

平成29年度 第3回 射水市在宅医療・介護連携推進協議会議事録

日時 平成30年2月23日(金) 午後1時半～2時半

会場 射水市役所 3階 305会議室

○議題

(1) 各部会の検討内容について

ア 在宅医療介護提供体制ワーキング部会 部会長及び事務局より説明
意見交換

- ・射水市民病院では、地域包括ケア病棟をH29年5月から2病棟に増やした。対象となる患者にはレスパイト目的の方も含まれている。介護度が重い人、軽い人様々な方がおられる中で、どういう状況でのレスパイトなのかを、医療者も認識を変えて考えていかなければならない。そのためにも啓蒙が必要だと思う。
- ・データを見て、排泄コントロールの技術や排泄の考え方をきちんと学んでいく機会が必要だと思った。おむつも今はいろんな種類がある。間違った使い方をしているために、生活リズムがくるってしまうという人が多い。私たち自身も勉強し、知識の啓蒙をしなければならない。
- ・糖尿病に関しては、壮年期からの介入では遅い。射水市では、すこやか健診をもっと強化していく必要がある。琉球大学と沖縄県医師会が取り組んでいるのは、小中学生に対して「生活習慣病とは何か」という講習を行うこと。福岡県でもすこやか健診に力を入れている。データは出ていないが、10年後20年後には結果が出ると思う。
- ・認知症に関しては、高岡医療圏でH29に認知症疾患医療センター(高岡市民病院)ができた。しかし高岡市民だけでも予約がいっぱいであり、氷見も射水も受け入れていくというのはなかなか難しい現状。
- ・高齢者がたくさんの薬を飲むことで、副作用として認知症状が出てくる場合もある。認知症への早期対応の中で、薬剤師も相談に応じることができる。

イ 情報共有ツールワーキング部会 部会長より説明
意見交換

- ・情報共有ツール活用ガイドや各種様式は、市のHPで確認、ダウンロードできるように整備する。

ウ 住民普及啓発ワーキング部会 部会長及び事務局より説明
意見交換

- ・相談会の利用者がとても多かったので来年度も継続していく。
- ・在宅医療や介護への住民への普及は非常に重要。

(2) 平成30年度射水市在宅医療・介護連携推進事業実施計画(案) 資料説明(事務局)

平成29年度 第3回射水市在宅医療・介護連携推進協議会 次第

日時 平成30年2月23日(金)

午後1時30分～2時30分

会場 射水市役所 3階 305会議室

1 開 会

2 議 題

(1) 各部会の検討内容について

ア 在宅医療介護提供体制ワーキング部会

在宅医療・介護の提供体制に関するアンケート調査の結果について (資料1)

イ 情報共有ツールワーキング部会

射水市版情報共有ツール活用ガイド(案)について (資料2)

ウ 住民普及啓発ワーキング部会

平成29年度在宅医療と介護を考える市民公開講座

～この街で この家で ずっとあなたといたいから～ 実施報告 (資料3)

(2) 平成30年度射水市在宅医療・介護連携推進事業実施計画(案) (資料4)

3 閉 会

<参考資料>

- ・ 平成29年度ワーキング部会実施状況 (参考資料1)
- ・ 在宅介護に関するアンケート調査結果詳細 (参考資料2)
- ・ 在宅医療・介護連携に関するアンケート調査結果詳細 (参考資料3)

在宅医療・介護の提供体制に関するアンケート調査結果について

在宅医療介護提供体制ワーキング部会

一人ひとりの状態に応じた最適な医療と介護を継続的、包括的に提供できる体制の推進について検討する。

【平成29年度計画】

介護をしている家族及び介護支援専門員等へのアンケートを行い医療や介護の提供体制について、現状把握と課題の抽出を行う。

1 アンケート調査概要

(1) 在宅介護に関するアンケート調査

対 象 要介護3以上の方を介護している家族
調査期間 平成29年11月1日～11月30日
調査方法 介護支援専門員が利用者1～3名の聞き取り調査
(対象者の約2割の調査を実施)

(2) 在宅医療・介護連携に関するアンケート調査

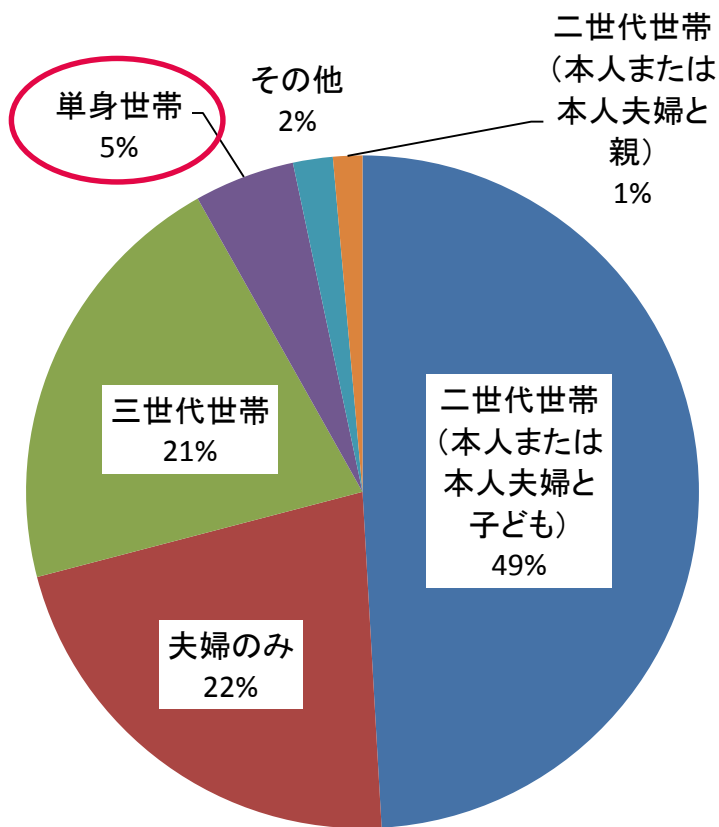
対 象 射水市内の事業所に勤務する介護支援専門員
調査期間 平成29年11月1日～11月30日
調査方法 対象者全員に調査票を配付(自己記入式)・回収

多職種連携の現状と課題については、H30年度にワーキング部会で協議していく

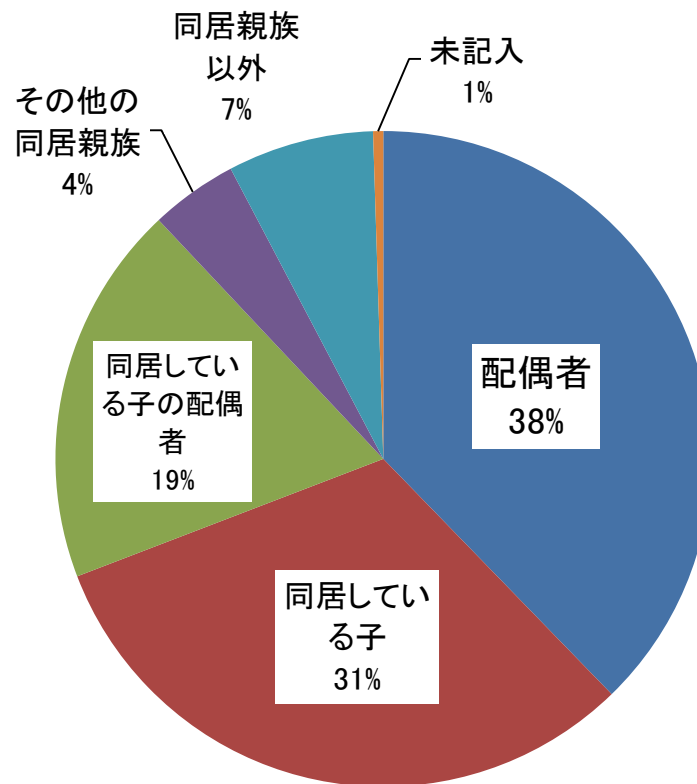
2 アンケート調査結果(抜粋)

(1)在宅介護に関するアンケート結果

① 家族形態

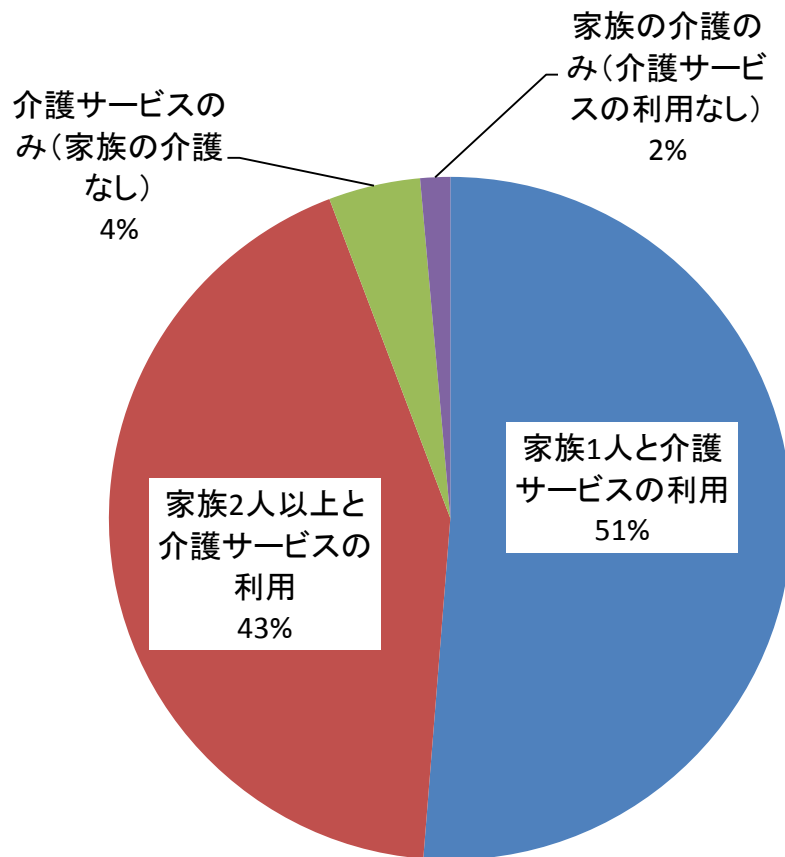


② 主に介護をしている方：本人との続柄

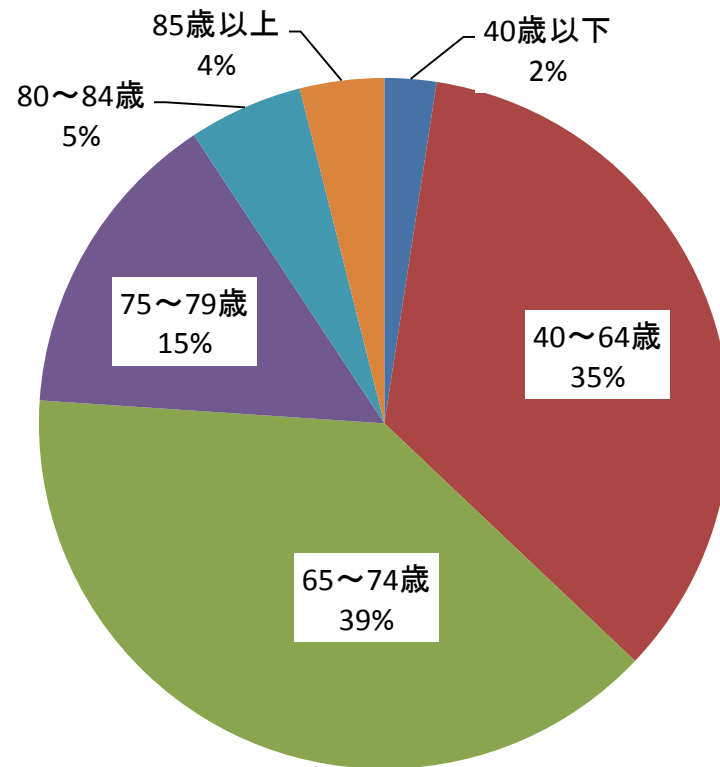


- ・在宅で介護を行っている方は二世代世帯が49%で、夫婦のみ世帯、三世代世帯が続く。また、介護サービスを利用しながら生活している単身世帯（ひとり暮らし）が5%いる。

③ 在宅介護の体制







④ 介護者の年齢



- ・ 介護サービスを利用しながら、在宅で介護を行っている方が多かったが「家族1人と介護サービスの利用」と答えた方が51%と半数近かった。
- ・ 介護者の年齢は65歳以上が63%となり、65歳以上の高齢者が65歳以上の高齢者を介護する「老老介護」も多い。

⑤ サービス等利用状況(複数回答)

サービス内容	要介護3	要介護4	要介護5	全体
訪問介護	16.0%	12.9%	23.5%	16.9%
訪問入浴	1.2%	8.6%	27.5%	10.1%
訪問看護	14.8%	 21.4%	 41.2%	23.7%
訪問リハビリ	6.2%	2.9%	5.9%	5.3%
通所介護	67.9%	64.3%	58.8%	64.7%
通所リハビリ	12.3%	12.9%	2.0%	9.7%
ショートステイ	35.8%	50.0%	45.1%	42.5%
居宅療養管理指導	4.9%	15.7%	17.6%	12.1%
小規模多機能型居宅介護支援	12.3%	11.4%	15.7%	12.6%
住宅改修(過去の利用含む)	44.4%	47.1%	31.4%	43.0%
福祉用具貸与、購入	37.0%	50.0%	60.8%	47.3%
訪問診療	4.9%	 12.9%	 35.3%	15.5%
訪問歯科診療	3.7%	4.3%	5.9%	4.3%

- ・通所介護やショートステイ、住宅改修、福祉用具貸与などの利用率が高い。
- ・要介護度が進むにつれ、訪問看護や訪問診療の利用も増え、医療と介護の連携がより必要となる。

⑥ 在宅介護のメリット 回答数169

【本人が住み慣れた家で自分らしい生活を送ることができる】 回答数65 (38.5%)

- ・本人の望むように過ごせる。今までの暮らしに近い状態ですごせる。
(好きなものを食べられる、家族やペットと一緒に過ごせる等)
- ・家にいることで、本人も安心する。夫婦そろって暮らしたい。

【介護の満足感がある】 回答数27 (16.0%)

- ・慣れた場所での介護が本人も家族にも楽。自分の思うように介護ができる。
- ・本人の落ち着いた顔や喜ぶ顔をみることができる。
- ・大変なこともあるが、いてくれるだけで心の支えになる。

【金銭面の負担軽減】 回答数26 (15.4%)

- ・介護にかかる費用が入院、入所よりも安い。
- ・自分の収入と本人の年金で生活できている。

【家族で過ごす時間が持てる】 回答数23 (13.6%)

- ・毎日一緒に過ごすことで、笑いあったり会話ができる。
- ・家族との関わりが保たれる。孫の子の面倒をみってくれるので助かる。

【介護サービスの利用により、介護負担を軽減できる】 回答数15 (8.9%)

- ・サービスを利用することで自分の時間が持てる(仕事をすることができる)
- ・病院に入院しているときは認知症状がひどいと呼び出された。自宅でサービスを利用し、状態が安定している。

【本人の状態が把握できて安心できる】 回答数13 (7.7%)

- ・一緒に過ごすことで、本人の状態が把握できる。心配なことがあれば、すぐに受診できる。

⑦ 在宅介護のデメリット 回答数155

【対応が難しい（緊急時・介護全般）】 回答数73（47.2%）

- ・緊急時に対応が分からず、とまどうことが多い。うまく対応できないのではと不安。
- ・介護者の負担が大きい。ゆっくり休めない。介護拒否または何度も呼ばれる。
- ・認知症の対応、夜間の介護、入浴、食事介助等

【時間の制約がある】 回答数37（23.9%）

- ・介護者の自由な時間が制約される。家を空けることができない。
- ・仕事との両立が難しい。（仕事中に連絡が入る。急な対応をしなければいけない等）

【介護者の体調不良】 回答数20（12.9%）

- ・自分も年をとっていくので、どこまでできるか不安。
- ・介護者が体調不良の際に急なサービス利用ができない。家族に頼めないこともある。

【介護の協力体制がとりにくい】 回答数11（7.1%）

- ・介護の協力は親戚には頼みにくく、家族に負担がかかる。
- ・別居家族の協力はあるが、近くに住んでいないと緊急の時は対応できない。
- ・思うような時間内容のサービスが受けられない。

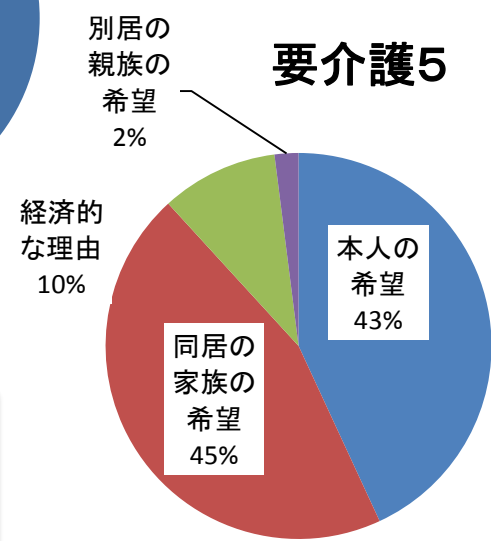
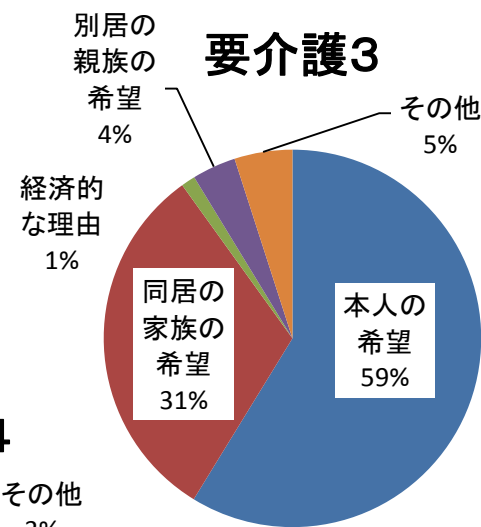
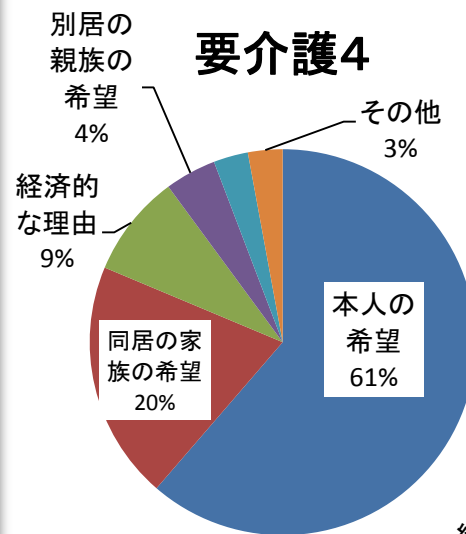
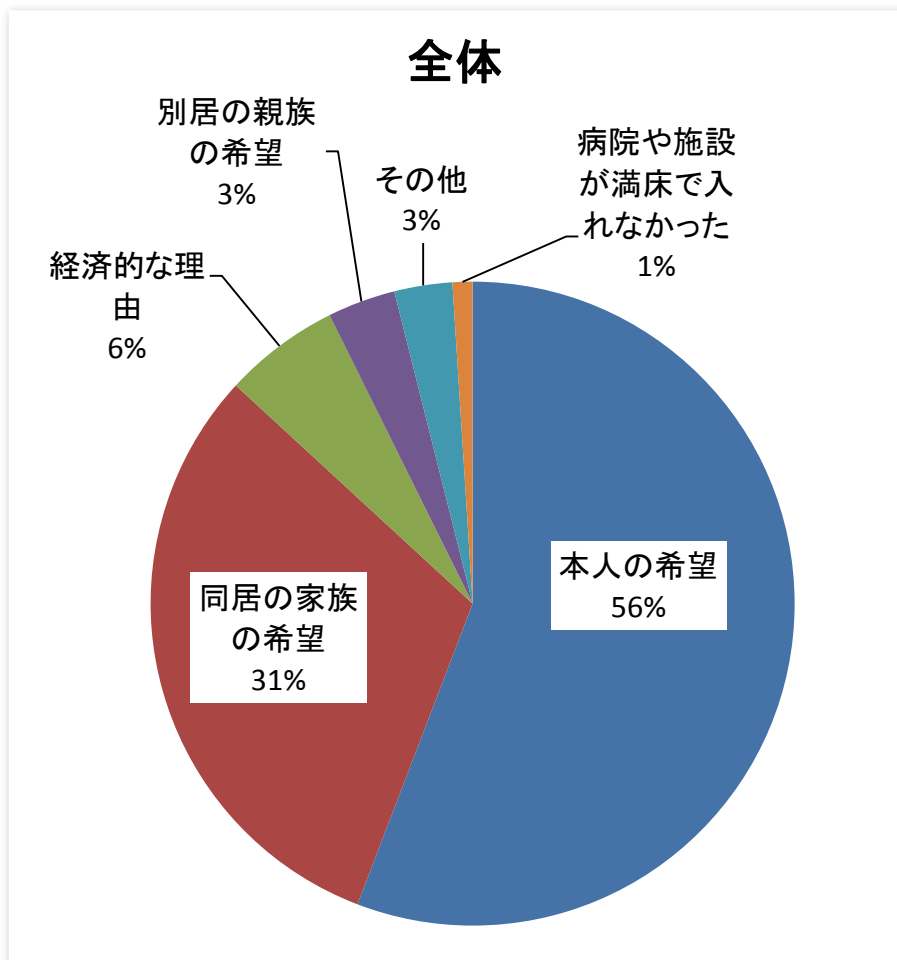
【精神的負担が強い】 回答数8（5.1%）

- ・介護者が1人だけなので不満がたまる。介護者が疲れると十分な介護ができない。

【経済的負担が大きい】 回答数6（3.8%）

- ・必要物品の購入等思ったよりコストがかかる。介護離職のため収入減。

⑧ 在宅での介護を行っている理由（最もあてはまるもの）



- ・ 本人や家族が希望し、在宅で介護を行っている方が 87%と多く、「経済的な理由」と答える方は 6%と少なかった。
- ・ 要介護5では、本人の希望より家族の希望が上回っている。

⑨ 在宅での介護の負担を軽減する方法として望むこと（複数回答）

サービス内容	要介護3	要介護4	要介護5	全体
訪問診療・訪問看護などの医療サービスの充実	21.0%	27.1%	33.3%	26.5%
早朝や夜間も利用できる通所系サービスの充実	28.4%	21.4%	21.6%	24.5%
早朝や夜間も利用できる訪問系サービスの充実	14.8%	14.3%	19.6%	15.7%
緊急に必要なになった場合の介護サービスの充実	66.7%	55.7%	60.8%	62.7%
地域の方や介護者同士の交流を図る機会	3.7%	8.6%	5.9%	6.9%
介護者が仕事と介護を両立できる支援	30.9%	14.3%	15.7%	21.1%
介護者への精神的サポート	21.0%	32.9%	23.5%	25.5%

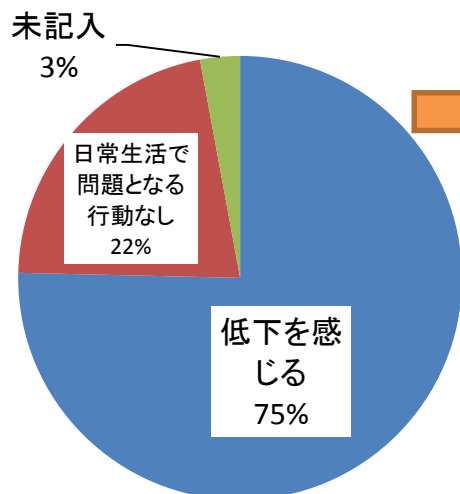
- ・ 「緊急に必要なになった場合の介護サービスの充実」を望む人が多かった。
- ・ 要介護3では「介護者が仕事と介護を両立できる支援」、要介護4では「介護者への精神的サポート」、要介護5では「訪問診療、訪問看護などの医療サービスの充実」が続いた。

⑩ 介護を受けている方(本人)の疾患が多かったもの

(複数回答)

	要介護3	要介護4	要介護5	全体
第1位	認知症 (50.6%)	認知症 (45.7%)	認知症 (41.2%)	認知症 (45.9%)
第2位	脳血管疾患 (24.7%)	脳血管疾患 (28.6%)	脳血管疾患 (29.4%)	脳血管疾患 (28.0%)
第3位	糖尿病 (17.3%)	心疾患 (15.7%)	糖尿病 (17.6%)	糖尿病 (15.0%)

⑪ 認知機能の低下について



低下を感じる者の内

- 認知症の診断あり(71.8%)
- 認知症の診断なし(23.7%)

- ・ 本人の疾患は要介護3から5のどの介護度においても認知症が半数を占めていた。次いで脳血管疾患、糖尿病、心疾患が続く。
- ・ 介護者の75%が本人の認知機能の低下を感じている。

⑫ 介護者が負担が大きいと感じている介護内容で多かったもの

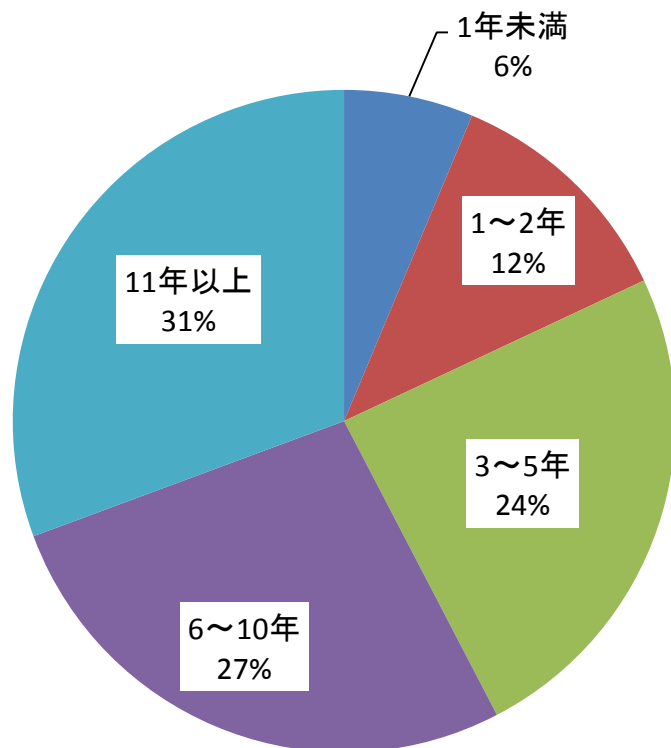
(複数回答)

	要介護3	要介護4	要介護5	全体
第1位	日中の排泄 (35.8%)	日中の排泄 (50.0%)	夜間の排泄 (54.9%)	夜間の排泄 (43.2%)
第2位	夜間の排泄 (35.8%)	夜間の排泄 (41.4%)	日中の排泄 (45.1%)	日中の排泄 (43.1%)
第3位	入浴・洗身 (28.4%)	外出の付添、送 迎等(27.1%)	食事の介助 (25.5%)	外出の付添、送 迎等(22.5%)
第4位	認知症状への 対応(25.9%)	衣服の着脱 (22.9%)	衣服の着脱 (23.5%)	衣服の着脱 (22.1%)
第5位	外出の付添、送 迎等(22.2%)	入浴・洗身 (18.6%)	屋内の移乗・移 動(21.6%)	入浴・洗身 (22.0%)
第6位	服薬管理、服薬 介助(22.2%)	屋内の移乗・移 動(18.6%)	医療面の対応 (15.7%)	認知症状への 対応(19.1%)

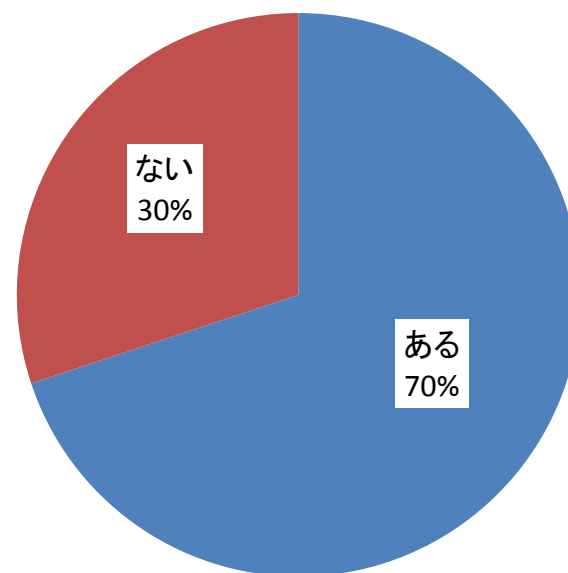
- ・ 要介護3から5のどの介護度においても「日中の排泄」「夜間の排泄」が1、2位を占め、排泄介助に負担を感じている方が多い。3位以下は介護度により異なり、要介護3では「入浴・洗身」「認知症状への対応」、要介護4では「外出の付添、送迎等」、要介護5では「食事の介助」の負担が大きい。
(介護度が進むにつれ、身体介護が増え、介護者の負担が大きくなっている。)

(2) 在宅医療・介護連携に関するアンケート結果（介護支援専門員）

① 介護支援専門員の業務経験年数



② 看取りの経験



- ・ 射水市の介護支援専門員は経験年数が6年以上の方が58%、看取りの経験があると答えた方が70%おり、様々な利用者への支援の経験がある方が多い。

③ 射水市で要介護3以上の方が在宅での介護を実施する体制として必要だと感じること(多かった意見)

サービス内容	必要だと感じる	感じる	あまり感じない	既に充足している
在宅で急性増悪した場合の受け入れ病床の確保	77.9%	16.8%	3.5%	0.9%
緊急に必要なになった場合の介護サービスの充実	76.1%	21.2%	1.8%	0.9%
訪問診療・訪問看護などの医療サービス	71.7%	23.0%	2.7%	2.7%
早朝や夜間も利用できる訪問系サービスの充実	61.1%	31.0%	4.4%	3.5%
訪問リハビリや通所リハビリなどのリハビリテーション	48.7%	45.1%	4.4%	0.9%
本人や家族を支援する多職種連携	47.8%	44.2%	4.4%	3.5%
本人や家族の在宅医療や介護への意識の向上	43.4%	49.6%	6.2%	0.9%

- ・「在宅で急性増悪した場合の受け入れ病床の確保」「緊急に必要なになった場合の介護サービスの充実」「訪問診療、訪問看護などの医療系サービスの充実」を必要と感じている人が多かった。

<アンケート調査結果から考えられる課題>

- ・在宅での介護は、同居の親族(配偶者や子等)が行っている割合が高いが、家族1人で介護を担っている方も多い。
- ・介護者の年齢は半数以上が65歳以上となり、老老介護を行っている割合が高まっている。
- ・要介護度が進むにつれ、身体介護が増え、排泄・入浴・食事介助、外出の付添・送迎等の介護者の負担が大きくなるため、介護保険サービスを利用しながら、介護をしている現状。また医療依存度が高い人も多くなり、医療と介護の連携が必要となる。
- ・介護について、対応方法が難しいと感じたり、緊急時の対応(急変時や看取り等)に不安を感じる介護者が多い。
- ・介護の負担を軽減するために、「緊急に必要となった場合の介護サービスの充実」、「介護者が仕事と介護を両立できる支援」や「介護者への精神的サポート」を望む声が多かった。



**在宅での介護をできる限り続けることができるよう
介護者への身体的・精神的サポートが必要**

<ワーキング部会での意見>

日々の介護の負担を軽減するためには、ひとりひとりの状態に合わせた適切な介護方法を
知り、介護者が対応できるよう支援することが必要

介護の多様なニーズに対応できるよう介護保険サービスだけでなく、医療依存度が高い人への
支援や地域による生活支援など多方面から本人や家族を支援することが必要

- ・ 認知症、脳血管疾患、糖尿病の人が多い。
高齢化に伴い、今後ますます認知症の高齢者は増加する。
- ・ 認知症状への対応に負担を感じていると答える介護者が多い。
(同じことを何度も言う。妄想、幻覚、徘徊などの周辺症状の対応等)
- ・ 認知機能が低下していることに気づいていないために早期受診できない、適切な関わりをしていないなどが原因で、認知症状が悪化し、介護負担が大きくなり自宅で介護ができなくなるケースもある。



**認知症を理解し、家族だけでなく、地域皆で受け入れ
支え合いながら生活できる体制づくりが必要**

<ワーキング部会での意見>

認知症について理解し、気になることがあれば相談したり受診したりできるよう支援することが必要

家族だけでなく、地域、介護サービス事業者、病院など関わる人すべてが認知症の人への適切な対応ができることが必要

**壮年期からの生活習慣病予防や糖尿病の重症化予防が必要
(健康増進事業や国民健康保険保健事業での取組が重要)**

(案)

射水市版 情報共有ツール活用ガイド



射水市在宅医療・介護連携推進協議会

情報共有ツールワーキング部会

平成30年3月発行

<射水市版情報共有ツール活用ガイドについて>

医療や介護が必要となっても、安心して在宅生活を送るためには、多職種が情報共有を図りながら連携を図り、高齢者や家族を支援することが必要です。

射水市在宅医療・介護連携推進協議会「情報共有ツールワーキング部会」では、射水市で使用されている情報共有ツールをより活用し、連携を強化することができるよう「射水市版情報共有ツール活用ガイド」を作成しました。

様々な情報共有ツールを活用することで、連絡調整や相談を積極的に行い、多職種の顔の見える関係づくりを進めていきましょう。

※本ガイドに掲載の情報共有ツールの使用にあたりましては、「個人情報の保護に関する法律」「医療・介護関係者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、個人情報の取り扱いには十分ご留意ください。

射水市在宅医療・介護連携推進協議会
情報共有ツールワーキング部会

<部会員メンバー>

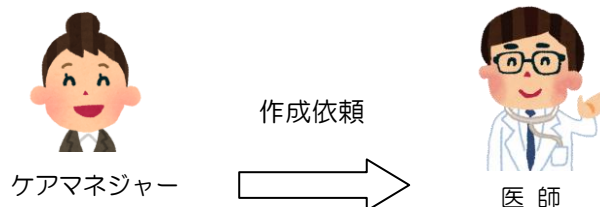
医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション
病院地域連携室、ケアマネジャー、地域包括支援センター
市地域福祉課

<目次> ☆下記の5種類の情報共有ツールについて、活用方法を紹介しています。

1	診療情報提供書・診断書（射水市介護保険サービス用）	1
2	認知症情報共有ツール（射水市版）	5
3	在宅ケア連携ノート（射水市版）	9
4	入院時情報提供書（射水市版）	12
5	多職種連絡票（射水市版）	14

診療情報提供書・診断書（射水市介護保険サービス用）

射水市の介護保険サービスを利用する際に必要な利用者の医療情報の提供を主治医に依頼する様式です。（射水市医師会、射水市内介護サービス事業所及び射水市居宅介護支援事業者連絡協議会において、統一した様式を使用できるよう会議を重ね、平成24年から使用している様式です。）



- ① ケアマネジャーから利用者や家族に対し、介護保険サービスを利用する際に必要な情報であり、作成には自己負担（保険適用）が発生することを説明します。
- ② 利用者が医療機関を受診する際に、「依頼文書（A5版）」「診療情報提供書・診断書」を持参します。

「依頼文書（A5版）」が必要です。ケアマネジャーが記入し、利用者へ渡します。

依頼文書には必要な検査項目を記入する欄があります。介護保険サービスの利用に必要な検査項目を確認し、必ず記入してください。（新たに検査を実施する場合は自己負担が必要となりますので、必ず確認しましょう。）

- ③ 医療機関にて必要な検査を実施し、主治医が「診療情報提供書・診断書」を作成します。

・様式は、射水市ホームページ [いみず医療・介護情報](#) よりダウンロードできます。

<http://www.city.imizu.toyama.jp/guide/svGuideDtl.aspx?servno=21223>



介護保険サービスを利用する際に知っておいてほしい医療情報の要点をまとめて記入します。記入にあたり、診察や必要な検査を行います。



主治医からの指示をいただくことで、本人の状態に配慮したサービスを提供することができます。

依頼文書（A5版）：記入例1

「診療情報提供書・診断書」の作成を医師に依頼する文書です。ケアマネジャーが作成します。

診療情報提供書・診断書の依頼

利用者（ **射水 太郎** ）様について、介護保険サービス（ **〇〇デイサービス** ）の
開始・継続・再開・施設入所 の目的で、診療情報提供書・診断書の作成をご依頼申し上げます。

〇 〇 〇 〇 **病院・医院**
〇 〇 〇 〇 先生

介護保険サービスの利用に必要な検査項目を確認し、必ず記入してください

《 検査の実施について 》 ※該当番号に〇印

・胸部X線 ① 必要 ② 過去の検査結果があれば検査不要（無ければ必要） ③ 不要
・血液検査 ① 必要 ② 過去の検査結果があれば検査不要（無ければ必要） ③ 不要
・感染症検査（ ）※MRSA検査等必要な検査名を記入 ① 必要 ② 不要

〈 作成期限 〉 △△ 年 △ 月 △ 日頃まで

〈 連絡欄 〉 **過去の検査結果は、1年以内でお届けします。**

平成 ○年 ○月 ○○日

（依頼者） 事業所名 居宅介護支援事業所

担当者名 ○ ○ ○ ○

電話番号 ○○ - ○○○○

依頼文書（A5版）：記入例2

診療情報提供書・診断書の依頼

利用者（ **射水 花子** ）様について、介護保険サービス（ **△△ショートステイ** ）の
開始・継続・再開・施設入所 の目的で、診療情報提供書・診断書の作成をご依頼申し上げます。

〇 〇 〇 〇 **病院・医院**
〇 〇 〇 〇 先生

《 検査の実施について 》 ※該当番号に〇印

・胸部X線 ① 必要 ② 過去の検査結果があれば検査不要（無ければ必要） ③ 不要
・血液検査 ① 必要 ② 過去の検査結果があれば検査不要（無ければ必要） ③ 不要
・感染症検査（ **MRSA** ）※MRSA検査等必要な検査名を記入 ① 必要 ② 不要

〈 作成期限 〉 △△ 年 △ 月 △ 日頃まで

〈 連絡欄 〉 **〇月からサービス利用開始予定のため、早めに作成願います。**

平成 ○年 ○月 ○○日

（依頼者） 事業所名 **居宅介護** 事業所

担当者名 ○ ○ ○ ○

電話番号 ○○ - ○○○○

感染症検査で必要なものがあれば記入します

「作成期限」の欄が新たに追加になりました

診療情報提供書・診断書（射水市介護保険サービス用）：記入例1

診療情報提供書・診断書 <射水市介護保険サービス用>			
氏名	射水 太郎	男・女	明治・大正・昭和 ○年 ○月 ○日生(80 歳)
住所	射水市 ○○	電話番号	(○○○○) ○○ - ○○○○
診断名	高血圧	発症年月日	平成10年 4月頃
	めまい症・不眠症	発症年月日	平成25年 10月頃
		発症年月日	年 月頃
既往症	特記事項なし	発症年月日	年 月頃
		発症年月日	年 月頃
治療経過及び治療内容 (特に注意が必要な薬剤情報)		・上記疾患にて内服加療を行い、状態は安定している。 ・水分をあまりとらない傾向があるので水分離合を促すことが必要である。 ・現在の内服は ロサルタン(50)1錠、フロセミド(20)1錠 アテホスコーフ顆粒3g/3× ルネスタ(2)1錠/眠前	
身体状況	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	【ケアマネジャー】
	皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	胸部X線所見 撮影日 平成 年 月 日 必要のない検査や記載項目がある場合は あらかじめ斜線を引いて医療機関に 提出します 
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	
	食物・薬アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	
	栄養状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 → アルブミン 4.5 g/dl	
感染症	血液検査	HBS抗原(+・○) HCV(+・○) TPHA(+・○)	
	検査名 () 結果	検査日 平成 ○年 ○月 ○日	
			<input type="checkbox"/> 検査不能
精神症状	記憶障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度	
	認知症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行
	周辺症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他()
	精神・神経症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	
介護サービス提供における留意事項			
入浴上の注意	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 見守り、血圧の変動に注意 (入浴可能範囲の血圧値 ○ ~ ○ mmHg)		
食事上の注意 (治療食・制限食など)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 塩分を摂り過ぎないように注意してください		
送迎・移動上の注意	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 転倒に注意、見守り介助をお願いします		
その他、特記事項など	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 定期的な外来受診の声かけをお願いします		
医療機関名称	記載年月日	平成 年 月 日	
	医師氏名	Ⓜ	

※書類作成を依頼する際は、別紙「診療情報提供書・診断書の依頼」(A5版)を必ず添付

(事業所名 居宅介護支援事業所)

【ケアマネジャー】
依頼者である事業所名を必ず記入します

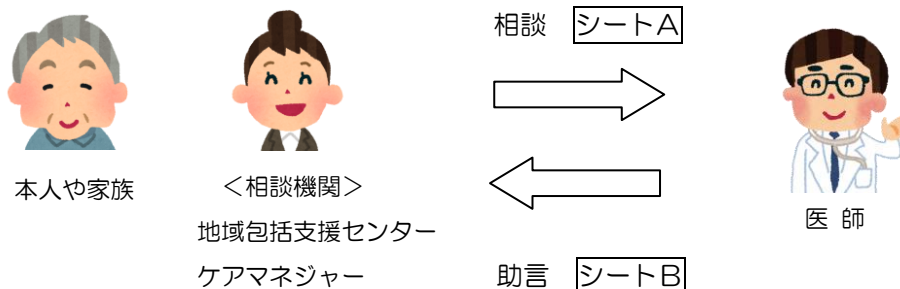
診療情報提供書・診断書（射水市介護保険サービス用）：記入例2

診療情報提供書・診断書 <射水市介護保険サービス用>			
氏名	射水 花子	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	明治・大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇年 〇月 〇日生(78 歳)
住所	射水市 〇〇	電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
診断名	甲状腺機能低下症	発症年月日	平成13年 月頃
	高血圧症	発症年月日	平成23年 月頃
	糖尿病	発症年月日	平成23年 月頃
既往症		発症年月日	年 月頃
		発症年月日	年 月頃
治療経過及び治療内容 (特に注意が必要な薬剤情報)		#原発性甲状腺機能低下症 テラージンS (50) 1錠+ (25) 1錠で安定 #高血圧症 フロフレス 1錠管理下 #糖尿病 グラクティフ (50) 1錠で血糖値正常化 両下肢痛用症候群、フレイルの状況	
身体状況	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	胸部X線所見 撮影日 平成 〇年 〇月 〇日 異常なし  <input type="checkbox"/> 検査不能
	皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	
	食物・薬アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	
	栄養状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 → アルブミン g/dl	
	感染症	血液検査	
検査名 (MRSA) 結果: 陰性			
症状	【ケアマネジャー】 必要な検査項目を記入します	記憶障害	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度
		周辺症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他()
		精神・神経症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →
介護サービス提供における留意事項			
入浴上の注意	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 半身浴、40℃前後の湯加減での入浴が望ましい (入浴可能範囲の血圧値 〇 ~ 〇 mmHg)		
食事上の注意 (治療食・制限食など)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 食事は誤嚥に注意。少量ずつ回数を分ける		
送迎・移動上の注意	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 転倒しないように常時見守り必要。補助具使用		
その他、特記事項など	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →		
医療機関名称	〇 〇 〇 〇	記載年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日
		医師氏名	〇 〇 〇 〇 印
※書類作成を依頼する際は、別紙「診療情報提供書・診断書の依頼」(A5版)を必ず添付 (事業所名 居宅介護 <input type="checkbox"/> 事業所)			

認知症情報共有ツール（射水市版）

シートA…認知症の人が医療機関を受診する際に、普段の生活状況や困りごとを伝える様式です。

シートB…医師から相談機関（認知症の人を支援する地域包括支援センターやケアマネジャー等）へ在宅生活における助言を行う様式です。



シートA

- ① 地域包括支援センターやケアマネジャーが本人や家族から認知症に関する相談を受けた際に、生活状況などを確認しながら **シートA** を記入します。（問診票のように本人や家族に **シートA** を記入してもらうこともできます。）
- ② 本人や家族の同意を得て、地域包括支援センターやケアマネジャーから事前に医療機関へ電話連絡を行い、受診についての相談をします。（必要に応じて、受診前に **シートA** を郵送または持参し、本人の状況を伝えるなど医師と連携を図ります。）
- ③ 本人や家族が医療機関を受診する際に **シートA** を持参し、普段の生活状況や困りごとを相談します。

シートB

- ① **シートA** を受け取った医師は、受診結果や支援する上での助言等を **シートB** に記入し、相談機関へ情報提供します。**シートA** の提出がない場合でも、連絡等が必要な場合は **シートB** を記入し、担当のケアマネジャー等へ提出することができます。
- ② **シートB** は郵送またはFAXで相談機関へ送付します。ただしFAXで送付の場合は、診療情報提供料は算定できません。

シートB を使用して情報提供を行った場合、「診療情報提供料Ⅰ」を算定できます。その場合、医師の印が必要です。 ※算定の要件等は各自でもご確認ください。

- 様式は、射水市ホームページ **いみず医療・介護情報** よりダウンロードできます。

<http://www.city.imizu.toyama.jp/guide/svGuideDtl.aspx?servno=21223>



<相談機関>

地域包括支援センター
ケアマネジャー

本人や家族から認知症に関する相談があった場合、一緒に **シートA** を記入します。生活状況等を確認しながら本人や家族が抱える課題を整理することができます。

医師から **シートB** をいただくことで、治療の状況や本人や家族への指導内容が把握でき、適切な在宅支援に結びつけることができます。

シートA は本人の受診等へつなぐだけでなく、経過報告として状況を記入し、医療機関へ提出することもあります。医師とこまめに連絡をとることで本人や家族の状況や課題などを共有しながら支援を行うことができます。



医師

シートA を活用することにより、本人や家族が伝えたいこと、相談したいことが一目で分かり、スムーズな診療につながります。医学的な判断のもとに本人や家族へアドバイスをを行い、**シートB** を相談機関へ提出することで内容を共有します。

市内 5 か所の地域包括支援センターに

『**認知症地域支援推進員（認知症ささえ隊）**』が配置されています！

<認知症ささえ隊の活動>

- ① 認知症に関する普及啓発活動
- ② 認知症の人やその家族の相談支援
- ③ 認知症の人やその家族が、必要な医療や介護等のサービスが受けられるよう関係機関等とのつなぎや連絡調整の支援

認知症に関する相談支援を行っていますので、心配なことがあれば地域包括支援センターに相談するようおすすめください。



認知症情報共有ツール（射水市版） **シートA** : 記入例

シートA を医療機関へ提出する際、シートB での連絡を希望する場合は一緒に様式を提出します。

情報提供書(相談機関等から医療機関への連絡シート)

平成 〇年 〇月 〇日

目的: 受診希望(認知機能障害の評価等) 状況(経過)報告 その他()

医療機関からの連絡: 希望します(別紙「シートB・射水市版」) 特に希望はありません

その他()

医療機関名 〇 〇 〇 〇
 住 所 射水 (市) 町 村
 電話(FAX) (〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
 医師名 〇 〇 〇 〇 様

相談機関等名 〇〇地域包括支援センター
 住 所 射水市 〇〇
 電話(FAX) 〇〇-〇〇(FAX 〇〇-〇〇)
 担当者名 〇〇 〇〇(認知症地域支援推進員)

◆基本情報

ふりがな	たいごう さくらこ	性別	男 () 女 ()	生年月日	M・T・S 〇年 〇月 〇日 (80 歳)
氏名	太閤 桜子				
住所	射水 (市) 町 村 〇 〇 〇	家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> 単身 同居家族() 主な介護者 氏名(薬勝寺 池子) 住所(射水市 〇〇) 日中の連絡先(自宅 職場・携帯) 夜間の連絡先(自宅 職場・携帯)		
要介護度	総合事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			<input checked="" type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 申請なし
介護保険サービスの利用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 有(内容)				
他医療機関の受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 有(科・疾患名)				

◆現在の状況等 ※記載者 家族(続柄 長女) 相談機関()

あてはまるものに○をつけてください。特に困っていることには◎をつけてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 最近あったできごとを忘れるようになった | <input type="checkbox"/> 食事をしたことを忘れて何度も食べようとする |
| <input checked="" type="checkbox"/> 同じことを何度も言ったり、聞いたりする回数が増えた | <input type="checkbox"/> 意欲がなくなった。以前楽しんでいたことが楽しくなくなった |
| <input type="checkbox"/> 同じものを何度も買ったり、いつも大きいお金を支払うようになった | <input type="checkbox"/> ふさぎこんだり、涙もろくなった |
| <input type="checkbox"/> 正しい年齢がわからない(3歳以上食い違う) | <input type="checkbox"/> 日中ぼーっとしていることがある |
| <input type="checkbox"/> 今会った人のことをすぐ忘れるようになった | <input type="checkbox"/> はっきりしている時とはっきりしない時がある |
| <input type="checkbox"/> よく知っている人の顔と名前を忘れるようになった | <input type="checkbox"/> 身体が硬い、動作が遅い、歩きが小股等の症状がある |
| <input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わなくなった | <input type="checkbox"/> ないものが見えたり聞こえたりする |
| <input type="checkbox"/> 時間や場所の感覚が不確かになった | <input type="checkbox"/> 夜中にうなされたり、おやつと思う行動をしたりする |
| <input type="checkbox"/> 慣れている場所で道に迷うようになった | <input type="checkbox"/> ものやお金を盗られたと言う |
| <input type="checkbox"/> 外出をして戻れないことがある。 | <input type="checkbox"/> 火の不始末がある(タバコの不始末や鍋の焦がし等) |
| <input type="checkbox"/> 洋服を選んで着れない、適切に着れない | <input type="checkbox"/> 落ち着きがなくなったり、座ってられない |
| <input type="checkbox"/> 一人での入浴が難しくなった | <input type="checkbox"/> 大声を出したり、乱暴になったり、怒りっぽくなった |
| <input type="checkbox"/> トイレで失敗したり、漏らしたりするようになった | <input type="checkbox"/> 徘徊する |

「今までと違う」と思ったのはいつ頃からですか。 H29年 8月頃から
 (症状がひどくなってきた時期ではなく、少しでも「今までと違う」と感じた時期を記載ください。)

その頃の主な症状(長女が訪問した日がいづだったか不確かになった。)

その他、気になっていることや困っていることなどを記載してください。

- ・ゴミを捨てる日が分からないなど曜日の感覚が弱い。
- ・話をした内容を忘れるようになった。
- ・市役所から届く案内などの書類の処理ができなくなった。

気づいたことや気になっていることなどを具体的に記入します

◆家族のみが受診する場合 受診者: (続柄)

(本人の意向や相談したい内容)

◆その他 特記事項

- ・不安になった時に、本人から電話をかけてくる事が多くなった。

認知症情報共有ツール（射水市版） **シートB** : 記入例

情報提供書（医療機関から相談機関等への連絡シート）

平成 ○年 ○月 ○日

【相談機関】
 ○○地域包括支援センター 御中

あらかじめ本人の情報を記入し
 医療機関へ提出します

本人氏名 木間 桜子 生年月日 M T S ○年 ○月 ○日 (80 歳) 電話番号 () - () 住 所 射水 (市) 町 村 ○ ○	医療機関名 ○ ○ ○ ○ 住 所 射水市 ○ ○ 電話(FAX) ○ ○ - ○ ○ ○ 医 師 名 ○ ○ ○ ○ (印)
---	---

1. 目的 受診結果報告 連絡・依頼 その他()

2. 受診日 平成 ○年 ○月 ○日

3. 受診結果

<input checked="" type="checkbox"/> 認知症の可能性がある <input type="checkbox"/> 現時点では判断不可(要精査) <input type="checkbox"/> 現時点では特に問題はなし <input type="checkbox"/> その他()	【検査】 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 長谷川式テスト 21 点 <input checked="" type="checkbox"/> その他(頭部CTスキャン)
---	---

【今後の予定】
 当院でのフォロー
 他医療機関へ紹介(医療機関名:)
 認知症専門医療機関への紹介(医療機関名:)
 その他()

鑑別診断の結果や治療等についての説明内容、
 説明を受けた方の反応等を記入します

4. 受診時のご本人、ご家族への説明・指導内容など

【当院から説明・指導をした人】 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄: 長女) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 今後の予定 (定期的通院による内服治療の継続) <input checked="" type="checkbox"/> 薬の処方内容 (具体的に: ケタス10mg 3cap/分3, フロレナル5mg 3錠/分3) <input checked="" type="checkbox"/> 生活上の注意点等(具体的に) ・ 規則正しい生活を心がける。 ・ 予定やその他必要なことはメモをするように心がける。
--	--

5. サービス導入などの検討事項

在宅での生活が可能
 介護サービスの利用を検討する
 その他()

施設入所を検討する
 入院を検討する…… 精神科 その他

【介護などでの留意点や意見など】
 ・**MCIの状態と思われ、内服治療と介護サービスの利用での症状の経過観察をしていく。**
 ・**腰部脊柱管狭窄症の合併あり、併せて内服治療を進める必要あり。**

介護保険サービスの導入やその他必要と思われる
 サービス(見守り等)についての意見を記入します

6. 相談機関への連絡事項、特記事項など

次回受診(相談)予定日[平成 ○年 ○月 ○日] または予定時期[か月後頃]

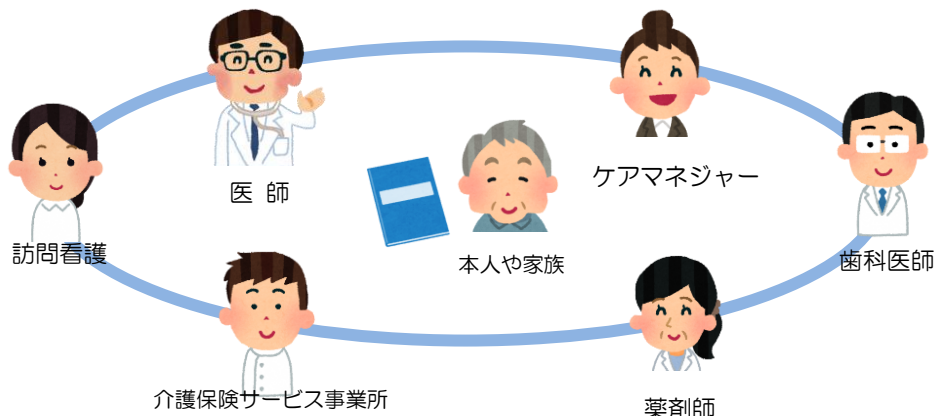
・**次回も長女と一緒に来院していただき、血液検査をする予定。**
 ・**介護保険サービスの利用について相談しています。**

相談機関への助言や連絡
 事項等を記入します

【相談機関から当院へ問合せをされる時は、次のようにしてください】
 電話(都合のいい時間帯:) FAX(番号: ○ ○ - ○ ○ ○)
 メール(アドレス:) その他()

在宅ケア連携ノート（射水市版）

在宅療養を行う本人や家族、医療機関及び介護保険サービス事業所等が、本人の体調、受診結果及びサービス利用時の状況等を記入するノートです。本人の身体状況や支援内容等を共有することで、多職種が連携して本人や家族への支援を行うことができます。



【在宅ケア連携ノートの内容】

フェースシート、専門職のリスト、生活上の注意点、緊急連絡先、お薬のリスト、毎日の記録

- 担当ケアマネジャーや地域包括支援センターから要介護や要支援認定を受けている方へ「在宅ケア連携ノート」を配付します。（主に複数のサービスを利用し、在宅療養生活に関わる医療・介護スタッフの情報共有が必要な場合に在宅ケア連携ノートを配付していますが、ご希望の方にも配付しています。）



医師

訪問診療の際に記録をします。また来院できる方には在宅ケア連携ノートを持参してもらい、在宅生活の様子を確認し、記録をします。（診療内容の要点を記入しています。）

関わっている多職種が記録を残すので、在宅ケア連携ノートを見れば支援経過が分かり、情報共有につながります。特に必要な部分はラインを引いたり、付箋を貼ったりして工夫をすると分かりやすいです。



ケアマネジャー

本人や家族が日頃の様子（食事、排せつ、血圧など）を書きとめ、気になっていることを質問することができ、コミュニケーションツールとしても活用しています。



訪問看護



介護保険サービス事業所

訪問看護や介護保険サービスを提供する際、受診時の主治医からの指示等を必ず確認します。本人の状態把握につながり、気になることがあれば主治医に確認しています。



歯科医師

訪問歯科診療を実施する際、主治医との連携を図る上で、受診状況や服薬状況を確認しています。また歯科診療の記録を在宅ケア連携ノートに記録します。来院される方もノートを持参していただければ、診療の記録をします。



薬剤師

処方されている薬がうまく飲めない、管理できないなどがありましたら、在宅ケア連携ノートを持参の上、ご相談ください。生活面に配慮してアドバイスをします。また、在宅へ訪問することもできます。



本人や家族

緊急で病院を受診した際に在宅ケア連携ノートを持参しました。身体状況や受診状況を的確に伝えることができ、助かりました。



ケアマネジャー

在宅での活用だけでなく、病院受診や歯科受診、服薬で困ることがあれば薬局へも持参するなど、関わる多職種が在宅ケア連携ノートを活用していけるよう利用者やご家族にノートの使い方を説明しています。

みんなでささえる在宅医療



訪問歯科診療

在宅等で療養を行っており、病気やケガにより通院による歯科診療が困難な方を対象に訪問歯科診療を行っています。訪問歯科診療を希望される場合は、かかりつけ歯科医にご相談ください。かかりつけ歯科医がない場合は下記までご相談ください。

射水市在宅医療介護連携支援相談窓口（射水市地域福祉課内）TEL 51-6625

訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導

保険薬局では、在宅医療を受けていて薬局に行くのが困難な方に対して、薬剤師が自宅を訪問して、薬に関する説明や相談、服薬管理などを行うことができます。かかりつけの薬剤師へご相談ください。

在宅ケア連携ノート（射水市版）：記入例

ノート記入例 ヘルパーと医師の訪問を受けている吉田さんの例を示しましたが、皆様ご自身のノートとして自由にお書き下さい。

月/日	記入者/所属	今日のできごと・楽しんだこと 心配なこと・身体の調子など	本人・家族・専門職などのコミュニケーション					
			身体 の 調 子				質問・伝言など	
4/6 (金)	吉田太郎	やっとなんか暖かくなってきた。午後からホームヘルパーの佐藤さんが来て、買い物と、好物の煮物を作ってくれた。この頃は食欲があって何でも美味しいが、入れ歯が合わなくなったような気がする。明日は孫の三郎が来るので、楽しみだ。	服薬	朝 ○	昼 ○	お	夕 ○	三郎さんへ
			食事	ごはん 卵焼き みそ汁	ごはん みそ汁 肉じゃが		ごはん 煮物 焼魚	入れ歯がゆるくなっている
			排尿	4 /日	排便	1 /日	入浴	様です。かか
			血压	/	体温		脈拍	りつけの歯科
	佐藤ヘルパー	13時～14時訪問、やや硬い便がありました。	*近所を散歩					医はあります か。 佐藤
/	吉田三郎		服薬	朝	昼	お	夕	ヘルパー佐藤さんへ
			食事					歯科の橋本先生に往診をお願いしました。
			排尿	/日	排便	/日	入浴	
			血压	/	体温		脈拍	
							孫(三郎)	
4/7 (土)	鈴木医師	9:30 往診 仙骨部、左足踵部に褥瘡あり。圧迫・ズレが原因と考えられるため今後、体位変換、車イス移乗時要注意。	服薬	朝 ○	昼 ○	お	夕 ○	次の往診は4/16(月)です。体位交換時は横向きにするよう鈴木先生に言われました。
			食事	カステラ 牛乳 いちご	ごはん 煮魚 青菜	ヨーグルト	ごはん シチュー 肉豆腐	ヘルパー(佐藤)
			排尿	4 /日	排便	1 /日	入浴	
			血压	150 / 105	体温	36.5	脈拍	60
	佐藤ヘルパー	9時～10時訪問						
吉田太郎	孫と桜川へ車椅子で散歩に行った。桜の花が満開でした。気分転換できるので、お天気の良い時には時々外出したいものです。							

生活上の注意点（あなたが生活を送る上で気をつけるように説明されていることなど）

- ・入浴はぬるめのお湯で入るようにする
- ・4/7 かかとの水疱は圧迫、ズレがないように注意を。(鈴木医院・鈴木より)



訪問看護

介護保険サービス事業所

質問・伝言欄を活用し、ご家族や多職種へ伝えたいことを記入し、やりとりができます。

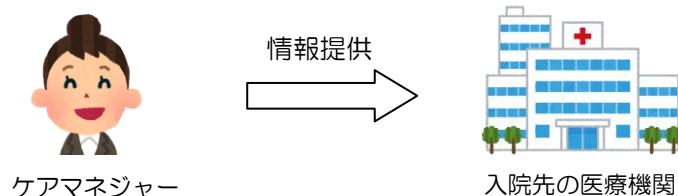


医師

ご家族が記入される生活の様子から、日頃の身体状況を知ることができ、体調の変化の把握につながっています。

入院時情報提供書（射水市版）

入院早期より退院に向けて支援を行うことを目的に、ケアマネジャーから入院先の医療機関へ利用者の生活状況等についての情報を提供する様式です。



- ケアマネジャーは利用者が入院した場合、入院先の医療機関へ「入院時情報提供書」を持参またはFAX等で送付し、利用者情報を共有します。
- 入院してから3日以内又は7日以内に情報提供した場合、「入院時情報連携加算」が算定できます。

「入院時情報連携加算」…利用者が医療機関に入院するにあたって、利用者の心身の状況（例えば、疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況等の情報を提供した場合、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算

※ 加算の算定要件は各自でもご確認ください。

- 様式は、射水市ホームページ [いみず医療・介護情報](#) よりダウンロードできます。

<http://www.city.imizu.toyama.jp/guide/svGuideDtl.aspx?servno=21223>



入院先の医療機関

提出された入院時情報提供書は、病院の個人カルテと一緒に保管し、主治医、看護師、リハビリスタッフ等で情報共有しています。本人の生活状況を知ることによって、退院に向けた支援を早期から行うことができます。

入院期間が短い場合でも、この様式の送付により、退院時の看護サマリーを作成しやすくなります。



ケアマネジャー

入院の際には、利用者やご家族からケアマネジャーに連絡をしてもらうよう伝えてあります。入院した医療機関と連携を図り、支援を行います。

入院時情報提供書（射水市版）：記入例

入院時情報提供書（居宅介護支援事業所→病院・診療所）

作成日 H〇〇年〇月〇日

〇〇病院・医院 〇〇先生

以下の情報は利用者本人及び家族の同意に基づき、提供しています。

被保険者番号
〇〇〇〇

フリガナ 氏名	イミス ハナコ 射水 花子	性別	男・女	生年月日	M T S 〇年〇月〇日(78歳)
住所	射水市 〇〇	自宅電話番号	(〇〇) 〇〇 - 〇〇〇		
フリガナ 家族氏名	イミス イチロウ 射水 一郎	続柄	長男	同居の有無	同居 別居
住所		電話番号	() -		
世帯状況	独居 高齢者夫婦 日中独居 其他()	住環境等	一戸建て 集合住宅(階) 階段等の有無(有・無)		
生活状況 家族状況	<p>長男夫婦と同居しているが、二人とも自営業で不在のため、日中は独居生活。夫は△△病院に入院中。自宅は住宅改修し、手すりや玄関スロープの設置済。本人の居室には使用済のオムツが落ちているなど不衛生な面があったが、本人が長男夫婦の居室の立ち入りを拒否していたため、そのままになっていた。本人は頑固な性格で人との交流があまり好きではない。介護保険サービスの利用をはじめは拒否されていたが、デイサービスに通い始めると少しずつ環境に慣れ、現在週3回利用していた。</p>				

自宅の環境や本人の性格、家族関係、経済状況など支援するにあたり、情報を共有すべきことを記入します

介護保険等情報（サービス利用状況）

要介護度	要介護2		(有効期間) 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日
サービス 利用状況	訪問介護	週 〇 回	通所リハ 週 〇 回
	訪問看護	週 〇 回	福祉用具貸与 車椅子(外出時のみ)
	通所介護	週 3 回	その他 週 〇 回
障害等認定	身障(種 級) 精神() 級 療育() 難病(疾患名)		

疾患及びADL情報

疾患及びADL情報		特記事項	
障害高齢者の日常生活自立度	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 IIa IIb IIIa IIIb IV M		
食事	食事	自立 見守り等 一部介助 全介助	固い物が食べづらく、食事が減ってきている。
	形態	主=常食(粥・ミキサー等) 副=常食(軟菜) きざみ食・ミキサー食	
	食器用具	はし スプーン エプロン その他	
排泄	排尿	自立 見守り等(介護者の指示含む) 一部介助 全介助	日中はトイレを使用しているが、間に合わないことがあるため紙パンツを着用していた。
	排便	自立 見守り等(介護者の指示含む) 一部介助 全介助	
	失禁	有 ときどき まれにあり なし	
	方法	トイレ PTトイレ・おむつ(紙おむつ、パンツ型、パット)・カテーテル等	
着脱	上着の着脱	自立 見守り等(介護者の指示含む) 一部介助 全介助	
	スボン・パンツ着脱	自立 見守り等(介護者の指示含む) 一部介助 全介助	
清潔	入浴	一般浴(自立 見守り)・洗身介助 椅子浴 機械浴	
	保清	洗顔・歯磨き(自立) 一部介助 全介助 義歯(有 無)	
移動	歩行	自立 見守り等(介護者の指示含む) 一部介助 全介助	杖歩行(外出時は車椅子)
	移乗	自立 見守り等(介護者の指示含む) 一部介助 全介助	
	方法	独歩 杖 シルバーカー 歩行器 車いす その他	
社会	聴力	普通 やや難聴 難聴(補聴器:有・無)	
	視力	普通 やや見えない 殆ど見えない 見えているかどうか不明	

認知症の症状や入院によって見込まれる状態の変化等があれば記入します

認知症の症状・その他

以前より物忘れが増えたと家族は心配している。日中は独居となるため、ある程度ADLが元に戻らないと自宅退院は難しいかもしれない。

退院に向けてのお願い

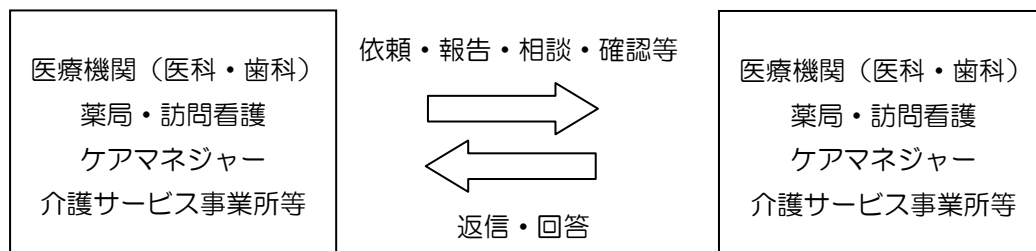
- 退院が決まり次第、ご連絡をいただければ幸いです。
- 必要に応じて退院時の情報提供をお願い致します。

事業所名	〇〇〇〇
担当者名	〇〇〇〇
電話番号	〇〇-〇〇〇〇
FAX番号	〇〇-〇〇〇〇

多職種連絡票（射水市版）

情報共有ツールワーキング部会で
新たに作成した様式です。

医療・介護の多職種が連携を図るため、依頼、報告、相談、確認等を行う際に使用する様式です。この様式は参考様式ですので、他の独自の様式を用いることは妨げません。多職種の連携のためのツールとしてご活用ください。



- ・多職種と連携を図る際は、状況に応じて様々な方法（電話や面談、文書の送付、サービス担当者会議等）を選択します。「多職種連絡票」もそのひとつとして活用してください。（ただし、多職種連絡票は診療情報提供書とは異なりますので、保険点数等の費用請求はできませんのでご注意ください。）

<使用例> 担当ケアマネジャーになったことの自己紹介

医療系サービスの導入やケアプラン作成にあたり、主治医への相談

サービス担当者会議開催のお知らせや欠席時の意見の聴取

在宅療養者の服薬状況等についてかかりつけ薬剤師への相談

在宅療養者の口腔衛生や義歯等についてかかりつけ歯科医への相談 など

- ・「多職種連絡票」は、本人や家族を支援するためのものとなるため、可能な限り同意を得ながら作成します。
- ・FAXで多職種連絡票を送付する際は、送付間違いのないよう十分注意してください。（送付先を登録する、2人以上で送付確認を行う、FAX送付後は相手先に電話し受信確認を行うなど）
- ・様式は、射水市ホームページ [いみず医療・介護情報](#) よりダウンロードできます。

<http://www.city.imizu.toyama.jp/guide/svGuideDtl.aspx?servno=21223>



医師

診療時間中は電話対応が難しいことが多いため、連絡票で用件を伝えてもらえると空き時間に対応できて助かります。

多職種連絡票（射水市版）：記入例1 【ケアマネジャー】から【医師】へ

取扱注意	○ 年 ○ 月 ○ 日		
多 職 種 連 絡 票			
宛 先	関係機関等の名称、担当者氏名 ○ ○ 医院 _____ _____ ○ ○ ○ ○ 様	発 信 元	事業所名称、担当者氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 担当○○ 電話番号 ○○-○○○ FAX番号 ○○-○○○
日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いたします。			
<本人の同意について> <input checked="" type="checkbox"/> ご本人またはご家族の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> 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、連絡いたします。			
本 人	氏 名 射水 太郎 生年月日 明・大(昭) ○年 ○月 ○日生	介護度 年 齢 80 歳	事業対象・要支援1、2・要介護1、2 (2) (男)
相 談 内 容	件 名 状態変化の報告 <input type="checkbox"/> 返信をお願いします。 (月 日頃まで / できるだけ至急回答願います) <input checked="" type="checkbox"/> 返信は不要ですのでご確認ください。 現在週2回ショートステイを利用されていますが、食事摂取量が少ない状況です。 (朝食：5割摂取、昼食：7割摂取、夕食：5割摂取程度が2週間続いている) ご家族から日頃の様子をお聞きしたところ、今月に入ってから食事は通常の半分程度しかとれないことが多いとのことですが、本人さんの状態はあまり変わらないように感じておられるとのこと。 ○日の定期受診時に先生にご相談をしていただくようご家族にお伝えしましたので よろしくお願いたします。 <div style="text-align: right;">記入者氏名 ○ ○ ○ ○</div>		
返 信	<input type="checkbox"/> 直接会って回答します (月 日 時頃に来所してください) <input type="checkbox"/> 電話で回答します (月 日 時頃に電話してください) <input type="checkbox"/> 当連絡票で回答します		
<div style="text-align: right;">年 月 日 記入者氏名</div>			
※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。 ※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。 (射水市共通様式)			

本人や家族を支援するための連絡票となるため、可能な限り同意を得ながら作成します。

医師と連絡をとる際は「射水市主治医連携表」を活用しましょう

地域包括支援センターの主任介護支援専門員が中心となり、射水市内の医療機関と連携をとる際に相談可能な曜日や時間、連絡手段をまとめた「射水市主治医連携表」（毎年更新）を作成しています。必要な方はお近くの地域包括支援センターまでお問合せください。

多職種連絡票（射水市版）：記入例2 【訪問看護】から【ケアマネジャー】へ

訪問看護や介護サービスの提供の際に、本人の様子で気になることがあれば、多職種連絡票を活用し、ケアマネジャーへ連絡や相談を行うことができます。

取扱注意	○年○月○日				
多 職 種 連 絡 票					
宛 先	関係機関等の名称、担当者氏名 ケアマネジャー ○ ○ ○ ○ 様	発 信 元	事業所名称、担当者氏名 △訪問看護ステーション 担当○○ 電話番号 ○○-○○○ FAX番号 ○○-○○○		
日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いたします。					
<本人の同意について> <input checked="" type="checkbox"/> ご本人またはご家族の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> 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、連絡いたします。					
本 人	氏 名	太閤 桜子	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護1、 2 、3、4、5・申請中	
	生年月日	明・大・ 昭 ○年 ○月 ○日生	年 齢	80 歳	男・ 女
相 談 内 容	件 名	訪問回数について			
	<input checked="" type="checkbox"/> 返信をお願いします。（ ○ 月 ○ 日頃まで / できるだけ至急回答願います ） <input type="checkbox"/> 返信は不要ですのでご確認ください。				
	現在週1回の訪問看護で、健康状態観察、排便コントロール、全身清拭等を行っていますが、最近緊急コールが頻回にあり、状態が不安定です。 ティサービスの無い曜日で、訪問看護の回数を増やすことは可能でしょうか？ご家族の希望もありましたので、ご検討願います。				
	記入者氏名 ○ ○ ○ ○				
返 信	<input type="checkbox"/> 直接会って回答します（ 月 日 時頃に来所してください） <input type="checkbox"/> 電話で回答します（ 月 日 時頃に電話してください） <input checked="" type="checkbox"/> 当連絡票で回答します				
	主治医の○○先生へ状況をお伝えし、指示をもらいます。ご家族とも相談し、ケアプランについても見直していきますので、またご連絡いたします。				
	○年○月○日 記入者氏名 ○ ○ ○ ○				
※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。 ※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。					
（射水市共通様式）					

多職種連絡票（射水市版）：記入例3 【ケアマネジャー】から【薬剤師】へ

本人の服薬状況や副作用等で気になることがあれば、多職種連絡票を活用し、薬剤師へ相談をすることができます。

取扱注意	○ 年 ○ 月 ○ 日			
多 職 種 連 絡 票				
宛 先	関係機関等の名称、担当者氏名 ○ ○ 薬局 _____ 様 ご担当薬剤師	発 信 元	事業所名称、担当者氏名 居宅介護 <input type="checkbox"/> 事業所 担当 ○ ○ 電話番号 ○ ○ - ○ ○ ○ FAX番号 ○ ○ - ○ ○ ○	
日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。				
<本人の同意について> <input checked="" type="checkbox"/> ご本人またはご家族の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> 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、連絡いたします。				
本 人	氏 名	射水 花子	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護1(2)、3、4、5・申請中
	生年月日	明・大(昭) ○年 ○月 ○日生	年 齢	78 歳 男 ・ (女)
	件 名	服薬に関するご相談		
		<input checked="" type="checkbox"/> 返信をお願いします。 (○ 月 ○ 日頃まで / できるだけ至急回答願います) <input type="checkbox"/> 返信は不要ですのでご確認ください。		
相 談 内 容	認知機能の低下により服薬の記憶があいまいなため、ご家族やヘルパーが服薬確認をしています。錠剤が飲みにくいよう服薬を拒否されることもあります。何か工夫できることはありますか			
		記入者氏名	○ ○ ○ ○	
返 信	<input type="checkbox"/> 直接会って回答します (月 日 時頃に来所してください) <input type="checkbox"/> 電話で回答します (月 日 時頃に電話してください) <input checked="" type="checkbox"/> 当連絡票で回答します			
	錠剤は、散剤や崩壊錠、液剤への変更をすることができますので、受診の際に主治医へご相談されることをおすすめします。 また、薬の飲み忘れがないよう服薬カレンダーやお薬BOXを使うことも有効です。お薬をお渡しする際に、ご家族へもご紹介していきます。			
		記入者氏名	○ ○ ○ ○	
※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。 ※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。				
				(射水市共通様式)

多職種連絡票（射水市版）：記入例4 【薬剤師】から【医師】へ

取扱注意

○年○月○日

多 職 種 連 絡 票

宛 先	関係機関等の名称、担当者氏名	発 信 元	事業所名称、担当者氏名
	○ ○ 医院 _____ ○ ○ ○ ○ 様		○ ○ 薬局 担当 △△ 電話番号 ○○-○○○ FAX番号 ○○-○○○

日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。

<本人の同意について>

- ご本人またはご家族の同意を得ています。
- 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、連絡いたします。

本 人	氏名	射水 太郎	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護1、 <u>2</u> 、3、4、5・申請中	
	生年月日	明・大・ <u>昭</u> ○年 ○月 ○日生	年齢	80 歳	<u>男</u> ・女
相 談 内 容	件名	服薬内容の確認			
	<input checked="" type="checkbox"/> 返信をお願いします。 (○ 月 ○ 日頃まで / できるだけ至急回答願います) <input type="checkbox"/> 返信は不要ですのご確認ください。				
	今回処方 ○○ (薬剤) は、他院処方 △△ (薬剤) と重複が認められます。 <input type="checkbox"/> (薬剤) への変更はいかがでしょうか (または削除でいかがでしょうか)				
記入者氏名 ○ ○ ○ ○					

返 信	<input type="checkbox"/> 直接会って回答します (月 日 時頃に来所してください)
	<input type="checkbox"/> 電話で回答します (月 日 時頃に電話してください)
<input checked="" type="checkbox"/> 当連絡票で回答します	
今回処方 ○○ (薬剤) を削除とします。	
医師の指示を代筆 することも可能です	
○○医師に確認し、代筆しました。	
○ 年 ○ 月 ○ 日 記入者氏名 看護師 ○ ○	

※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。

※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。

(射水市共通様式)

多職種連絡票（射水市版）：記入例5 【ケアマネジャー】から【歯科医師】へ

本人の口腔衛生や義歯等について気になることがあれば、多職種連絡票を活用し、歯科医師へ相談をすることができます。

取扱注意	○ 年 ○ 月 ○ 日			
多 職 種 連 絡 票				
宛 先	関係機関等の名称、担当者氏名 ○ ○ 歯科クリニック _____ _____ ○ ○ ○ ○ 様	発 信 元	事業所名称、担当者氏名 居宅介護 <input type="checkbox"/> 事業所 担当 ○ ○ 電話番号 ○ ○ - ○ ○ ○ FAX番号 ○ ○ - ○ ○ ○	
日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。				
<本人の同意について> <input checked="" type="checkbox"/> ご本人またはご家族の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> 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、連絡いたします。				
本 人	氏 名	太閤 桜子	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護1、2、3 (4) ・5・申請中
	生年月日	明・大・ (昭) ○年 ○月 ○日生	年 齢	80 歳 男 ・ (女)
	件 名	訪問歯科診療に関するご相談		
	<input checked="" type="checkbox"/> 返信をお願いします。 (○ 月 ○ 日頃まで / できるだけ至急回答願います) <input type="checkbox"/> 返信は不要ですのでご確認ください。			
相 談 内 容	<p>寝たきりで自宅療養のため、訪問診療を受けている方です。 奥歯がぐらぐらしており、食べるときに不都合な状況となっているため、訪問歯科診療を依頼したいと思いますが可能でしょうか？ 過去に○○歯科クリニックにて義歯を作成していると聞いております。</p> <p style="text-align: right;">記入者氏名 ○ ○ ○ ○</p>			
返 信	<input checked="" type="checkbox"/> 直接会って回答します (○ 月 ○ 日 ○ 時頃に来所してください) <input type="checkbox"/> 電話で回答します (月 日 時頃に電話してください) <input type="checkbox"/> 当連絡票で回答します			
<p>当院へ通院しておられた記録がありました。訪問診療を実施するにあたり、本人の身体状況などを確認させていただきたいので、来院し状況を聞かせてください。</p> <p style="text-align: right;">○ 年 ○ 月 ○ 日 記入者氏名 ○ ○ ○ ○</p>				
※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。 ※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。				

多職種連絡票（射水市版）：記入例6 【歯科医師】から【ケアマネジャー】へ

取扱注意

○年○月○日

多 職 種 連 絡 票

宛 先	関係機関等の名称、担当者氏名	発 信 元	事業所名称、担当者氏名
	居宅介護 □□事業所 <hr/> 担当ケアマネジャー 様		○○ 歯科クリニック 電話番号 ○○-○○○ FAX番号 ○○-○○○

日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。

<本人の同意について>

- ご本人またはご家族の同意を得ています。
- 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、連絡いたします。

本 人	氏名	海王 丸子	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護 ^① 2、3、4、5・申請中	
	生年月日	明・大 ^② ○年○月○日生	年齢	75 歳	男・ ^③ 女
相 談 内 容	件名	歯科診察の結果			
	<input type="checkbox"/> 返信をお願いします。 (○ 月 ○ 日頃まで / できるだけ至急回答願います) <input checked="" type="checkbox"/> 返信は不要ですのでご確認ください。				
○/○に当院受診され、抜歯を行いました。抜歯後の経過は問題ありませんが、顔の腫れや痛みが出る場合もあり、痛み止めを処方しています。 2～3日で軽快しますが、痛みが強い、発熱があるなどの状態の変化があるようでしたら受診するよう伝えました。本人より相談があれば、ご連絡ください。 (ご本人にも伝えましたが、独居でご家族は県外にいらっしゃるかと聞いていますので、連絡しました。)					
記入者氏名 ○ ○ ○ ○					

返 信	<input type="checkbox"/> 直接会って回答します (○ 月 ○ 日 ○ 時頃に来所してください)
	<input type="checkbox"/> 電話で回答します (月 日 時頃に電話してください)
	<input checked="" type="checkbox"/> 当連絡票で回答します
週3回ヘルパーを利用しておられますので、抜歯後の変化がないか確認を依頼しました。もし気になることがあれば、ご連絡いたします。	
○年○月○日 記入者氏名 ○ ○ ○ ○	

※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。

※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。

(射水市共通様式)

射水市版情報共有ツール活用ガイド（案）に関するご意見について

射水市在宅医療・介護連携推進協議会情報共有ツールワーキング部会で作成した「射水市版情報共有ツール活用ガイド（案）」について、関係機関の皆様のご意見を求めます。

<提出期間> 平成30年2月23日（金）～平成30年3月16日（金）

<提出先> 射水市地域福祉課 FAX 51-6657

(団体名)	
(記入者氏名)	
ガイド頁数	ご意見の内容

住民普及啓発ワーキング部会

平成29年度在宅医療と介護を考える市民公開講座

～この街で この家で ずっとあなたといたいから～ 実施報告

日 時 平成30年1月21日（日）午後1時～4時15分

会 場 アイザック小杉文化ホール ひびきホール

来場者 約400名（スタッフ含）

内 容

○開会あいさつ 射水市在宅医療・介護連携推進協議会 高橋会長

○特別講演（午後1時5分～2時40分）

講 師 福井県おおい町国保名田庄診療所 所長

自治医科大学地域医療学 臨床教授 中村 伸一氏

演 題 自宅で大往生 ～ええ人生やったと言うために～

内 容 中村先生の携わった在宅医療の事例を紹介しながら、家族・地域のつながりや支え合いの気持ちの大切さ、医療や介護等多職種連携の重要性、地域包括ケアシステムの構築の重要性などについて講演

○寸劇（午後2時45分～3時15分）

出演者 小杉爆笑劇団と地域包括支援センター職員

演 題 住み慣れた家で… ～在宅医療介護連携、そして家族愛～

内 容 急性期医療→回復期医療（リハビリ療養）→在宅医療の流れについて、寸劇をとおして分かりやすく紹介

○フォーラム（午後3時15分～4時15分）

発言者 ご家族、主治医、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問介護福祉士

コメンテーター 中村 伸一氏

コーディネーター 富山福祉短期大学 学長 炭谷 靖子氏

内 容 在宅での看取りの体験談をとおして、実際の在宅医療・介護にかかわる多職種の紹介や主治医を持つことの大切さについて啓発

○関係団体パネル展示・相談会

展示団体 医師会、歯科医師会、薬剤師会、射水市民病院、真生会富山病院
訪問看護ステーションひよどり、富山福祉短期大学
認知症地域支援推進員、射水市

相談会 お口の健康相談会

相談件数 17件

年代 40歳以下 4件、40～64歳 1件、65歳以上 12件

内容 本人の口腔管理について 16件、その他 1件

もの忘れ・認知症相談会

相談件数 6件

相談者 家族 4件、民生委員 2件

内容 認知症について 5件、その他 1件

平成29年射水市在宅医療と介護を考える市民公開講座 アンケート集計表

アンケート配布数：348名

アンケート回収数：174名 回収率：50%

1 特別講演の内容はいかがでしたか？

大変参考になった	参考になった	あまり参考にならなかった	参考にならなかった	無記入	計
141	33	0	0	0	174
81.0%	19.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

2 寸劇の内容はいかがでしたか？

大変参考になった	参考になった	あまり参考にならなかった	参考にならなかった	無記入	計
84	81	1	0	8	174
48.3%	46.6%	0.6%	0.0%	4.6%	100.0%

3 フォーラムの内容はいかがでしたか？

大変参考になった	参考になった	あまり参考にならなかった	参考にならなかった	無記入	計
73	68	4	0	29	174
42.0%	39.1%	2.3%	0.0%	16.7%	100.0%

4 在宅での介護に対して不安を感じることはありますか？

大変感じている	多少感じている	感じていない	無記入	計
44	91	20	19	174
25.3%	52.3%	11.5%	10.9%	100.0%

具体的な内容（抜粋）

夫婦二人暮らしです。老老介護について、お互い介護される立場になったとき、二人とも体力に自信がない。

家で看るのは本当に可能か、又支援サービスの利用の仕方がわからない。

最近は老々介護になる可能性が多分にあるのではないか。そうなると息子夫婦に迷惑がかかり在宅で過ごすことがむずかしいかも…

必要なサービスを受けるだけの受け皿が地域にあるか不安。

遠いことのように感じていましたが少しずつ家族とも話したり心の準備をしながら在宅の大切さを考えたいと思います。

かかりつけ医に出会えるか

夜間、緊急の時の手助けを誰にお願いすればよいか。

日中のサービス利用はできても夜間の介護は家族が働いている場合肉体的・精神的負担が大きい。24時間サービスを受けると自己負担も大きくなり経済的負担がある。

フォーラムを聞いて、自宅で看取りができることが分かりましたが、浅山先生のようなお医者さんが今後もおられるのでしょうか。

今日の話で不安が無くなりました。

5 在宅医療や介護について、最も知りたいと思う情報は何か？（複数回答可）

訪問診療・看護	訪問介護	介護方法	看取り	相談機関	体験談
81	39	56	33	43	28
26.9%	13.0%	18.6%	11.0%	14.3%	9.3%

特になし	その他	無記入	計
3	4	14	301
1.0%	1.3%	4.7%	100%

具体的な内容

ケアマネジャーに心配事は全て聞き、問題解決し、何も心配なかった。ケアマネジャーの存在が一番大事だと思う。

今のところ元気なので、問題点はありません。

どう在宅での介護を覚悟できたのか？

認知症について

相談機関があることを知っていれば、状況に応じて対応できると思います。

施設入所の場合、どのような施設が適当かということ

介護項目をしぼって、誰でも利用しやすい雰囲気を作らないといけない。

6 あなたについて教えてください

所属の団体等（複数回答可）

民生委員・児童委員	ヘルスポランティア	老人クラブ	ふれあいサロン	介護サービス事業所
27	20	32	44	11
12.9%	9.6%	15.3%	21.1%	5.3%

その他	特になし	計
29	46	209
13.9%	22.0%	100%

その他

振興会役員 ボランティアサポーター ボランティアヘルパー 地域ボランティア 高齢者見守隊
 会社員 看護学生 リハビリ 訪問看護師 訪問者介護ステーション ホームヘルパー
 地域包括支援センター 射水市役所

性別

男	女	無記入	計
46	120	8	174
26.4%	69.0%	4.6%	100.0%

年代

64歳以下	65～74歳	75歳以上	無記入	計
62	78	31	3	174
35.6%	44.8%	17.8%	1.7%	100.0%

平成30年度 射水市在宅医療・介護連携推進事業 実施計画 (案)

	事業内容 (地域支援事業実施要綱より)	実施計画(案)	実施主体
(ア)	地域の医療・介護サービス資源の把握 地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用する。	○市ホームページの公開、リスト等の管理と情報収集 医療機関、介護事業所一覧表等のデータ更新 (在宅医療・介護連携支援相談窓口担当者が実施)	市
(イ)	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策等の検討を行う。	射水市在宅医療・介護連携推進協議会(年3回) 【実施時期】 H30.6月、H30.10月、H31.2月 【検討内容】 ・在宅医療・介護連携の現状把握と課題の共有、対応策の検討 ・ワーキング部会からの提案事項の検討	市
(ウ)	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。	○在宅医療いみずネットワーク(射水市医師会) 在宅医療介護提供体制ワーキング部会(年3回) 【検討内容】 ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた自宅で暮らし続けることができるような支援の検討(認知症の啓発普及や介護者への支援等)	医師会 市
(エ)	医療・介護関係者の情報共有の支援 情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。	○射水市版情報共有ツール活用ガイドの配付 情報共有ツールワーキング部会(年3回) 【検討内容】 ・多職種連携の推進に向けた取組の検討 ・ICTを活用した情報共有ツールの導入検討	市
(オ)	在宅医療・介護連携に関する相談支援 地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者からの相談の受付を行う。	○在宅医療・介護連携支援相談窓口の設置(H29.6月～) 【設置場所】 市地域福祉課内 【内容】 保健師1名、社会福祉士1名を配置し、射水市医師会、地域包括支援センター等の協力を得て、医療機関や介護支援専門員との連携調整や情報提供を行う。 ○地域ケア会議等への参加による相談支援	市
(カ)	医療・介護関係者の研修 多職種が連携するための事例検討会の開催 医療・介護関係者に対する研修	○射水市医師会委託による研修会実施(年3回) ・事例検討会 ・多職種連携研修会(射水市居宅介護支援事業者連絡協議会共催) ・講演会	医師会
(キ)	地域住民への普及啓発 在宅医療・介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。	○在宅医療と介護を考える市民公開講座(年1回) ○パンフレットの配布による普及啓発 住民普及啓発ワーキング部会(年3回) 【検討内容】 ・市民公開講座の実施準備 ・住民への普及啓発方法の検討	市
(ク)	在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	○地域包括ケア推進支援事業 在宅医療・介護連携推進支援事業 認知症施策推進支援事業 ○地域リハビリテーション支援事業	厚生センター