

みんなで使える

# 医療・介護連携 ガイドライン











富田林市



# 富田林市 医療・介護連携ガイドライン

	日常生活ケア	急性増悪期	回復期	
多職種連携のためのツール（一覧表 P33）	<b>医療・介護連絡シート</b> ①居宅介護（予防）支援実施のご連絡 <a href="#">P5</a> ②サービス担当者会議の開催について <a href="#">P7</a> ③福祉用具についての医療面の照会 <a href="#">P9</a> ④サービス担当者に対する照会（依頼） <a href="#">P11</a> ⑤介護サービス情報提供依頼書 <a href="#">P13</a>			日常生活ケア
	興味・関心チェックシート <a href="#">P15</a>			
	口腔アセスメントシート <a href="#">P16</a>			
	摂食嚥下アセスメントシート <a href="#">P18</a>			
	もの忘れ連絡箋 <a href="#">P20</a>			
	笑顔れんらく帳 <a href="#">P22</a>			
	入院時連携シート <a href="#">P29</a>			
	富田林市在宅歯科ケアステーション相談申込票 <a href="#">P31</a>			
	医療機関連携担当窓口一覧表 <a href="#">P32</a>			
	地域包括支援センター担当窓口一覧表 <a href="#">P32</a>			
	認知症初期集中支援チーム <a href="#">P33</a>			
	強化型在宅療養支援診療所・病院 <a href="#">P34</a>			
医療サービス資源	富田林市在宅歯科ケアステーション <a href="#">P35</a>			
	在宅患者訪問服薬剤管理指導（居宅療養管理指導） <a href="#">P36</a>			
	在宅療養後方支援病院 <a href="#">P34</a>			
	富田林薬剤師会在宅協力薬局マップ <a href="#">P38</a>			
	地域包括ケア病棟 <a href="#">P40</a>			
	在宅医療・介護連携コーディネーター <a href="#">P41</a>			

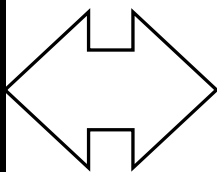
## 多職種連携のためのツール一覧表

シート名	使用する職種	目的	留意点
① 居宅介護（予防） 支援実施のご連絡	ケアマネジャー  医師	担当ケアマネジャーが、かかりつけ医との連携をスムーズに実施するため、担当ケアマネジャーをお知らせするために使用します。	FAX送信の際は、事前に送信することを連絡し、誤送信がないよう、個人情報の保護に十分配慮してください。
② サービス担当者会議 の開催について	ケアマネジャー  介護サービス事業所 医師 	担当ケアマネジャーがサービス担当者会議の開催を介護サービス事業所、医療機関等に案内するときに使用します。	FAX送信の際は、事前に送信することを連絡し、誤送信がないよう、個人情報の保護に十分配慮してください。
③ 福祉用具について 医療面の照会	ケアマネジャー  医師	疾病等の状況により、例外的に福祉用具の貸与が必要な軽度者に対する福祉用具貸与をケアプランに位置づける上で、「指定（介護予防）福祉用具貸与理由書」の主治医の医学的所見を聴取するときに使用します。	円滑に情報の照会を行えるよう、事前にかかりつけ医に連絡し、福祉用具の使用にあたっての所見であることの理解を得た上で活用してください。
④ サービス担当者 に対する照会（依頼）	ケアマネジャー  介護サービス事業所 医師 	ケアマネジャーがケアプランの作成や支援を実施する上で必要な医療上の留意点等について、円滑にかかりつけ医と情報共有することを目的に使用します。	照会先には医療機関名が記載されていますが、必要に応じてサービス事業所等に変更して使用してください。
⑤ 介護サービス情報 提供依頼書	医師  ケアマネジャー	かかりつけ医が利用者の介護サービス等の情報提供をケアマネジャーに依頼するときに使用します。	
シート 興味・関心チェック	ケアマネジャー  サービス事業者	「興味・関心シート」などを利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等を聞き取りながら、「～したい」「～できるようになる」というような、より対象者本人にあった目標設定につなげることを目的に使用します。	

<p>口腔 アセスメント</p> <p>摂食嚥下 アセスメント</p>	<p>ケアマネジャー</p> <p>↓</p> <p>歯科医 歯科衛生士</p>	<p>口腔機能や摂食・嚥下機能の改善、さらには、低栄養状態の改善など、食の支援を含めて、高齢者の介護予防が重要となることから、適切なアセスメントや多職種連携を推進するために、富田林歯科医師会と協働して作成したアセスメントシートです。</p>	
<p>もの忘れ 連絡箋</p>	<p>ケアマネジャー</p> <p>↓</p> <p>医師</p>	<p>ケアマネジャーが利用者の生活状況や心身の状態に関する情報について、かかりつけ医に情報提供することで、診察や主治医意見書を作成する際に参考にさせていただく。</p>	
<p>笑顔 れんらく帳</p>	<p>本人</p> <p>↕</p> <p>家族・地域 医師 歯科医師 薬剤師 ケアマネジャー</p>	<p>高齢者自身の健康状態、医療・介護サービスの利用状況、連絡先などいろいろな情報を記録し、健康増進や介護予防につなげることや、医療や介護、家族を含めた地域の関係機関の連携ツールとして活用します。</p>	
<p>入院時 連携シート</p>	<p>ケアマネジャー</p> <p>↓</p> <p>病院</p>	<p>ケアマネジャーから入院前のA D L等の生活状況を伝えることで、生活機能の改善など在宅復帰に向けた目標の目安になり、適切な支援の方針を定めるための重要な情報を医療機関に提供するために活用します。</p>	<p>顔の見える関係づくりのためにも、病棟へ訪問し、様式を活用しながら必要な情報交換を行うことが望ましい。迅速な対応のためFAXする場合は連携担当部署に電話連絡の上、確認後に送信してください。</p>



居宅介護 支援事業者名	
担当ケアマネ	
住所	
TEL	
FAX	



医療機関名	
担当部署	
担当医師	様
TEL	
FAX	

利用者氏名	(男・女)		生年月日	歳
要介護認定	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	区分変更中

## 連絡シート

いつもお世話になっております。先生の患者様のケアマネジメントを担当させて頂いております、  
ケアマネジャーの( )です。

## 【連絡事項】

--

【返信欄】 ※連絡事項の内容や、ご本人の支援に対して、ご意見・ご指示などがございましたら、  
お忙しい中、恐縮ですが、下記欄に記載の上、ご返信をお願いいたします。

--

## 【週間計画表】

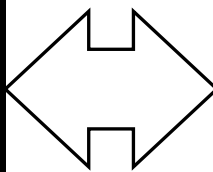
時間	日	月	火	水	木	金	土

## 【週単位以外のサービス】

--

## 記入例

居宅介護 支援事業者名	〇〇ケアプランセンター
担当ケアマネ	南河内 花子
住所	富田林市〇〇〇〇
TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇
FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇



医療機関名	〇〇病院
担当部署	〇〇科
担当医師	大阪 一郎 様
TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇
FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇

利用者氏名	富田林 太郎 (男・女)	生年月日	〇〇 80 歳
要介護認定	申請中	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ ③ ・ 4 ・ 5 区分変更中

## 連絡シート

いつもお世話になっております。先生の患者様のケアマネジメントを担当させて頂いております、  
ケアマネジャーの( 〇〇ケアプランセンター 南河内 花子 )です。

【連絡事項】 ※連絡事項の内容や、ご本人の支援に対して、ご意見・ご指示などがございましたら、  
お忙しい中、恐縮ですが、下記欄に記載の上、ご返信をお願いいたします。

いつもお世話になっております。富田林 太郎 様の担当ケアマネジャーをさせて頂いております。  
介護保険新規申請の結果、要介護3の認定を受けられました。  
自宅ではほとんどベッド上で過ごすことが多く、下肢筋力の低下予防のため、デイサービスの  
利用にて機能訓練に取り組みたいと考えています。  
また、介護サービスの福祉用具貸与で特殊寝台と寝台付属品の利用も希望されています。  
介護保険サービスの利用や在宅生活を継続する上での留意点・ご指示ありましたら、先生のご意  
見を頂戴したいと思います。

## 【返信欄】

特殊寝台と寝台付属品は必要です。  
介護サービスでは、下肢筋力低下のため、デイサービスの利用が望ましいと考えます。

平成〇〇年 〇月〇日 〇〇病院 大阪 一郎

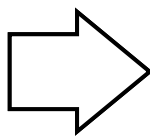
## 【週間計画表】

時間	日	月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 16:00		〇〇 デイサービス			〇〇 デイサービス		

## 【週単位以外のサービス】

特殊寝台、特殊寝台付属品

居宅介護 支援事業者名	
担当ケアマネ	
住所	
TEL	
FAX	



医療機関名	
担当部署	
担当医師	様
TEL	
FAX	

利用者氏名	(男・女)		生年月日	歳
要介護認定	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	区分変更中

### サービス担当者会議の開催について

いつもお世話になっております。上記の利用者のケアプランを作成・変更するにあたり、介護サービス提供事業者や主治医などの関係者の皆様から専門的意見を求めるため、「サービス担当者会議」の開催、又は開催・参加が困難な場合は意見の照会を行いと思います。

つきましては、下記の予定により開催したいと思いますので、ご参加の可否と意見の照会をお願いいたします。

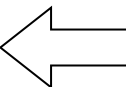
開催日時	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分 ～
	<input type="checkbox"/> 開催時期の調整 希望曜日・日時 月 日 時
開催場所	
検討内容	

### 【現在利用中のサービス】

<input type="checkbox"/> デイサービス ( 利用頻度 ) <input type="checkbox"/> デイケアサービス ( ) <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 [ 貸与用具: ]	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ( 利用頻度 ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ ( ) <input type="checkbox"/> ショートステイ ( ) <input type="checkbox"/> ( )
--	---

### 【返信欄】

居宅介護支援事業者



医療機関

記入日 平成 年 月 日

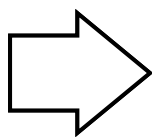
● サービス担当者会議の出欠	<input type="checkbox"/> 参加します	<input type="checkbox"/> 参加できません
----------------	--------------------------------	----------------------------------

● サービスの利用・継続 (可・否)	● 入浴について (可・否)
● リハビリの必要性について (可・否)	●
● 福祉用具の必要性 【 ベット ・ 車椅子 ・ 歩行器 ・ スロープ ・ 他 ( ) 】	

照会(依頼)内容	回答内容

## 記入例

居宅介護 支援事業者名	〇〇ケアプランセンター
担当ケアマネ	南河内 花子
住所	富田林市〇〇〇〇
TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇
FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇



医療機関名	〇〇病院
担当部署	〇〇科
担当医師	大阪 一郎 様
TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇
FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇

利用者氏名	富田林 太郎 (男・女)	生年月日	〇〇 80 歳
要介護認定	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・③・4・5 区分変更中

## サービス担当者会議の開催について

いつもお世話になっております。上記の利用者のケアプランを作成・変更するにあたり、介護サービス提供事業者や主治医などの関係者の皆様から専門的意見を求めるため、「サービス担当者会議」の開催、又は開催・参加が困難な場合は意見の照会を行います。

つきましては、下記の予定により開催したいと思っておりますので、ご参加の可否と意見の照会をお願いいたします。

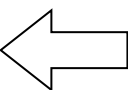
開催日時	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 〇 曜日 (午前・午後) 午前 10 時 0 分 ~ <input type="checkbox"/> 開催時期の調整 希望曜日・日時 月 日 時
開催場所	本人宅
検討内容	通所・訪問サービスによる機能訓練について

## 【現在利用中のサービス】

利用頻度		利用頻度	
<input type="checkbox"/> デイサービス ( )	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ( )	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ ( )	<input type="checkbox"/> ショートステイ ( )
<input type="checkbox"/> デイケアサービス ( )	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( )	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( )	
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (週3回)			
<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( )			
<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 [ 貸与用具: 特殊寝台、寝台付属品 ]			

## 【返信欄】

居宅介護支援事業者

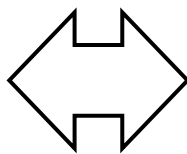


医療機関

記入日 平成 年 月 日

<input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議の出欠 <input type="checkbox"/> 参加します <input checked="" type="checkbox"/> 参加できません	
<input checked="" type="checkbox"/> サービスの利用・継続 (可・否) <input checked="" type="checkbox"/> リハビリの必要性について (可・否) <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具の必要性 【 ベッド ・ 車椅子 ・ 歩行器 ・ スロープ ・ 他 ( ) 】	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴について (可・否) <input checked="" type="checkbox"/>
照会(依頼)内容	回答内容
いつもお世話になっております。 介護認定の更新結果、要介護3の認定を受けました。 下肢筋力の低下のため、転倒のリスクも増え、活動意欲の低下が見られています。 通所、または訪問での機能訓練を検討していますが、機能訓練の導入にあたっての留意点やご指示などありましたら、先生のご意見を頂戴したいと思います。 〇〇ケアプランセンター 南河内	膝関節の痛みから自宅での生活動作に支障が見られているようです。 自宅内での動作訓練から開始し、その後、通所サービスにおける運動を実施してはどうでしょうか。 運動による制限は特にありません。

居宅介護 支援事業者名	
担当ケアマネ	
住所	
TEL	
FAX	



医療機関名	
担当部署	
担当医師	様
TEL	
FAX	

利用者氏名	(男・女)		生年月日	歳
要介護認定	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	区分変更中

## 福祉用具貸与について医療面の照会

いつもお世話になっております。先生の担当されております患者様について、福祉用具の貸与が必要だと考えております。

医学的見地からご意見をお聞かせください。以下の項目にチェックをしていただき、状態の記入をお願いいたします。

### ●福祉用具貸与について医師の医学的所見

☐ 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者。

下記参照

【第95号告示第25号のイ】

- [1] 車いす及び車いす付属品は次のいずれかに該当する者
  - ① 日常的に歩行が困難な者
  - ② 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
- [2] 特殊寝台及び特殊寝台付属品は次のいずれかに該当する者
  - ① 日常的に起き上がりが困難な者
  - ② 日常的に寝返りが困難な者
- [3] 床ずれ防止用具及び体位変換器は次に該当する者
  - ① 日常的に寝返りが困難な者
- [4] 認知症老人徘徊感知機器は次のいずれにも該当する者
  - ① 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者
  - ② 移動において全介助を必要としない者
- [5] 移動用リフト(つり具の部分を除く)は次のいずれにも該当する者
  - ① 日常的に立ち上がりが困難な者
  - ② 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
  - ③ 生活環境において段差の解消が必要と認められた者
- [6] 自動排泄処理装置は次のいずれにも該当する者
  - ① 排便が全介助を必要とする者
  - ② 移乗が全介助を必要とする者

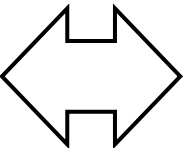
☐ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者。

☐ 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者。

【原因となる疾患等】

【当該利用者の具体的状態像】

居宅介護 支援事業者名	〇〇ケアプランセンター			医療機関名	〇〇病院		
担当ケアマネ	南河内 花子			担当部署	〇〇科		
住所	富田林市〇〇〇〇			担当医師	大阪 一郎 様		
TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇			TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇		
FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇			FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇		



利用者氏名	富田林 太郎		(男・女)	生年月日	〇〇 80 歳	
要介護認定	申請中	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3	4 ・ 5	区分変更中	

## 福祉用具貸与について医療面の照会

いつもお世話になっております。先生の担当されております患者様について、福祉用具の貸与が必要だと考えております。

医学的見地からご意見をお聞かせください。以下の項目にチェックをしていただき、状態の記入をお願いいたします。

## ●福祉用具貸与について医師の医学的所見

- 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者。 下記参照

【第95号告示第25号のイ】

- [1] 車いす及び車いす付属品は次のいずれかに該当する者
  - ① 日常的に歩行が困難な者
  - ② 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
- [2] 特殊寝台及び特殊寝台付属品は次のいずれかに該当する者
  - ① 日常的に起き上がりが困難な者
  - ② 日常的に寝返りが困難な者
- [3] 床ずれ防止用具及び体位変換器は次に該当する者
  - ① 日常的に寝返りが困難な者
- [4] 認知症老人徘徊感知機器は次のいずれにも該当する者
  - ① 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者
  - ② 移動において全介助を必要としない者
- [5] 移動用リフト(つり具の部分を除く)は次のいずれにも該当する者
  - ① 日常的に立ち上がりが困難な者
  - ② 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
  - ③ 生活環境において段差の解消が必要と認められた者
- [6] 自動排泄処理装置は次のいずれにも該当する者
  - ① 排便が全介助を必要とする者
  - ② 移乗が全介助を必要とする者

- ☐ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者。

- ☐ 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者。

【原因となる疾患等】

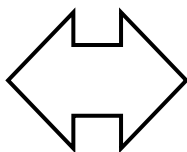
※医師記入欄

【当該利用者の具体的状態像】

※医師記入欄



居宅介護 支援事業者名	
担当ケアマネ	
住所	
TEL	
FAX	



医療機関名	
担当部署	
担当医師	様
TEL	
FAX	

利用者氏名	( 男 ・ 女 )			生年月日	歳		
要介護認定	申請中	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	区分変更中			

上記の利用者様のケアプラン作成にあたり、ご照会させていただきます。  
お問い合わせの内容についての留意点や指示などのご意見をよろしく願います。

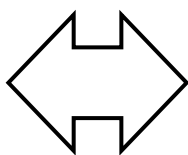
☐ FAXにてご返信お願いいたします。 ☐ その他( )

[illegible]

その他、お気づきの点やご要望がございましたら、下欄をご活用いただき、お知らせいただけたら幸いです。  
今後ともよろしくお願い申し上げます。

--

居宅介護 支援事業者名	〇〇ケアプラセンター
担当ケアマネ	南河内 花子
住所	富田林市〇〇〇〇
TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇
FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇



医療機関名	〇〇病院
担当部署	〇〇科
担当医師	大 阪 一 郎 様
TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇
FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇

利用者氏名	( 男 ・ 女 )			生年月日	歳		
要介護認定	申請中	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3	4	5	区分変更中	

## サービス担当者に対する照会(依頼)

上記の利用者様のケアプラン作成にあたり、ご照会させていただきます。  
お問い合わせの内容についての留意点や指示などのご意見をよろしくお願いいたします。

☐ FAXにてご返信お願いいたします。 ☐ その他( )

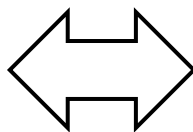
[illegible]

その他、お気づきの点やご要望がございましたら、下欄をご活用いただき、お知らせいただけたら幸いです。  
今後ともよろしくお願い申し上げます。

## 医療・介護連絡シート ⑤

年 月 日

医療機関名 (担当部署)	
担当医師	
TEL	
FAX	



居宅介護 支援事業者名	
担当ケアマネ	
住所	
TEL	
FAX	

利用者氏名	(男・女)			生年月日	歳
要介護認定	申請中	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	区分変更中	

## 介護サービス情報提供依頼書

上記の利用者にかかる介護(予防)サービス等の情報提供を依頼します。FAX等にて返信をお願いいたします。

【利用者の照会内容等】

医師名

## 介護サービス情報提供依頼書(返信)

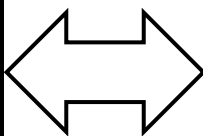
【照会内容等に関する事項及び特に連絡すべき事項】

平成 年 月 日 担当介護支援専門員名

【平成20. 12 作成】

## 記入例

医療機関名 (担当部署)	〇〇病院 〇〇科
担当医師	大阪 一郎
TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇
FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇



居宅介護 支援事業者名	〇〇ケアプランセンター
担当ケアマネ	南河内 花子
住所	富田林市〇〇〇〇
TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇
FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇

利用者氏名	富田林 太郎 (男・女)		生年月日	〇〇 80 歳
要介護認定	申請中	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	区分変更中

## 介護サービス情報提供依頼書

上記の利用者にかかる介護(予防)サービス等の情報提供を依頼します。FAX等にて返信をお願いいたします。

## 【利用者の照会内容等】

最近、診察の日を忘れていたり、内服の残量が合わないことが見られます。  
診察時での受け答えはしっかり話しているものの、認知症の疑いがあります。  
体重もやや減少傾向にあります。  
自宅での様子や、食生活、家族からの情報などがありましたら、ご報告ください。

医師名 大阪 一郎

## 介護サービス情報提供依頼書(返信)

## 【照会内容等に関する事項及び特に連絡すべき事項】

お世話になっております。  
自宅での様子ですが、身の回りのことはこれまで同様に自立して行っていますが、  
家族からみても、少し意欲の低下などが見られている様子です。  
内服の管理は息子嫁にて声をかけるようにしていますが、昼間独居であり、不十分です。  
食事の摂取状況については、通所介護に照会を行い、口腔ケア状況と共に確認次第、ご報告  
をさせていただきます。  
今後とも宜しくお願い致します。

平成 年 月 日 担当介護支援専門員名 南河内 花子

## 興味・関心チェックシート

氏名：\_\_\_\_\_ 年齢：\_\_\_\_\_ 歳 性別（男・女）記入日：H\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 （町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

生活行為向上マネジメント™

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

## 口腔アセスメントシート

対象者情報

調査日:

年

月

日

フリガナ

氏 名

様

生年月日

年

月

日 (

歳)

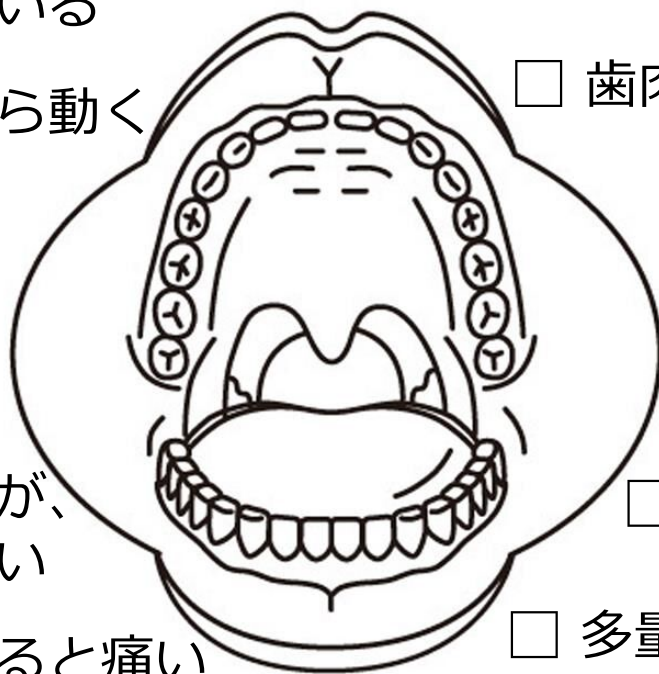
当てはまる項目に☑をつけてください。

## ① 歯

- ☐ 歯が痛い、しみる
- ☐ 歯に穴があいている、黒くなっている
- ☐ 歯がぐらぐら動く

## ② 歯肉

- ☐ 歯肉から出血している
- ☐ 歯肉が腫れている
- ☐ 歯肉が痛い



- ☐ 義歯はあるが、使っていない
- ☐ 義歯を入れると痛い
- ☐ 義歯が外れやすい
- ☐ かみ合わせがないが、義歯を持っていない

- ☐ 舌苔が付着

- ☐ 多量の歯垢が付着

- ☐ 口唇のひび割れや口の中の乾燥がある
- ☐ 口臭がある

## ③ 義歯

- ☐ その他、口の中で気になることがある

## ④ 口腔ケア

1つでも☑がついた場合は、かかりつけ歯科または富田林在宅歯科ケアステーションに相談してください。

編集: 社会福祉法人 四天王寺和らぎ苑 歯科  
一般社団法人 富田林歯科医師会

発行: 富田林市高齢介護課

在宅歯科相談窓口: 富田林<sup>16</sup>在宅歯科ケアステーション TEL:0721-21-3567



多岐種が行う

# 口腔アセスメントシート

対象者情報 調査日: 年 月 日

フリガナ	
氏名	様
生年月日	年 月 日 ( 歳 )

当てはまる項目に☑をつけてください。

## ① 歯

- ☐ 歯が痛い、しみる
- ☐ 歯に穴があいている、黒くなっている
- ☐ 歯がぐらぐら動く

## ② 歯肉

- ☐ 歯肉から出血している
- ☐ 歯肉が腫れている
- ☐ 歯肉が痛い



- ☐ 義歯はあるが、使っていない
- ☐ 義歯を入れると痛い
- ☐ 義歯が外れやすい
- ☐ かみ合わせがないが、義歯を持っていない

- ☐ 舌苔が付着
- ☐ 多量の歯垢が付着

- ☐ 口唇のひび割れや口の中の乾燥がある
- ☐ 口臭がある

## ③ 義歯

- ☐ その他、口の中で気になることがある

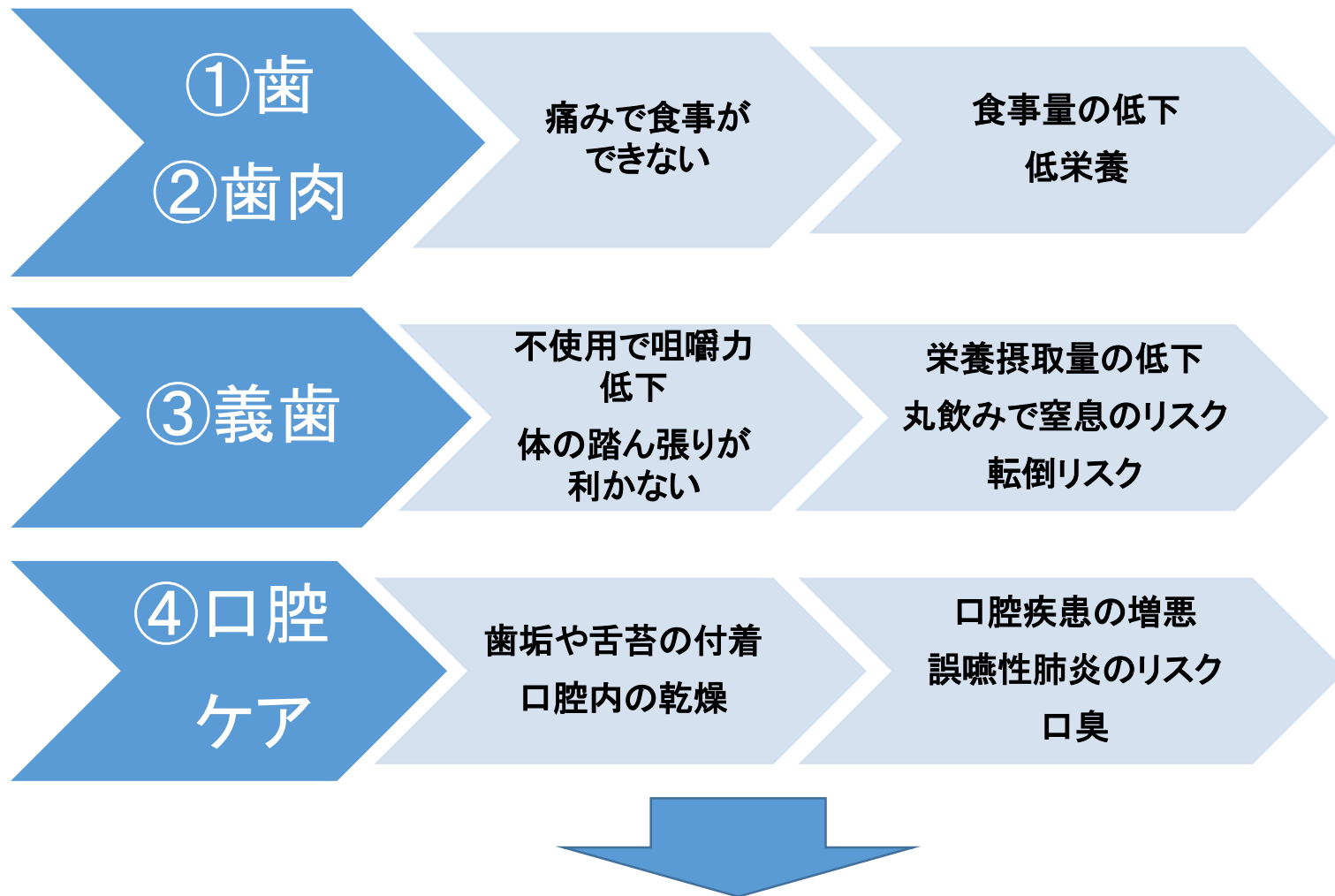
1つでも☑がついた場合は、かかりつけ歯科または富田林在宅歯科ケアステーションにご相談してください。

編集: 社会福祉法人 四天王寺和らぎ苑 歯科 発行: 富田林市高齢介護課 一般社団法人 富田林歯科医師会

在宅歯科相談窓口: 富田林在宅歯科ケアステーション TEL:0721-21-3567

口腔アセスメントシートを活用して口腔の問題が全身や生活に及ぼす影響を予測する。

\* 義歯や具合の悪いところがあれば左記の口腔の図を活用する。



かかりつけ歯科を持ち定期的歯科受診をお勧めします。

解説作成: 公益社団法人 大阪府歯科衛生士会

多職種が行う

# 摂食嚥下 アセスメントシート

対象者情報	調査日: 年 月 日
フリガナ	
氏 名	様
生年月日	年 月 日 ( 歳)

当てはまる項目に☑をつけてください。

## 全身状態

- ☐ 最近、やせてきた (身長: cm、体重: kg)
- ☐ 風邪以外で熱が出ることがある (平熱: °C)
- ☐ 誤嚥性肺炎という診断を受けたことがある
- ☐ 咳や痰が多い
- ☐ たばこを吸いますか (1日 本)
- ☐ アルコールを飲みますか (週 回)
- ☐ 現在の服用薬 ( )  
⇒ ☐ 別紙記載

## 食事について

- ☐ 食べるのが遅くなった
- ☐ 食べにくいものが出てきた
- ☐ 食べこぼす
- ☐ 食事中にむせる
- ☐ のどがゴロゴロ鳴る
- ☐ 口の中や、のどの奥に食べ物が残る
- ☐ のどに詰めたことがある
- ☐ 薬が飲み込みにくい
- ☐ 食べ物や胃液が逆流する
- ☐ その他、摂食嚥下のことで気になることがある

- ☐ よく食べるもの ( )
- ☐ 食べやすいもの ( )

☑が多く、気になる症状がある場合は、かかりつけ歯科または富田林在宅歯科ケアステーションに相談してください。

編集: 社会福祉法人 四天王寺和らぎ苑 歯科 発行: 富田林市高齢介護課  
一般社団法人 富田林歯科医師会  
在宅歯科相談窓口: 富田林在宅歯科ケアステーション TEL: 0721-21-3567

多職種が行う

## 摂食嚥下 アセスメントシート

対象者情報	調査日:	年	月	日
介護士				
氏名				様
生年月日		年	月	日 ( 歳 )

当てはまる項目に☑をつけてください。

### 全身状態

- ☐ 最近、やせてきた (身長: cm、体重: kg)
- ☐ 風邪以外で熱が出ることもある (平熱: °C)
- ☐ 誤嚥性肺炎という診断を受けたことがある
- ☐ 咳や痰が多い
- ☐ たばこを吸いますか (1日 本)
- ☐ アルコールを飲みますか (週 回)
- ☐ 現在の服用薬  
⇒ ☐ 別紙記載

### 食事について

- ☐ 食べるのが遅くなった
- ☐ 食べにくいものが出てきた
- ☐ 食べこぼす
- ☐ 食事中にむせる
- ☐ のどがゴロゴロ鳴る
- ☐ 口の中や、のどの奥に食べ物が残る
- ☐ のどに詰めたことがある
- ☐ 薬が飲み込みにくい
- ☐ 食べ物や胃液が逆流する
- ☐ その他、摂食嚥下のことで気になることがある

- ☐ よく食べるもの ( )
  - ☐ 食べやすいもの ( )
- ☑が多く、気になる症状がある場合は、かかりつけ歯科または富田林在宅歯科ケアステーションに相談してください。

編集: 社会福祉法人 四天王寺和らぎ苑 歯科 発行: 富田林市高齢介護課  
一般社団法人 富田林歯科医師会  
在宅歯科相談窓口: 富田林在宅歯科ケアステーション TEL: 0721-21-3567

摂食嚥下アセスメントシートを活用して体力や免疫機能、食べる機能の低下をスクリーニングし、誤嚥性肺炎や窒息の予防に役立てる



- 免疫機能の低下や誤嚥性肺炎のリスクをスクリーニングする



- 口腔機能の低下 (オーラルフレイル)
- 摂食嚥下障害をきたす疾患の存在 (認知症、脳血管障害、神経・筋疾患等)



- 口腔乾燥
- 食形態
- 姿勢
- 呼吸

後期高齢者医療歯科健康診査を実施しています。かかりつけ歯科にご相談を！

# もの忘れ相談連絡箋

平成 年 月 日

医療機関名

(送信者)

担当医師名

様 所 属

氏 名

TEL

FAX

用 件 : ☐ 受診希望 ☐ 主治医意見書作成にあたり ☐ 状況(経過)報告  
☐ その他 ( )

対象者: 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

介護認定: 有( ) ・ 無 ・ 申請中 同居人数(本人含む) \_\_\_\_\_

他医療機関利用: 無 ・ 有(主な医療機関 \_\_\_\_\_)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 最近あった出来事を忘れる            | <input type="checkbox"/> 意欲がなくなった。以前楽しめたことが楽しくない    |
| <input type="checkbox"/> 同じことを聞き返すようになった         | <input type="checkbox"/> 抑うつ的だったり、涙もろくなったりしている      |
| <input type="checkbox"/> 同じものを何度も買う、いつも大きいお金で支払う | <input type="checkbox"/> 日中ぼーっとしていることがある            |
| <input type="checkbox"/> 正しい年齢が言えない(3歳以上食い違う)    | <input type="checkbox"/> はっきりとしている時と、はっきりしない時がある    |
| <input type="checkbox"/> 時間、曜日、日付などの感覚がおかしい      | <input type="checkbox"/> 体が硬い、動作が遅い、歩きが小股等の症状がある    |
| <input type="checkbox"/> 外出して戻れないことがある。道に迷う。     | <input type="checkbox"/> ないものが見えたり聞こえたりするようだ(幻視・幻聴) |
| <input type="checkbox"/> 家事をしなくなった(料理・洗濯・掃除等)    | <input type="checkbox"/> 夜中にうなされたり、おやっと思う行動をしたりする   |
| <input type="checkbox"/> 薬の管理ができない               | <input type="checkbox"/> もの・お金を盗られたと言う              |
| <input type="checkbox"/> 洋服を選んで着れない、適切に着れない      | <input type="checkbox"/> 火の不始末がある(煙草の火の不始末・鍋焦がし等)   |
| <input type="checkbox"/> 一人で入浴できない、入浴を嫌がる、入浴しない  | <input type="checkbox"/> 落ち着きがなくそわそわしている、座っていられない   |
| <input type="checkbox"/> トイレでの失敗や、漏らしたりするようになった  | <input type="checkbox"/> 徘徊する                       |
| <input type="checkbox"/> 何度も食べようとする              | <input type="checkbox"/> 暴力・暴言がある。怒りっぽい。            |

## 【生活の様子や課題・生活歴・留意事項など】

●気になる症状は 平成 年 月頃から

家族構成図

●現病歴及び既往歴

## 【家族のとらえ方】

- ☐ 認知症だと思っている  
☐ 認知症かもしれないと思っている  
☐ 認知症とっていない  
☐ その他 ( )

## 【家族の介護に対する思い】

- ☐ 今のところ家族で介護しようと思っている  
☐ 介護の継続を悩んでいる  
☐ 家庭での介護は無理だと思っている  
☐ その他 ( )

## 【本人の思い】

- ☐ 自覚している  
( )  
☐ 自覚していない  
( )

## 【連絡希望内容】

☐ 情報提供同意済み



もの忘れ相談連絡箋

平成 年 月 日

記入例

医療機関名 ○○病院

(送信者)

担当医師名 大阪 一郎 様

所属 ○○ケアプランセンター

氏名 南河内 花子

TEL 0721-000-0000 FAX 0721-000-0000

用 件 : ☐ 受診希望 ☐ 主治医意見書作成にあたり ☒ 状況(経過)報告  
☐ その他 ( )

対象者: 氏名 富田林 一郎 性別 男 生年月日 〇年 〇月 〇日 年齢 〇歳

住所 富田林市〇〇町〇〇—〇〇

介護認定: (有) (要介護3) ・ 無 ・ 申請中

同居人数(本人含む) 妻と二人暮らし

他医療機関利用: (無) ・ 有(主な医療機関 )

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 最近あった出来事を忘れる                  | <input type="checkbox"/> 意欲がなくなった。以前楽しめたことが楽しくない    |
| <input checked="" type="checkbox"/> 同じことを聞き返すようになった    | <input type="checkbox"/> 抑うつ的だったり、涙もろくなったりしている      |
| <input type="checkbox"/> 同じものを何度も買う、いつも大きいお金で支払う       | <input type="checkbox"/> 日中ぼーっとしていることがある            |
| <input type="checkbox"/> 正しい年齢が言えない(3歳以上食い違う)          | <input type="checkbox"/> はっきりとしている時と、はっきりしない時がある    |
| <input checked="" type="checkbox"/> 時間、曜日、日付などの感覚がおかしい | <input type="checkbox"/> 体が硬い、動作が遅い、歩きが小股等の症状がある    |
| <input type="checkbox"/> 外出して戻れないことがある。道に迷う。           | <input type="checkbox"/> ないものが見えたり聞こえたりするようだ(幻視・幻聴) |
| <input type="checkbox"/> 家事をしなくなった(料理・洗濯・掃除等)          | <input type="checkbox"/> 夜中にうなされたり、おやっと思う行動をしたりする   |
| <input type="checkbox"/> 薬の管理ができない                     | <input type="checkbox"/> もの・お金を盗られたと言う              |
| <input type="checkbox"/> 洋服を選んで着れない、適切に着れない            | <input type="checkbox"/> 火の不始末がある(煙草の火の不始末・鍋焦がし等)   |
| <input type="checkbox"/> 一人で入浴できない、入浴を嫌がる、入浴しない        | <input type="checkbox"/> 落ち着きがなくそわそわしている、座ってられない    |
| <input type="checkbox"/> トイレでの失敗や、漏らしたりするようになった        | <input type="checkbox"/> 徘徊する                       |
| <input type="checkbox"/> 何度も食べようとする                    | <input checked="" type="checkbox"/> 暴力・暴言がある。怒りっぽい。 |

【生活の様子や課題・生活歴・留意事項など】

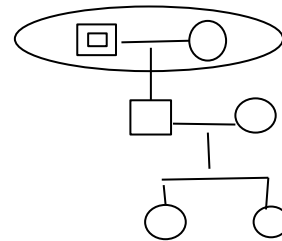
妻との二人暮らし、主介護者である妻も心疾患を抱えながらも出来る限り本人の介護をしていきたいとの意向、ご本人様も在宅での生活を継続していきたいと望んでおり、意欲的にリハビリにも励んでおられます。通院等は、近隣に住む長男様の支援を得ていますが、就労があり今以上の支援は困難です。1か月ほど前から物忘れが出現していますが、ご本人様、ご家族様共に病識がありません。

●現病歴及び既往歴

高血圧症 糖尿病 高脂血症

●気になる症状は 平成〇年〇月 頃から

家族構成図



【家族のとらえ方】

- ☐ 認知症だと思っている  
☐ 認知症かもしれないと思っている  
☒ 認知症と思っていない  
☐ その他 ( )

【家族の介護に対する思い】

- ☒ 今のところ家族で介護しようと思っている  
☐ 介護の継続を悩んでいる  
☐ 家庭での介護は無理だと思っている  
☐ その他 ( )

【本人の思い】

- ☐ 自覚している  
( )  
☒ 自覚していない  
( )

【連絡希望内容】

■ 情報提供同意済み

# 『笑顔れんらく帳』をご活用ください！

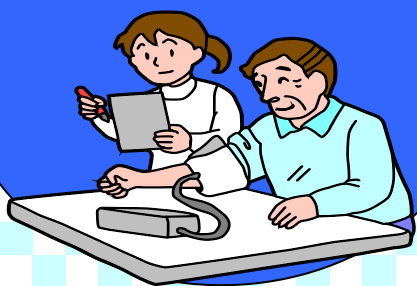
※富田林市在住の65歳以上の方にお配りしています。

高齢者ご自身の健康状態や生活状況、医療・介護サービスの利用状況、連絡先などを記録できる『笑顔れんらく帳』を作成しました。

さまざまな情報を記録することで、健康増進や介護予防に向けた日ごろの活動の把握や、救急搬送・災害などの緊急時にも活用でき、高齢者の生活を支える医療と介護の連携にもつながります。

また、『笑顔れんらく帳』とお薬手帳、診察券、保険証などを同時に携帯できるビニールカバーもありますのでご活用ください。

健康管理のために...



家族も確認、安心...



なるほど！  
いろんな人が関わって  
くれているし、連絡が  
行き届いて安心やね



笑顔れんらく帳

この手帳は健康増進や医療と介護の連携を図るため、  
健康状態や連絡先などを記載する大切な手帳です。

お出しください  
診察券と一緒に



富田林市イメージキャラクター とっぴー

お名前

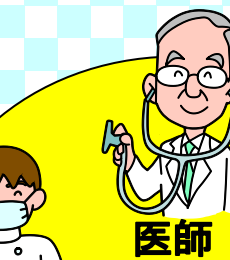
製作  
富田林市  
富田林医師会 富田林歯科医師会 富田林薬剤師会  
ほんわかセンター(富田林市地域包括支援センター)

医療と介護の連携に...



医師

ケアマネジャー



医師



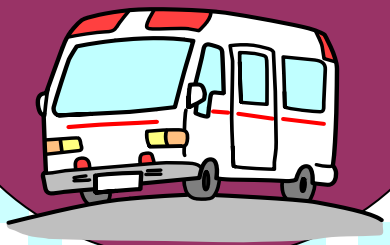
歯科医



薬剤師

医療間の連携に...

緊急時も慌てず、  
手帳を見せましょう...



カバーを使えば、  
いろいろなものを  
ひとつにまとめて  
持ちやすいよ♪



診察券

診察券

お薬手帳

笑顔れんらく帳

この手帳は健康増進や医療と介護の連携を図るため、  
健康状態や連絡先などを記載する大切な手帳です。

お出しください  
診察券と一緒に



富田林市イメージキャラクター とっぴー

お名前

製作  
富田林市  
富田林医師会 富田林歯科医師会 富田林薬剤師会  
ほんわかセンター(富田林市地域包括支援センター)

健康手帳

保険証

製作 富田林医師会・富田林歯科医師会・富田林薬剤師会・ほんわかセンター・富田林市



## 笑顔れんらく帳の有効活用に向けて ～モデル事例を通じた効果検証～

### 【目 的】

本市の高齢者の割合が全人口の28%を超え、認知症や医療ニーズの高い在宅高齢者など、医療と介護、地域の多方面からの支援が必要な高齢者が増加する中で、医療と介護サービスが切れ目なく、対象者を中心とした関係機関が密接に連携し、専門性を発揮できる体制づくりが求められています。

富田林医師会・富田林歯科医師会・富田林薬剤師会・富田林市が協働し「笑顔れんらく帳」を作成し、平成24年度から医療・介護従事者、家族や地域の関係者の連携ツールとして積極的に活用し、チームアプローチを推進しています。

この度、医療・介護関係者相互が求める情報や記載事項を把握し、記載することでの有効性の検証を行うとともに、笑顔れんらく帳の目的や必要性についての認識を深め、連携ツールとしてより効果的に活用するために、モデル事例を通じた効果検証を行いました。

### 【概 要】

■実施期間：平成27年6月～平成27年11月

■検証人数：13名（非該当：1人、要支援1：2人、要支援2：3人、要介護2：2人、要介護3：1人、要介護5：3人）

■性別：男性6人 女性7人

■介護サービス利用状況

訪問介護	福祉用具	訪問看護	通所介護	訪問入浴	訪問リハ	認デイ	居宅療養	その他
8	8	6	5	2	1	1	1	1

■医療受診状況

	1～2 機関	3～4 機関	なし	無記入
病院・診療所	10	2	1	0
歯科医院	6	0	3	4
薬局	7	0	3	3

### 《記入することで役に立ったこと》

#### ～活用を通じてケアマネジャーの気づき～

#### ◆基本情報に関する項目◆

- 時々受診するような眼科・耳鼻科を記入することで、知らなかった情報を得ることができる。
- 訪問時にアセスメントしながら、一緒に記入することで、状況の再確認・情報の整理が行えた。
- 受診時間が短く、主治医と話す内容に限られる為、れんらく帳に記入しておくことで、必要な情報を選んで確認してもらえた。
- 歯や飲み込みに関する「気になるところ」を伝えやすい。

### ◆身体状況・健康状況に関する項目◆

- 過去のインフルエンザ等の予防接種した年月日が分かって良かった。
- 受診結果を記載することで、モニタリング時に前回との比較がしやすく体調の確認できる。
- 定期的に血圧を図る機会ができたこと、訪問看護師も確認し、血圧管理を効果的に行えた。
- 日頃の状況を記載し、かかりつけ医に見てもらうことで状況共有につながった。

### ◆介護保険に関する項目◆

- 関係者と情報共有できた。地域の関係者にも見てもらい、確認してもらうなど、本人の情報を共有できるツールとして活用しやすい。
- 「どんなスケジュールで生活するか」、かかりつけ医に聞かれることが多い為、一目で分かり伝えやすいと思います。
- 連絡先を記入することで、タイムリーに情報の連絡を抜けなく行うことができる。

### ◆連絡帳の有意義な活用方法◆

- 往診の内科医、歯科医師、歯科衛生士、通院している眼科医に記入してもらうことによって、医師間でも情報共有できてよかった。
- 受けている医療サービスなど、すべてのサービス事業所に関わってもらえてよかった。
- 気になることがあると、メモするようにして、伝え漏れが無くなりました。
- 診察時につい聞き忘れるので、聞きたいことを確実に聞ける。

## 《笑顔れんらく帳を用いての関係機関との連携》

### ～医療機関との連携について～

#### ◆医療機関・サービス事業所などの関係者の意見◆

- 笑顔れんらく帳を通して、自宅での看取りの際の情報共有を行った。
- 口腔ケアに関して、気になっているところを伝えやすい。
- 血圧・薬・検査データの確認や体調変化の確認ができた。
- 薬の変更の連絡や緊急での呼び出し内容を記録することで、デイの連絡がスムーズに行えた。

#### ◆笑顔れんらく帳を活用し、医療との連携を図るために工夫したこと◆

- 往診の医師、眼科等への通院時に家族を通じて笑顔れんらく帳を持っていってもらい、内容を記入してもらうようお願いした。
- 活用前に、かかりつけ医やサービス事業所に具体的な記入方法や連携について、事例を出しながら説明することで理解につながった。

#### ◆今後、より有効活用していく為に必要と感じたこと◆

- 使い方の見本を使用し、医療従事者の研修や会議などで、笑顔れんらく帳について繰り返し説明していく必要があると思います。
- かかりつけ医が継続して知りたい情報に☑してもらうことで、より笑顔れんらく帳を有効活用できる環境になると感じます。

## ～サービス事業所との連携について～

### ◆笑顔れんらく帳を通じたサービス事業所の連携に対して工夫した点◆

- 受診状況や気になるところを家族に記載してもらい、サービス事業所に見てもらいたい情報を共有した。
- サービス事業所にも独自の連絡ツールが存在するため、笑顔れんらく帳には、要約して連携が必要な情報を記入してもらうように調整した。
- 「歯や飲み込みに関するページ」にデイでの口腔ケア・嚥下状態など気になるところを記入してもらい、歯科医に伝えることでスムーズな治療につながると感じました。

## 《これから笑顔れんらく帳を有効活用していくための改善点》

## ～モデル事例を通じて、ケアマネジャーが感じたこと～

### ◆工夫・改善点◆

- もっと、もっと周知しなければ「持参する」「記入する」ということにエネルギーが使われていない状況でもったいないと思います。配ってください、使ってくださいだけでは浸透は困難で、ケアマネジャーを中心に常に意識づけ、活用できる啓蒙が必要なのではと感じました。
- 訪問時に他の事業所やケアマネジャーなどが記入した内容に目を通す習慣づけを行う。
- 利用方法をまとめたものを併せて活用していくことが必要。

### ◆活用して気づいたことや感想、要望など◆

- 自宅で看取りをすることになり、医療・介護関係者が一丸となってケアするためのツールとして、とても良かったです。
- 既に使っている手帳を活用しているため、笑顔れんらく帳の利用には繋がらないようです。また、活用される方は、れんらく帳1冊では足りない様子。
- 笑顔れんらく帳の渡し方の統一が必要。使い方もよく分からずに家に置いてあるということがないように、渡す時は使い方の説明に加えて、活用方法の手引き等も渡すことが出来ればと思います。

※重複する内容は割愛し、一部要点のみを記載しています。

## 《モデル事例検証を行って》




### ■分析

笑顔れんらく帳のモデル事例の効果検証の結果、医療・介護関係者が連絡ツールとして、機能や目的を十分に理解することで有効に活用できているケースもあった。一方で、記入の手間や伝達方法、他の連携ツールとの兼ね合いなどの課題や改善点を把握することができた。

### ■対策

笑顔れんらく帳の効果検証から把握した課題や改善点の対策を検討し、記載項目ごとに具体的な記入方法や活用事例を提示するなど、医療・介護関係者の理解を深め、積極的な活用のための動機や意識づけが重要となる。

《笑顔れんらく帳の活用例》

あなたのかかりつけ医		年月日	かかりつけ医・家族・ケアマネ・ 在宅サービス 連絡帳
 <b>内科</b> ( <b>〇〇クリニック</b> ) 医師名 <b>〇〇医師</b> 電話 FAX <b>0721-〇〇-〇〇〇〇</b> 希望する連絡方法 <b>電話</b> FAX・訪問・その他( ) 午前( )・午後( )			
 <b>整形外科</b> ( <b>〇〇整形外科</b> ) 医師名 <b>〇〇医師</b> 電話 FAX <b>0721-〇〇-〇〇〇〇</b> 希望する連絡方法 <b>電話・FAX</b> 訪問・その他( ) 午前( )・午後( )			
 <b>歯科</b> ( <b>〇〇歯科医院</b> ) 医師名 <b>〇〇医師</b> 電話 FAX <b>0721-〇〇-〇〇〇〇</b> 希望する連絡方法 <b>電話</b> FAX・訪問・その他( ) 午前( )・午後( )			

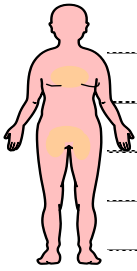
ポイント

使用者やケアマネ等の関係者、もしくは医師自ら記載してもらうことで、どの病院に掛っているのか明確になります。

遠方に住んでいる家族にとっても、知っておきたい情報です。

また、希望する連絡方法に関しても、それぞれの機関ごとに明記しておくことでスムーズな連携が期待できます。

あなたのお身体のこと

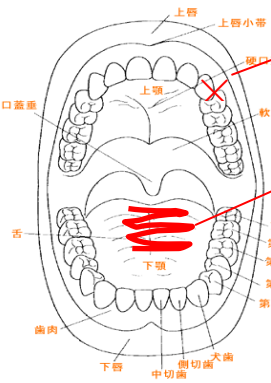


麻痺: **無**・有( )  
 拘縮: **無**・有( )  
 痺れ: **無**・有( )  
 聴覚: \_\_\_\_\_  
 視覚: **大きな声で話すと聞こえる**  
 その他: **白内障の症状あり。**  
 骨折既往: \_\_\_\_\_  
**3月12日 第2腰椎圧迫骨折**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

備考・注意事項

H22 椎間関節症腰椎症の診断  
現在、神経ブロックにて治療中。

歯や飲み込みに関すること



**H27.2 う蝕治療開始**  
**H27.7 上義歯の調整**  
**舌苔が付着。クリーニングしています。**  
 義歯: **装着時の痛み見られたら受診してください**  
 咀嚼: **噛み合わせ持の痛みの観察。**  
 嚥下: **汁ものでむせ込み見られます。**

注意事項

抗血栓薬の服用: **無**・**有**( )

抜歯等治療時は、内科医と相談してください

ポイント

身体・口腔の状況を関係機関内にて共有することで、運動・口腔・栄養面での支援の連携、異変に対する早期発見や予防の効果があると考えています。


<b>血圧</b> (日頃から血圧の自己管理を行い、予防しておくことが重要です)	<b>血糖値</b> (血糖値の管理を行い、食生活の見直しや運動などへの取り組みが必要です)																																																																	
<p>あなたの平均血圧・・・ <b>110 / 60</b></p> <p>自己測定時の高い時に記載し、受診時に主治医に確認してもらってください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">4月7日</td> <td style="width: 20%;">4月16日</td> <td style="width: 20%;">4月17日</td> <td style="width: 20%;">4月26日</td> <td style="width: 20%;">5月5日</td> </tr> <tr> <td>134/80</td> <td>138/78</td> <td>142/88</td> <td>128/70</td> <td>148/88</td> </tr> <tr> <td>5月11日</td> <td>月 日</td> <td>月 日</td> <td>月 日</td> <td>月 日</td> </tr> </table>	4月7日	4月16日	4月17日	4月26日	5月5日	134/80	138/78	142/88	128/70	148/88	5月11日	月 日	月 日	月 日	月 日	<p>◆血糖値管理が必要な方や気になり出した方は数値が高い時に記入し、受診時に主治医に確認してもらってください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">月 日</td> <td style="width: 20%;">月 日</td> <td style="width: 20%;">月 日</td> <td style="width: 20%;">月 日</td> <td style="width: 20%;">月 日</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日																																													
4月7日	4月16日	4月17日	4月26日	5月5日																																																														
134/80	138/78	142/88	128/70	148/88																																																														
5月11日	月 日	月 日	月 日	月 日																																																														
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日																																																														
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px;"> <p><b>ポイント</b></p> <p>毎日の測定にて、平均血圧と比べて、高い数値の時に記載するようにしましょう。</p> <p>高い日が多ければ、主治医に相談するようにしましょう。</p> <p>血圧、血糖値が高い時は、その日の具体的な症状について記載しておくようにしましょう。</p> </div>	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px;"> <p>留意点</p> </div> <div style="text-align: right;"> </div>																																																																	

血液検査データ			血液検査データ	
検査項目	意味			
TP	血清総蛋白	栄養状態・健康状態の指標	27.11.8	AST (GOT) ...52
ALB	血清アルブミン			r-GTP...143
CPK	CK	骨格筋、脳、心筋に多く含まれる酵素(組織破壊で増加)		A/G比...1.26
GOT	AST	肝臓、心臓組織に多く含まれる酵素(組織破壊で増加)		中性脂肪...174↑
GPT	ALT			※医師より、肝機能・中性脂肪高値であり、
γ GTP	ガンマGTP	薬剤、アルコール性肝障害で高値		お酒を控えるように指示受ける。
BUN	尿素窒素	高値(腎機能低下)		
CRE	クレアチニン			
HbA1c	ヘモグロビンエーワンシー	糖尿病の経過観察指標		
空腹時血糖		血液中のブドウ糖・高値(糖尿病疑)		
Na	ナトリウム	血中濃度の平衡を維持・調節をすることによって水分代謝・浸透圧などの調整をして体細胞の代謝に寄与		
K	カリウム			
Cl	クロール			
TG	中性脂肪	高血圧・動脈硬化の兆候・進行を見る指標		
LDL	LDLコレステロール	悪玉コレステロール		
HDL	HDLコレステロール	善玉コレステロール(動脈硬化の予防に必要なコレステロール)		
Fe	血清鉄	血色素に必要な成分(不足すると貧血)		
CRP	C反応性蛋白	組織に炎症があると高値		
WBC	白血球数	感染の有無の指標		
RBC	赤血球数	貧血の有無や種類の指標		
Hb	ヘモグロビン			
Ht	ヘマトクリット			
Plt	血小板	止血の働き		

**ポイント**

血液検査データの数値の高いデータのみ記載しても構いません。

かかりつけ医より受けた指導内容を併せて書いておくと関係機関内で周知することができます。

～連絡帳の有意義な活用方法～		年月日	かかりつけ医・家族・ケアマネ・ 在宅サービス 連絡帳
連絡帳を活用し、医療・介護・福祉・地域の支援者の連携を図っていきましょう。 気付いたことや引継ぎ事項、注意点や疑問点など関係者へ報告・連絡・相談したいことを簡潔に記載してください。 			
年月日	かかりつけ医・家族・ケアマネ・ 在宅サービス 連絡帳		
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px;"> <p><b>☞ ポイント</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● このページをうまく活用し、診察時に十分伝えきれない日頃の生活状況を記載しておくことで、医療・介護の効果的な連携が図れると考えます。</li> <li>● 別居家族等に対して、日ごろの様子などを報告するツールとして、うまく活用してください。</li> <li>● 利用者の疾患状況に応じて、食事や運動などの内容を記載することもかかりつけ医に詳しい状況を伝えられると思われます。</li> </ul> </div>			



医療機関名	御中
担当部署・科	様

事業所
担当者
TEL
FAX

【基本情報】

ふりがな		性 別	生 年 月 日		要介護度	
氏 名		男 ・ 女	M・T・S 年 月 日			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他	福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		難病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
経済状況	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 生保	かかりつけ医				

移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( ) 特記:
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒ おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 特記:
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒ 食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> その他 特記:
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒ 浴室の環境整備 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 特記:
服 薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 特記:
認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ⇒ 周辺症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 特記:

【家族・住環境の状況】

家族氏名	続柄	(同居・別居)
連絡先		
家族の支援	特記:	
住 居	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅( 階) <input type="checkbox"/> その他( ) 特記:	

【サービスの利用状況】

☐ 訪問介護：月 回 ☐ 訪問看護：月 回 ☐ 訪問リハ：月 回 ☐ 訪問入浴：月 回  
☐ 通所介護：月 回 ☐ 通所リハ：月 回 ☐ 短期入所：月 回 ☐ 居宅療養管理指導：月 回  
☐ 福祉用具：品目  
☐ その他の福祉サービス：

【留意事項、生活課題など】


※退院の目途がつきましたら、担当ケアマネジャーまでご連絡いただきますようお願いいたします。

医療機関名	〇〇病院	御中
担当部署・科	〇〇科	
	大阪 一郎	様

事業所	〇〇ケアプランセンター	<b>記入例</b>
担当者	南河内 花子	
TEL	0721-〇〇-〇〇〇〇	
FAX	0721-〇〇-〇〇〇〇	

【基本情報】

ふりがな	とんだばやし たろう	性 別	生 年 月 日	要介護度
氏 名	富田林 太郎	男・女	M・T・S 〇 年 〇 月 〇 日	要介護3
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他	福祉手帳	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	難病 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
経済状況	<input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 生保	かかりつけ医	〇〇クリニック 〇〇医師	

移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( ) 特記:屋内は歩行器、屋外は車椅子使用、妻が介助している。
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒ おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 特記:日中はトイレ、夜間はポータブル使用、後始末、ズボンの上げ下げは妻が行う。
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒ 食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> その他 特記:食べこぼしがあり、妻が食べやすいように皿の位置を変えるなどの介助行う。
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒ 浴室の環境整備 <input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済 特記:週2回、デイサービスで入浴、手の届く範囲は自分で洗う。
服 薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 特記:妻が管理、必要時に本人に渡す。飲み忘れない。
認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり ⇒ 周辺症状 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(場面によらず怒り出すことがある。) 特記:1か月ほど前から同じ話の繰り返しや、日にち、曜日、時間がわからないことがある。

【家族・住環境の状況】

家族氏名	富田林 花子 続柄 妻 (同居・別居)	<b>家族構成</b> 
連絡先	0721-〇〇-〇〇〇〇	
家族の支援	特記:歩いて15分の距離に長男家族在住、通院などの支援がある。	
住 居	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅( 階) <input type="checkbox"/> その他( ) 特記:住宅改修にて浴室、トイレ、玄関手すり設置、段差解消済み。	

【サービスの利用状況】

☒ 訪問介護:月 8 回 ☐ 訪問看護:月 回 ☒ 訪問リハ:月 8 回 ☐ 訪問入浴:月 回  
☒ 通所介護:月 8 回 ☐ 通所リハ:月 回 ☐ 短期入所:月 回 ☐ 居宅療養管理指導:月 回  
☒ 福祉用具:品目 車椅子 歩行器 介護用ベット  
☒ その他の福祉サービス: 配食サービス

【留意事項、生活課題など】

妻との二人暮らし、主介護者である妻も心疾患を抱えながらも、できる限り本人の介護をしていきたいとの意向、ご本人様も在宅での生活を継続していきたいと望んでおり、意欲的にリハビリにも励んでおられます。通院等は近隣に住む長男様が支援をされていますが、就労があり今以上の支援は困難です。

1か月ほど前から、もの忘れが出現していますが、ご本人様、ご家族様共に病識がなく受診には至っておりません。

今後、妻の介護負担増大が見込まれるため、ショートステイ等の検討もしていきたいと考えております。

※退院の目途がつかましたら、担当ケアマネジャーまでご連絡いただきますようお願いいたします。

## 富田林市在宅歯科ケアステーション相談申込票

**FAX:0721-21-3567**(※番号を間違えないようご注意ください。)

相談者氏名 (職 種)	( )	所属機関名			
		連絡先 電話番号	( )		
受診希望者氏名	( 男 ・ 女 )		年齢	歳	
訪問先住所					
備 考	※往診を希望する理由、心身の状況等についてご記入ください。				
相談内容	希望する相談内容に☑を入れてください。				
	<div> <input type="checkbox"/> 歯科治療 <div> ※↓具体的な内容を○で囲む <div> 義歯調整 歯や口の痛み 歯茎の腫れ 歯や口の汚れ 歯の欠如 口臭 摂食嚥下障害 口腔乾燥 顎が外れる 歯石除去 かみ合わせ その他 ( ) </div> </div> </div>				
	<input type="checkbox"/> 食支援 ※↓具体的な内容を○で囲む ( 食べこぼし むせ 飲み込めない 食事量減少 味覚障害 )				
	<input type="checkbox"/> 口腔ケア				
	<input type="checkbox"/> その他				
訪問希望曜日	月・火・水・木・金	同席者	【 有 ( )・無 】		

送信日:        年        月        日

事務局記入欄

受付日	年	月	日	受付者		整理番号 (	)
紹介歯科医院名							
備考							

## 医療機関連携担当窓口一覧

医療機関名 (50 音順)	連携担当窓口	シート送付先	連絡先	備考
小川外科	地域連携室	小川外科 (代表)	Tel 0721-24-8686 Fax 0721-24-4353	整形外科・眼科手術のお 問合せは地域連携室ま で
金剛病院	地域医療連携室	地域医療連携室	Tel 0721-25-3113 Fax 0721-25-1773	
富田林病院	各病棟 医療相談室	医事サービス課	Tel 0721-29-1121 Fax 0721-28-3550	
富田林田中病院	医事課 入院担当	医事課 入院担当	Tel 0721-25-5510 Fax 0721-20-2155	
P L 病院	入退院支援・地 域連携センター	入退院支援・地 域連携センター	Tel 0721-24-6100 (直通) Fax 0721-23-6953 (直通)	総合案内にボランティ アを配置し、案内や院内 の誘導を行っています
結のぞみ病院	地域連携課	受付へ確認後 送付する	Tel 0721-34-1101 Fax 0721-34-1107	入院に関する相談は 地域連携室まで
<連携担当窓口の業務内容> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医や関係機関等との連絡調整</li> <li>・転院、施設入所、介護保険サービス利用などの相談支援</li> </ul> Etc.				

(令和 6 年 12 月現在)

※病院への連絡や F A X、郵送の送付先・方法の確認など連携を行う窓口として参考にご覧ください。

F A Xや郵送する場合は、電話連絡後に送付し、個人情報の取り扱いには十分に注意してください。

## 富田林市地域包括支援センター担当窓口一覧

地域包括支援センター名	施設・所在地	連絡先	担当校区
第 1 ほんわかセンター	市役所高齢介護課 富田林市常盤町 1-1	0721-25-1000 (内線 196、189、 183)	喜志・第一 中学校区
第 2 ほんわかセンター	コミュニティーセンター かがりの郷 南大伴町 4-4-1	0721-25-8205	第二・第三 中学校区
第 3 ほんわかセンター	けあばる 向陽台 1-4-30	0721-28-8631	藤陽・明治池 葛城・金剛 中学校区
	けあばる金剛 寺池台 1-9-15 金剛連絡所 2 階		

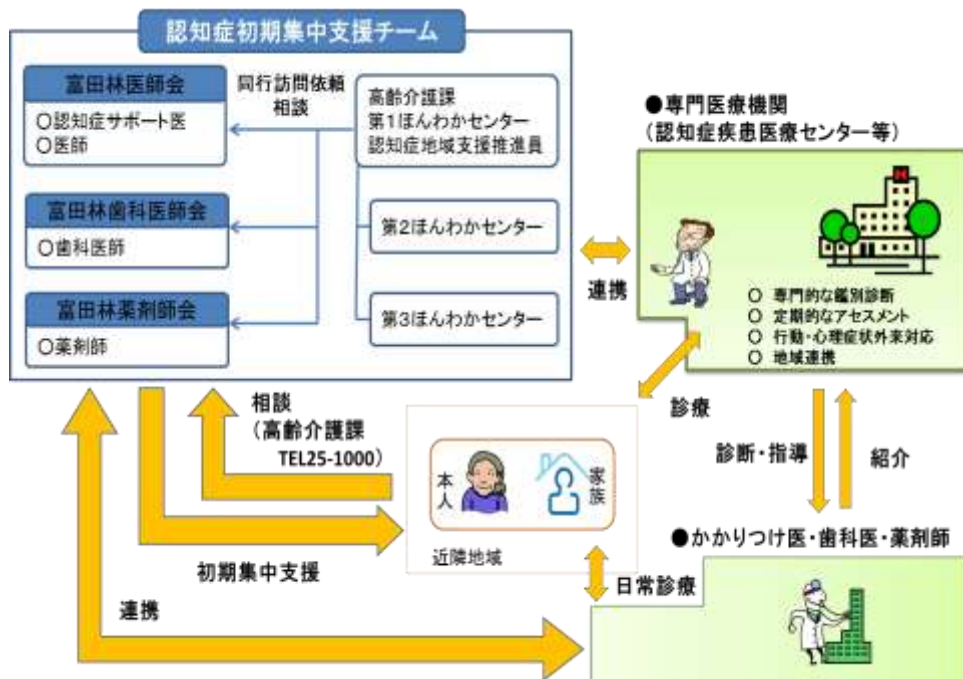


認知症になっても、安心して生活できるよう

## 認知症初期集中支援チームがお手伝いします。

富田林市では、認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、平成25年10月から「認知症初期集中支援チーム」を設置しています。

### 富田林市における「認知症初期集中支援」体制図



### 支援の流れ

認知症が気になったら・・・

- ①市高齢介護課へ相談・依頼
- ②情報収集・アセスメント
- ③同行訪問の相談・調整
- ④チーム員会議の開催
- ⑤必要な支援の実施
- ⑥関係機関との連携・引継ぎ
- ⑦モニタリング

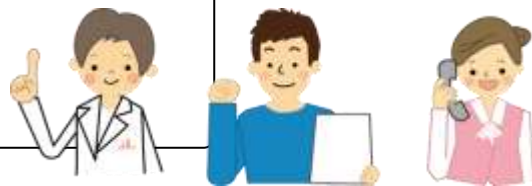
### 認知症初期集中支援チームとは・・・

複数の専門職が家族の訴え等により、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームです。

### 訪問支援対象者

- ①医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人
- ②医療サービス、介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している場合

認知症は早期発見・早期治療により進行を遅らせることができます。  
また、軽度の認知症であれば早期治療と対応で元気な状態に戻ることも可能だといわれています。  
認知症が気になる方やご家族のことでお悩みの方は、市高齢介護課またはほんわかセンターへご相談ください。



名 称	第1ほんわかセンター	第2ほんわかセンター	第3ほんわかセンター	
設置場所	市高齢介護課内	コミュニティセンターかがりの郷内	けあばる内	けあばる金剛
電 話	25 - 1000 内線 183	25 - 8205	28-8631	
担当中学校区	喜志・第一	第二・第三	金剛・葛城・藤陽・明治池	



## 富田林市在宅歯科ステーション

- ・歯が痛い
- ・歯ぐきがはれている
- ・お口の臭いが気になる
- ・食べこぼしや「むせ」がある
- ・入れ歯が合っていないようだ
- ・誤嚥性肺炎を繰り返し起こす

このような症状があれば、ご相談ください。  
訪問診療も行っています。

## 電話・fax 共通

0721-21-3567

- ・電話受付 月・火・木・金 10:00-12:00
- ・fax 用紙 31 ページの申込票をご利用ください

# 薬剤師がご自宅へ お伺いします！



医療・介護保険制度を利用して、薬剤師の訪問サービスが受けられます。  
(介護保険の利用限度額には含まれません)

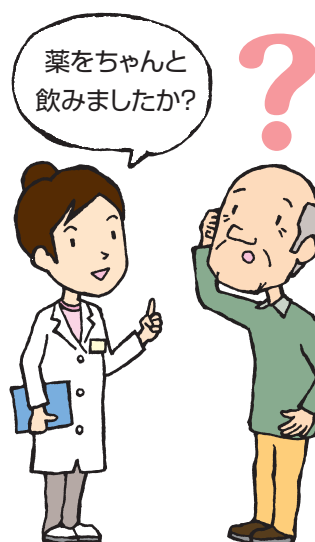
薬の  
管理が  
できない



飲みづらい、  
飲んでくれない  
服薬の介助に  
時間がかかる



飲み忘れてしまう



薬に対する不安、疑問  
薬剤師がお応え  
します。

何に効く薬か  
わからない



たくさんの種類を  
飲んで大丈夫？  
飲み合わせは？



錠剤をつぶして  
飲んだりして  
大丈夫？

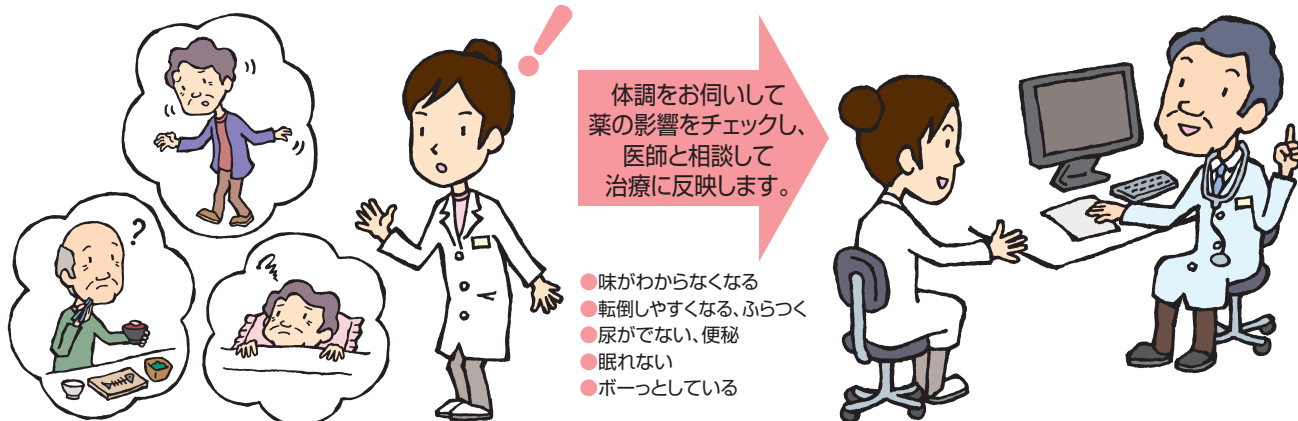




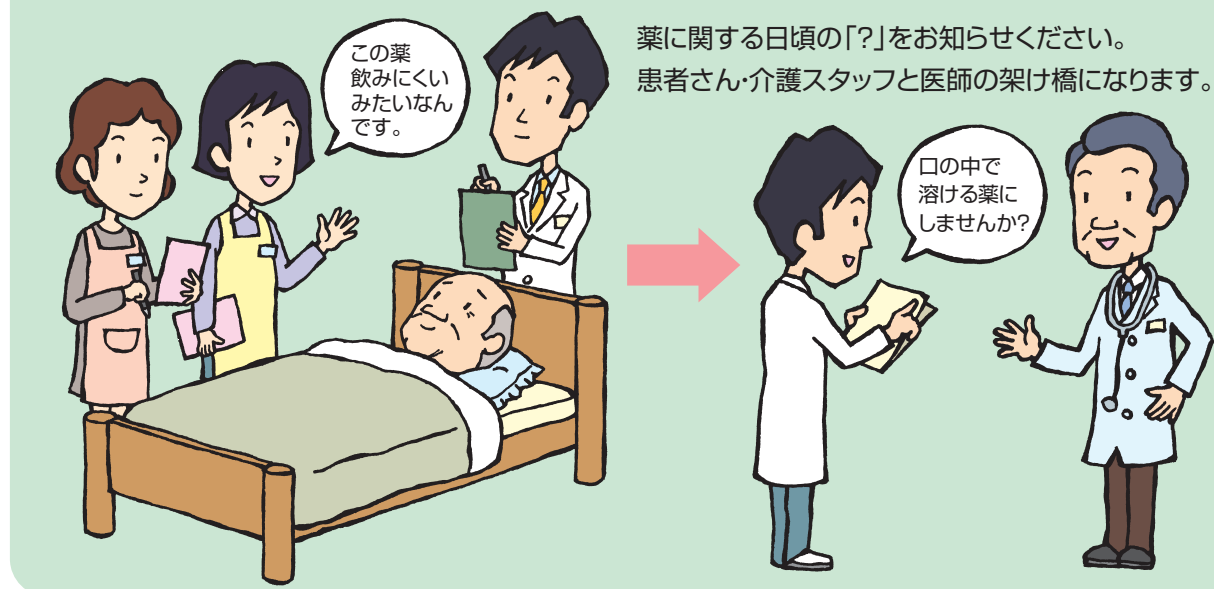
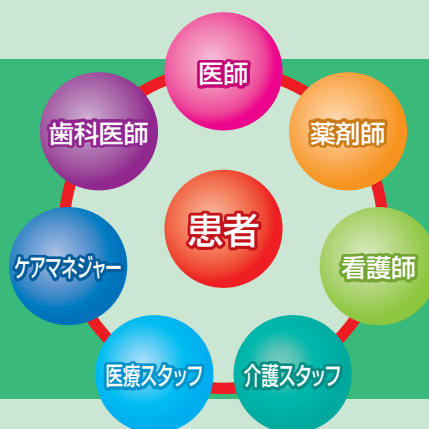
## もしかして、薬のせい?

薬で体調変化が起こることがあります。

年齢のせい、病気のせいと思わずに、薬剤師に相談してください。



薬剤師は、地域の医療・介護の専門家とチームを組んで在宅訪問に取り組んでいます。



薬のことはもちろん、ご自宅の衛生管理や介護用品についてもご相談下さい。



ご相談は、こちらへどうぞ







## 富田林薬剤師会 在宅支援協力薬局リスト

このリストに記載されている薬局は、

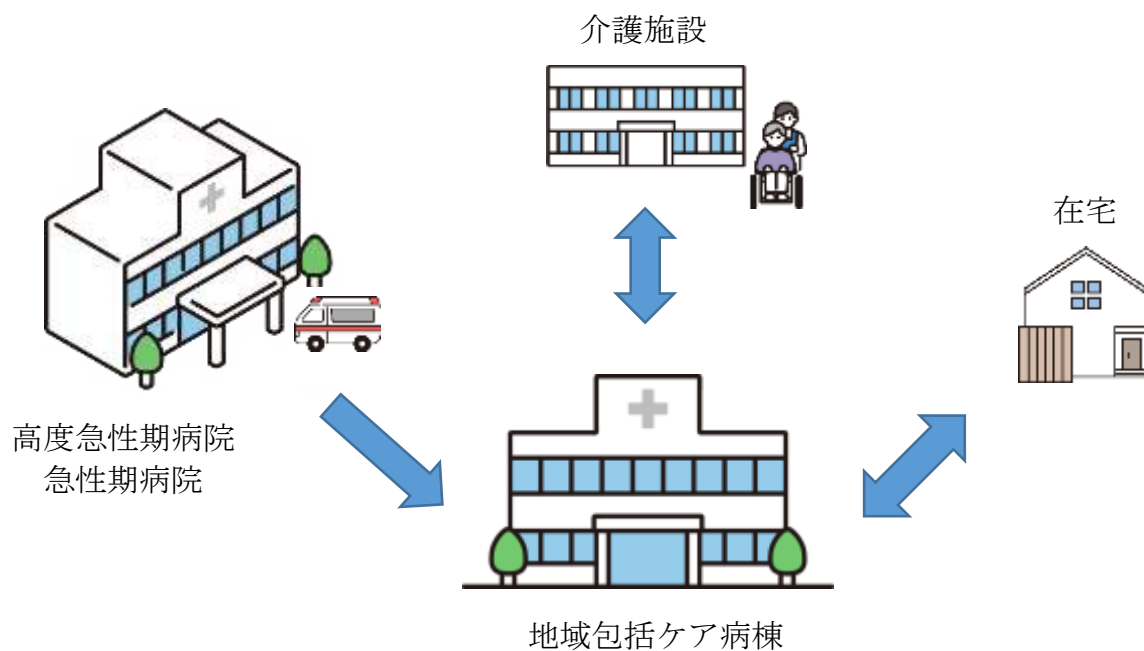
1. 個人宅への訪問 2. 医師への報告 3. 多職種との連携 4. 麻薬調剤

に対応しています。『時間外・休日対応』『衛生材料の供給』はリストで確認してください。

薬局名	電話番号	訪問地域	時間外、休日	衛生材料の供給
アイン薬局 富田林病院店	26-8220	富田林・南河内郡 全域	○	○
あけぼの薬局 富田林寿町店	24-9020	⑨⑩	×	×
あすなろ薬局	69-7898	⑦⑧⑬	×	○
アベニュー薬局	26-3339	⑨⑩	×	○
ウエルシア薬局 富田林小金台店	28-9381	富田林・南河内郡 全域	○	○
ウエルシア薬局 富田林津々山台店	28-0950	⑪⑫⑬	応相談	○
ウエルシア薬局 富田林若松店	20-1278	⑧⑨⑩⑪	×	○
からたち薬局	55-3440	富田林・南河内郡 全域	羽曳野市 駒ヶ谷方面 ○	○
喜志薬局	20-0707	富田林・南河内郡 全域	○	○
キタバ薬局 メディカルスクエア店	28-7423	⑪⑫⑬	×	○
キリン堂薬局 富田林若松店	23-8250	富田林・南河内郡 全域	×	○
くるみ薬局 富田林店	23-0051	⑨⑩	○	○
くれよん薬局 藤沢台店	21-8287	⑪⑫⑬	○	○
健康堂薬局	29-1367	富田林・南河内郡 全域	×	○
コアラ薬局 喜志店	24-0770	②⑤⑥⑦⑧	○	○
向陽台薬局	40-1098	富田林・南河内郡 全域	○	○
さくらい薬局	24-2301	富田林・南河内郡 全域	×	○
サポート薬局	55-4193	⑪⑫⑬	○	○
サポート薬局 向陽台店	69-4193	富田林・南河内郡 全域	○	○
スマイリー薬局 高辺台店	21-7311	⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬	○	○
とおやま薬局	35-5883	富田林・南河内郡 全域	○	○
のぞみ薬局	20-0591	⑩、錦織	○	○
ハービス薬局	21-5051	⑭	×	○
本町薬局	23-6201	⑧⑨⑩	○	○
ミナミ薬局	23-2246	富田林・南河内郡 全域	○	○
ミント薬局 金剛大橋店	21-1685	富田林・南河内郡 全域	河内長野市 大阪狭山市 ○	○
太子薬局	98-0687	②④⑤⑥⑦⑧⑨	○	○
オリーブ薬局	21-3399	②	×	○

# ○地域包括ケア病棟

急性期の入院治療が終了した後、症状は安定しているが、すぐに退院が難しい患者さんや事情により一時的に入院が必要となった患者さんに対して、在宅復帰に向けた支援や準備をする病棟が地域包括ケア病棟です。患者さんが少しでも安心して退院できるように医師・看護師・リハビリスタッフ・ソーシャルワーカーなどの各専門職がサポートします。現在、国が構築を進めている地域包括ケアシステムの中で、急性期の入院と自宅や施設をつなぐ重要な役割を担っています。



## ○安心して退院を迎えるために

医師・看護師・理学療法士・作業療法士・ソーシャルワーカーなどの多職種が退院後の生活環境はどのようになるのかカンファレンスをおこない、チームで患者やその家族が安心して退院できるよう支援します。



## 地域包括ケア病棟を設置している病院

	所在地	問い合わせ先
富田林病院	大阪府富田林市向陽台 1-3-36	0721-29-1121（代表）
P L 病院	大阪府富田林市大字新堂 2204 番地	0721-24-3017 (担当部署直通)
金剛病院	大阪府富田林市寿町 1-6-10	0721-25-3113（代表）

## 在宅医療・介護連携コーディネーター

富田林医師会では、令和4年度より富田林医師会訪問看護ステーションに、医療・介護関係者からの連携に関する相談に応じる「在宅医療・介護連携コーディネーター」を配置しています。

下記の受付窓口まで、お気軽に相談下さい。

### 相談イメージ

- 訪問診療や往診ができる医療機関を探したいが、どうしたら良いだろう
- 利用者が在宅医療を希望しているが、どんな準備や支援が必要か相談したい
- 他職種との連携が上手くいかず、誰に相談したらよいか分からない
- 在宅看取りをすることになったがどうしたらよいのか不安がある



受付窓口：富田林医師会訪問看護ステーション

TEL：0721-26-7600

FAX：0721-28-8537

MAIL：t-zaitaku@tondabayashiishikai.jp

※土・日・祝・年末年始を除く 9:00～17:00まで受付