とよひら・りんくの取り組み」 とよひら・りんく副会長 五十嵐 知文 (社会医療法人 恵和会 西岡病院 副院長)
	実践報告2 「在宅医療の実際」 こうぞくクリニック院長 中嶋 泰氏
	特別講演1 「少子高齢化社会を見据えた医療・介護について」 総務省消防庁審議官 武田 俊彦氏 (前厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官)
15:20 休憩	
15:30 第二部	特別講演2 「これからの医療と介護について思うこと」 タレント 岩本 恭生氏
16:25 シンポジウム	「これからの医療と介護を考える～それぞれの想い」 座長 西澤 寛俊 (社会医療法人 恵和会 理事長) シンポジスト 武田 俊彦氏、岩本 恭生氏、中嶋 泰氏、五十嵐 知文
17:00 閉会	

受付方法
定員になり次第
締切となります

お電話の場合
西岡病院
tel.011-853-8322
受付時間 平日9:00～17:00

メールの場合
info@toyohiralink.jp

主催/札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会「とよひら・りんく」
 協賛/国立長寿医療研究センター・北海道・札幌市・北海道医師会・札幌市医師会・札幌市医師会・全日本病院協会北海道支部・北海道病院協会・札幌薬剤師会・北海道看護協会・北海道老人保健施設協議会・北海道医療ソーシャルワーカー協会・札幌市介護支援専門員連絡協議会・札幌市東区東部地区在宅医療連携推進協議会「タッピーわっと」・札幌市手稲区在宅医療連携拠点事業推進協議会・夕張市立診療所「めんねっと」

お問い合わせ 札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会「とよひら・りんく」事務局
社会医療法人 恵和会 西岡病院 地域連携室 tel.011-853-8322

www.toyohiralink.jp

p1. 11. 21 (1)
添付資料

あなたの家にかえろう

あなたもわたしも
仕事が終われば家へ帰る。
それと同じように
人生という仕事が終わる時は
家に帰ろう。



174

お問い合わせ先 「おかえりなさい」プロジェクト事務局
〒661-0043 兵庫県尼崎市武庫元町1丁目25-14 さくらクリニック内
TEL 06-6431-5555 ● FAX 06-6431-0666

©OKAERINASAI Project 2006. All Rights Reserved.
※著作権は「おかえりなさいプロジェクト」にあります。掲載されている文章・イラストの無断転載を禁じます。

改定版

3 十和田市立中央

2012年度在宅医療連携拠点事業 年間スケジュール

埼玉医科大学総合医療センター

実施、実施予定月	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
推進業務 *目的											
アンケート *小児在宅医療に関係する埼玉県内の医療、介護、福祉資源の現状を把握し、資源マップを作成する。				アンケート実施 ●訪問看護ステーション ●訪問介護事業所 ●病院、クリニック ●医療型障がい児入所施設 ●病院	アンケート 集計作業 資源マップ作成						
埼玉県小児在宅医療支援研究会主催 2011/5/11 を初回とし、4回終了 *多職種連携。目的の共有と評価、関係職種への理解と協力。より良い小児在宅医療を目指して…		6/14 (木) 第5回開催 19:00~21:00 テーマ 「赤ちゃんの成長に寄り添う訪問看護」			9/12 (木) 第6回開催 19:00~21:00 テーマ 「小児在宅医療と福祉をつなげるシステムを造るために」		11/28 (木) 第7回開催 19:00~21:00 テーマ 「災害時に備えた小児在宅医療支援活動」			2/20 (水) 第8回開催予定 19:00~21:00 2/24 (日) 小児在宅医療のための多職種連携 研究会予定 10:00~18:00	
医師向け講習会の共催 *小児在宅医療に関し、医師への研修、啓発を行う。						10/28 (日) 第1回開催 10:00~18:00 ワークショップ					3/20 (暮分日) 小児在宅医療 実技講習会 実施予定
埼玉訪問看護講習会の共催 *小児在宅医療に関し、訪問看護担当の看護師への研修、啓発のため。									1/27 (日) 第1回実施予定	2/2 (土) 第2回実施予定	3/2 (土) 第3回実施予定 3/9 (土) 第4回実施予定 3/16 (土) 第5回実施予定
日本小児在宅医療支援研究会の主催 2011/10/29 第1回開催 *全国レベルでの研究会により、多職種間の交流を図り、よりよい小児在宅医療支援に資する。						10/27 (土) 第2回開催 9:50~18:00 テーマ 「それぞれの立場からもう一歩踏み出すために」					
小児在宅医療モニタリングシステム *医療依存度の高い小児の在宅医療充実に向けて、医療従事者の負担を軽減し、効率的な医療提供のため。					個別 モニタリング 開始			12/16 (日) 小児在宅医療 モニタリング 研究会開催			
保健所、市町村役所、児童相談所など訪問 *小児在宅医療への取り組みを説明。機会ある毎に住民への啓発を依頼する。						適宜訪問					
地域住民・保健師等への働きかけ *小児在宅医療への理解を深め、小児在宅医療の普及を図る。	5/17 (木) 川島ひばりが丘 特別支援学校に 医師派遣 5/30 (木) 川越市あけぼの・ひかり児童園に医師派遣	6/19 (火) 川島ひばりが丘 特別支援学校に 医師派遣	7/17 (火) 川島ひばりが丘 特別支援学校に 医師派遣 7/18 (水) 坂戸ろう学園に 医師派遣 7/25 (水) 坂戸ろう学園に 医師派遣		9/8 (火) 川島ひばりが丘 特別支援学校に 医師派遣	10/26 (金) (県)幸手保健所 主催 長期療養児教室へ講師として 医師派遣。	11/8・9 (木・金) 保健師研修会 開催 11/21 (水) 坂戸ろう学園に 医師派遣 11/27 (火) 川島ひばりが丘 特別支援学校に 医師派遣	12/18 (火) 川島ひばりが丘 特別支援学校に 医師派遣	1/10・11 (木・金) 保健師研修会 開催 1/29 (水) 川島ひばりが丘 特別支援学校に 医師派遣	2/26 (火) 川島ひばりが丘 特別支援学校に 医師派遣	3/13 (水) 坂戸ろう学園 に医師派遣