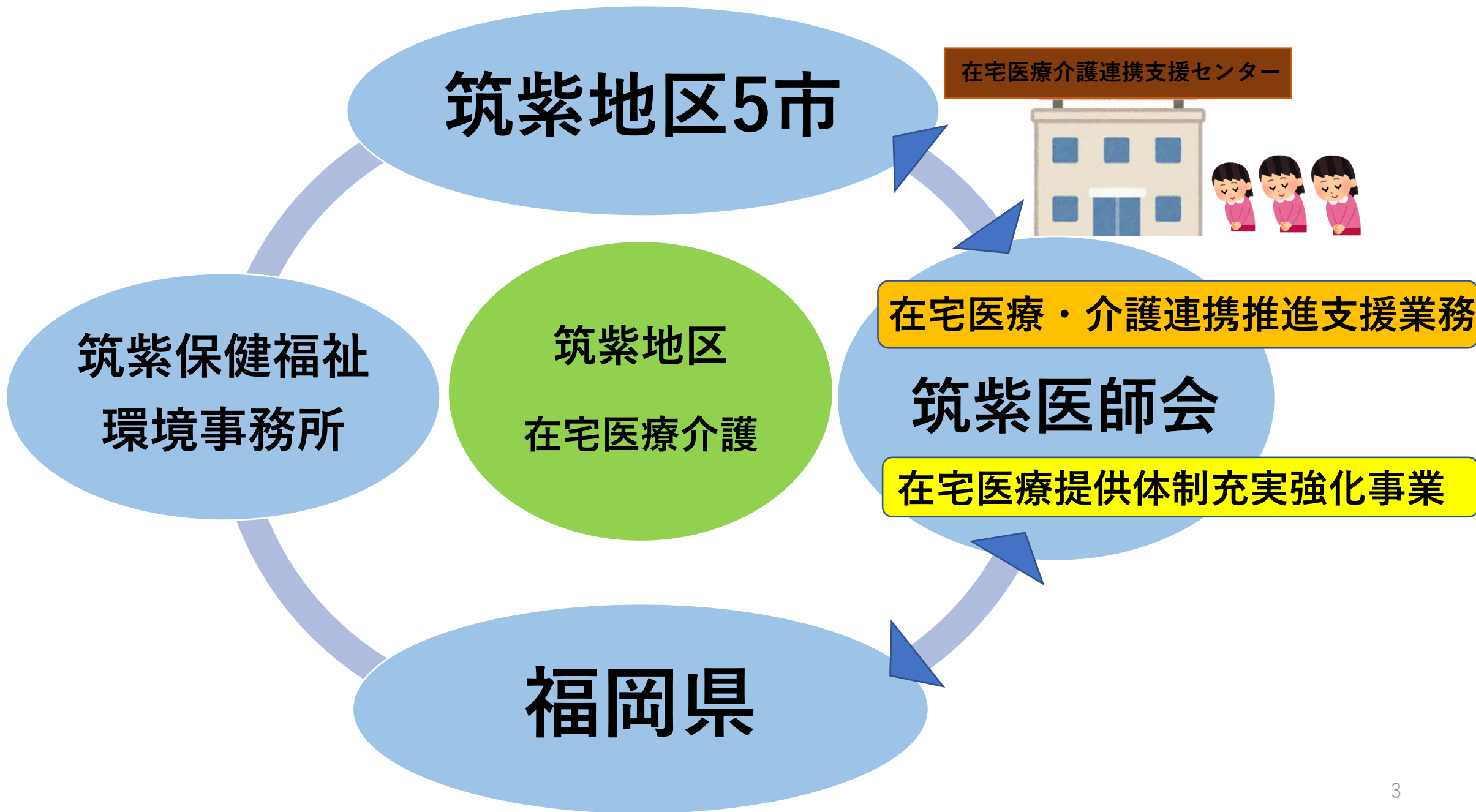


「医療・介護共有シート勉強会」

日時：令和4年6月24日（金）18：30～
場所：筑紫医師会 体育館

次第1：取り組み紹介

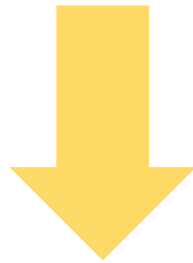
筑紫地区の 在宅医療介護連携



 地域包括ケアシステムが目指すこと

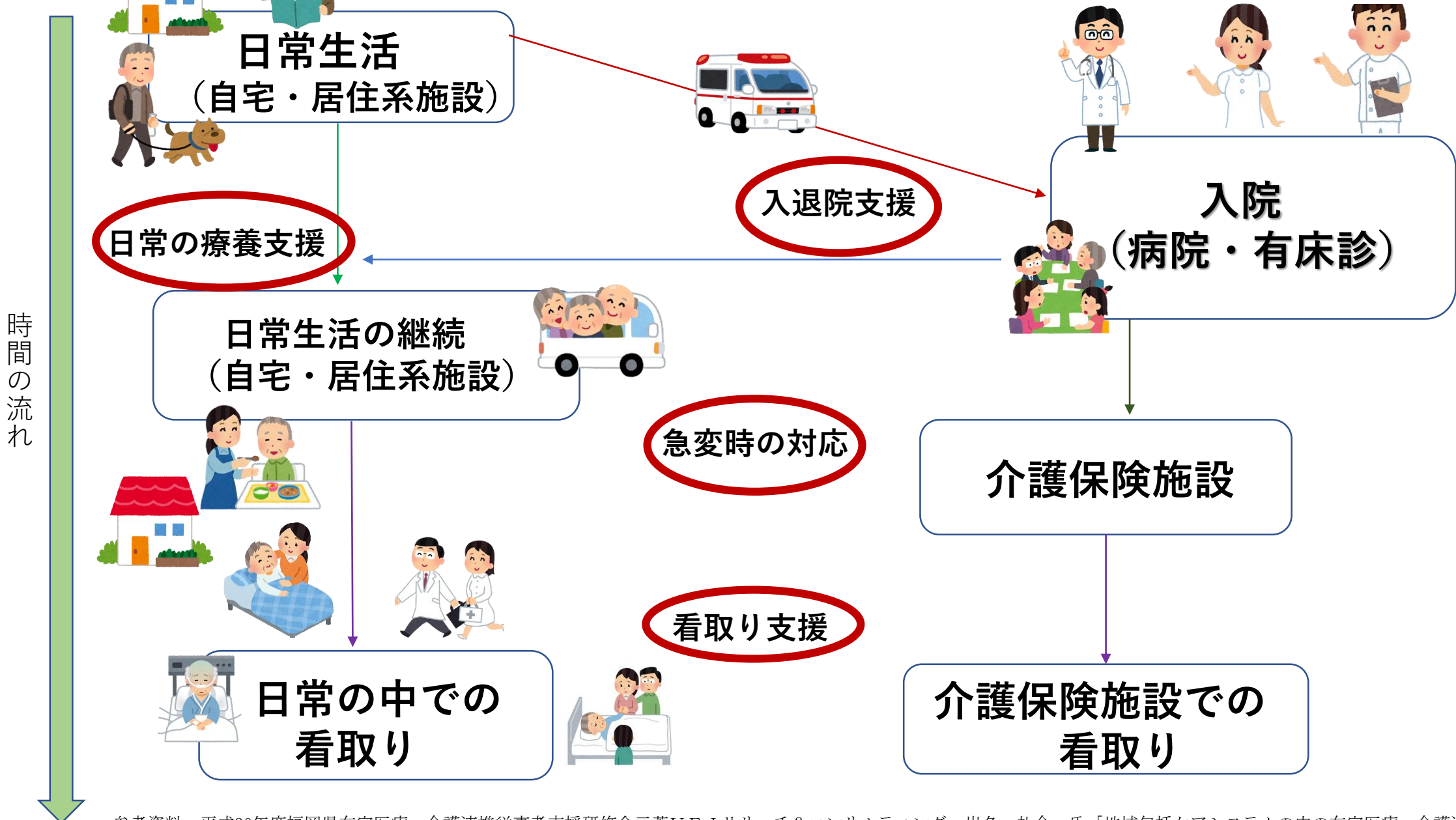
高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の
最期まで続けることができる

住み慣れた地域＝なじみの人間関係があるところ
自分らしい暮らし＝マイペースに生活できる気楽さ



居所変更しない

医療介護連携の支援場面の紹介



筑紫地区の在宅医療・介護連携が
目指す姿



✿ 自分以外の職種の役割りや動きを理解しており、相互に相談や働きかけができる。

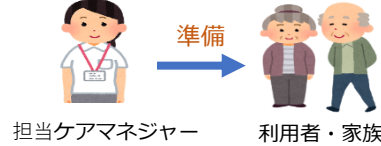
✿ 情報を共有し、利用者（患者）のために活用できる。



各支援場面のツールの紹介

入退院支援

日常



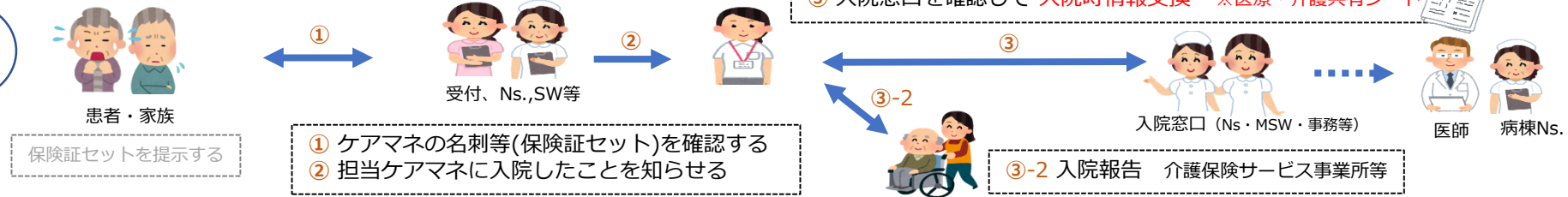
準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

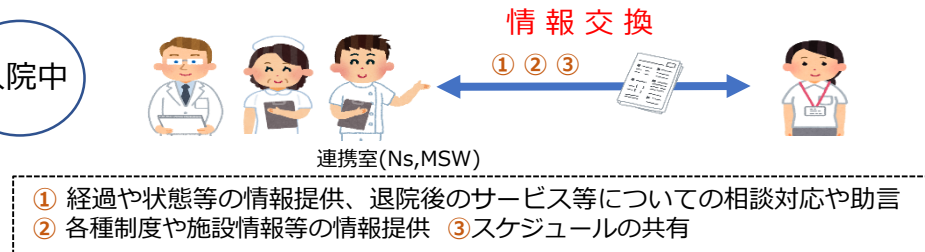
*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

*ご家族や事業所からCMへ入院連絡が入った場合は早く連携を開始するためケアマネから入院窓口へ連絡を入れる

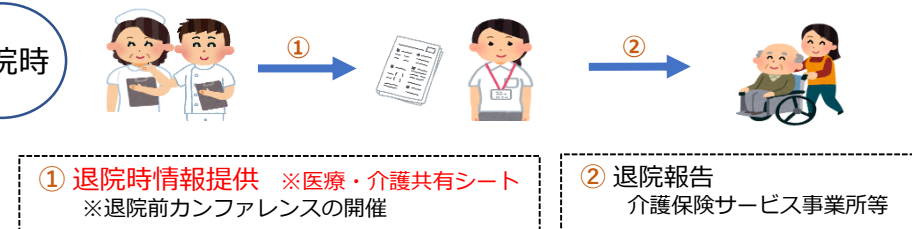
入院時



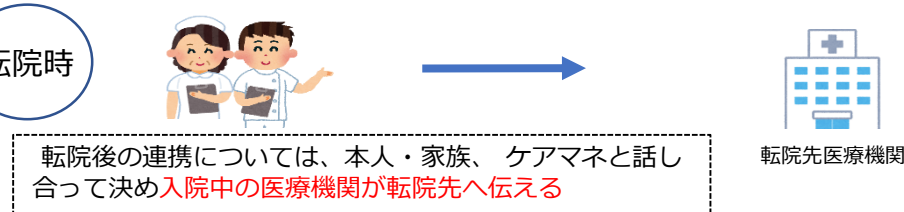
入院中



退院時



転院時



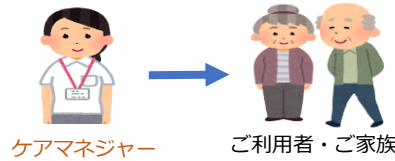
退院後



筑紫地区 入退院時の情報共有の仕組み
ご利用者様・ご家族様へ

ケアマネジャーは入院中も頼りになります!!

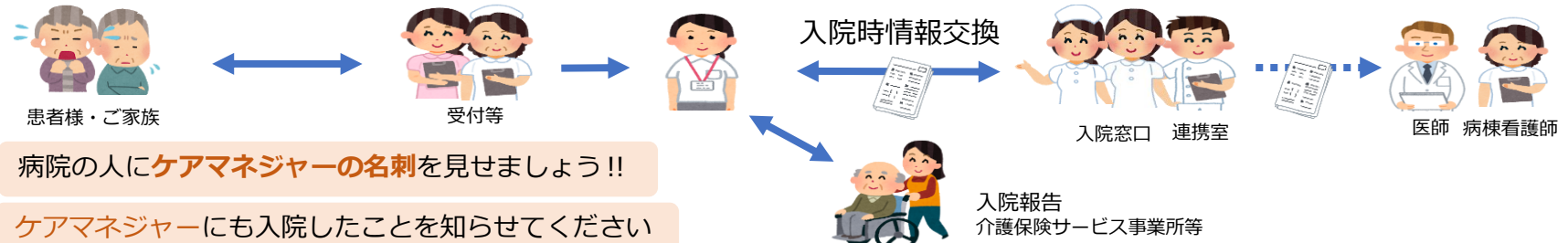
日常



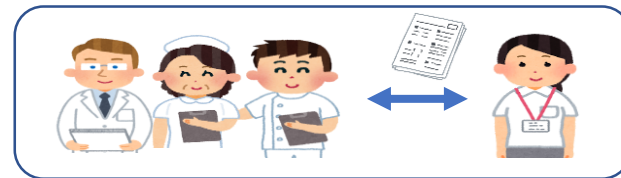
医療機関に行くときは**ケアマネジャーの名刺**・医療保険証・介護保険証・お薬手帳を忘れずに!!



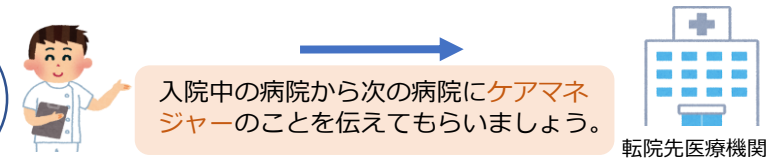
入院時



入院中



転院時



ケアマネジャーは安心して退院後の生活が始められるように病状やリハビリ内容、退院日などの情報交換をおこないます → スケジュールの共有

退院時



退院後



筑紫地区では、医療・介護関係者がご利用者様の入院時から退院後の在宅生活に向けたサポートを行い、早く不安なく在宅復帰できることを目指してこの取り組みをしています。もしも入院された場合、保険証セットを提示することで、ケアマネジャー等が入院したことを早く知ることができ、連携も早く始まります。医療と介護が連携することで切れ目なく介護サービスが提供され、安心した療養生活につながります。

筑紫地区 入院先医療機関 窓口一覧表 (令和3年6月更新)

入退院支援

入院先医療機関の体制や、患者の入院時の状態や疾患により、その後の連携の在り方が異なります。訪問のタイミング等は窓口へ相談しましょう。
※所在地ほか詳細情報は『医療機関検索』または『資源ガイドブック』をご覧ください。

筑紫野市

医療機関名称	窓 口	＜患者担当者なし又は未確定の場合＞ 病棟Ns.への情報提供 (○ かまわない ▼ 困る)
	連絡先	
小西第一病院	地域医療連携室 9 2 3 - 2 2 3 0	○ 止むを得ない場合は病棟でもかまわない
杉病院	地域医療連携室 9 2 3 - 6 6 6 7	○ 院内で情報共有しているため直接病棟でもかまわない
高山病院	地域連携室 9 2 1 - 4 5 1 1	▼ 基本的には窓口へ 時間外や休日の入院の際は病棟でも構わない
筑紫野病院	担当：縞田・貞方 9 2 6 - 2 2 9 2	○ 状況によってSWが対応する場合あり
済生会二日市病院	地域医療連携室 9 2 3 - 1 5 5 1	○ 事前連絡後 担当者へ
福岡大学筑紫病院	地域医療支援センター 9 2 1 - 1 0 1 1 (代表)	○
二日市那珂川病院	担当 河村 9 2 3 - 2 2 1 1	▼ 窓口へご連絡ください 旧：二日市共立病院 (R3.3.1～名称変更しています)

医療機関名：
ご担当者名：



医療・介護共有シート



付加式2

入退院支援

入院日 年 月 日 → CM 記入日 年 月 日 → 情報提供日 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日生（才） □男 □女

住所： TEL：



入院前

担当CM氏名： TEL： 事業所名： FAX：

退院・在宅
移行期
退院後

医療機関名： TEL： 回答者： (職種：)
FAX：

主介護者(▲)	氏名	性別・年齢	(才)	関係機関(両者は○で囲む)
キーパーソン(★)	TEL	TEL	TEL	
介護力	十分ある □ 一部見込まれる □ 見込めない			
介護支援情報 (認定状況)	要介護 □1 □2 □3 □4 □5	要介護 □1 □2 □3 □4 □5	要介護 □1 □2 □3 □4 □5	
特別な医療等 療養施設等	□なし □あり (□重篤障害者 □指定難病 □被害者)	□なし □あり (□身体 □知的 □精神 □難病)	□なし □あり (□身体 □知的 □精神 □難病)	
経済状況	□年金あり □年金なし □生活困窮(客観的判定)	□生活保護(府県CW：)	□生活保護(府県CW：)	
病歴・疾患歴	□なし □慢性臓器 □認知症 □慢性呼吸器疾患 □脳血管障害	□骨折 □その他()	□骨折 □その他()	
受診中の医療機関	医療機関： 主治医： TEL：			
最近1年間の入院	□なし □不明 □あり(右欄詳細)	入院先： 原因：	入院先： 原因：	
認知症患者の 日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M			
精神状態における 療養上の問題	□なし □幻視・幻聴 □妄想 □躁動・不眠 □不安 □暴力/攻撃性	□介護への抵抗 □不眠 □昼夜逆転 □徘徊 □危険行為 □不潔行為	□訪問介護(ヘルパー) □訪問看護 □訪問リハビリ □通所リハビリ □デイサービス	
介護サービス等の利用状況	□訪問介護(ヘルパー) □訪問看護 □訪問リハビリ □通所リハビリ □デイサービス	□福祉用具 □薬剤管理 □訪問歯科 □訪問診療 □他		
生活状況				
屋内・屋外の特徴				
抱えている薬	□なし □あり(必要手帳あり) □なし			
口腔ケア等の状況	□なし □あり(□歯科受診中・義歯あり) □なし			
その他特記事項				

退院予定日	年 月 日(曜日)
今回治療した病名	① ② ③
症状・病状の 予後・予測	
本人や家族の 受け止め・意向	
今後の診療	□通院 □訪問診療 □訪問看護
退院後必要な 医療行為等	□なし □在宅酸素 □喀痰吸引 □気管切開の結露 □自己注射 □ストーマ □経管栄養(□経鼻 □胃管) □中心静脈栄養 □尿管カテーテル □褥瘡処置(部位：) □その他() □車椅子 □歩行器 □杖 □ベッド □マットレス() □薬の一元化 【その他看護の視点から】
安心して過ごすために 導入するとよいこと および禁忌事項	【その他リハビリの視点から】
薬に関する留意事項	
注意してほしいこと・早く 主治医や訪問看護師へ知ら せてほしい状態	
その他特記事項	

入院前のADL等

起き上がり □自立 □つかまらなから出来る □抱き起こされている

座 位 □自立 □抱かれたり寝 □出来ない

移 動 □自立 □要介助 □手摺・杖 □手引き □歩行器 □車いす(□自立・□介助)

食事動作 □自立 □一部介助 □全介助 □経口摂取していない

食事形態 □工夫なし □工夫あり()

水分とろみ □必要なし □必要あり()

排泄方法 □トイレ(□洋 □和) □ポータブル □おむつ・パッド(□常時 □夜間)

排泄動作 □自立 □誘導 □拭く・流す・衣服の上げ下ろし等の介助

入 浴 □自立 □一部介助(□シャワー浴 □浴槽) □訪問入浴 □デイサービス等

特記事項

退院後

起き上がり □自立 □つかまらなから出来る □抱き起こされている

座 位 □自立 □抱かれたり寝 □出来ない

移 動 □自立 □要介助 □手摺・杖 □手引き □歩行器 □車いす(□自立・□介助)

食事動作 □自立 □一部介助 □全介助 □経口摂取していない

食事形態 □工夫なし □工夫あり()

水分とろみ □必要なし □必要あり()

排泄方法 □トイレ □ポータブル □おむつ・パッド(□常時 □夜間)

排泄動作 □自立 □誘導 □拭く・流す・衣服の上げ下ろし等の介助

入 浴 □自立 □一部介助(□シャワー浴 □浴槽) □通所

特記事項

【注】入院時情報連携加算の算定には医療サービス計画書(1.2.3頁)またはこれに代わるものの添付が必要です。

日常の療養支援

相談方法確認表の使い方

(令和3年4月末現在)

- 相談を行う前に利用者(患者)やご家族に了承を得ておきましょう。
- 医療機関に連絡を取った際は、自分の所属事業所、職種、氏名、相談対象の利用者(患者)の氏名、生年月日を必ず伝えましょう。

相談方法には、次の4つがあります。

診察同席⇒利用者(患者)が外来受診をするときに、相談者も同席し、相談することです。希望するときは事前に、同席する受診日、目的を伝えましょう。

個別面談⇒相談者が医療機関を訪問し、直接医師に相談することです。希望するときは表中の※の条件を確認し、事前に訪問することを伝えましょう。

電話相談⇒電話による相談です。まずは、いつ相談の電話をすればよいのかを確認しましょう。

FAX、メール相談⇒文書での相談方法です。事前に、相談する旨を電話で伝えた後、相談の文書をいずれかの方法で送信しましょう。

【表の説明】

医療機関名		住所：			
		☎：			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	△※1	①電話番号	②FAX番号	×	
【問合せ時間】☆③相談窓口担当者：					
月	火	水	木	金	土
～	～	～	～		
④【コメント】					

表示されている時間はあくまでも目安です。状況によっては、ずれたり、中止となることをご了承ください。

番号の説明

- ①：相談時の電話番号（医療機関の電話番号と異なることがあります）
- ②：相談時のFAX番号
- ③：相談者からの訪問日時等の問い合わせを受け付ける者
- ④：各医療機関からのメッセージや条件を掲載

記号の説明

- ：その相談方法を受け付けている
- △：場合による
- ×
- ※：条件⇒コメント欄に条件記載あり

その他

相談窓口担当者のいない医療機関や掲載の無い医療機関との相談方法でお困りの際は下記にご連絡ください。

筑紫野市

青柳外科医院		住所：筑紫野市二日市南2-2-10			
		☎：922-2770			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○922-2770	○924-5041	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：受付 事務					
月	火	水	木	金	土
9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00
～	～	～	～	～	～
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	12:00
【コメント】					
※1：事前に調整の上、お越しください。					

いでわき医院		住所：筑紫野市針摺中央2-4-1			
		☎：408-1602			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○408-1602	○408-1612	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：内科医師 井手脇 康裕					
月	火	水	木	金	土
9:00	9:00	9:00		9:00	9:00
～	～	～	～	～	～
17:00	17:00	17:00		17:00	12:00
【コメント】12：00～14：15はお昼休みです。					
※1：事前に調整の上、お越しください。					

伊藤医院		住所：筑紫野市二日市南3-11-15			
		☎：922-3303			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○922-3303	○922-3499	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：受付事務					
月	火	水	木	金	土
9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00
～	～	～	～	～	～
18:00	18:00	18:00	18:00	18:00	12:00
【コメント】					
※1：来院してもらい、都合がつくまでお待ちいただきます。					

上野脳神経外科クリニック		住所：筑紫野市原田4-15-8			
		☎：927-3555			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○927-3555	○927-3567	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：なし					

おおりん病院		住所：大野城市中央1－13－8			
		☎：581-1445			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
△	○※1	○	○591-7060	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：医療相談室 精神保健福祉士					
月	火	水	木	金	土
9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00
～	～	～	～	～	～
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00
【コメント】					
※1 事前に相談・調整の上、お越しく下さい。					
乙金病院		住所：大野城市乙金東4－12－1			
		☎：503-7070			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
△	○※	○503-7070	×	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：地域医療連携科 看護師・精神保健福祉士・介護支援専門員					
月	火	水	木	金	土
9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00
～	～	～	～	～	～
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	12:00
【コメント】担当者不在の場合は折り返し連絡を入れます。					
事前に相談の連絡をいただくと助かります。					
※事前に調整の上、お越しく下さい。（電話で済む場合は面談はしていません）					
小西第一病院		住所：筑紫野市石崎1－3－1			
		☎：923－2238			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○923－2230	○687－4811	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：地域医療連携室 看護師 MSW					
月	火	水	木	金	土
9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00
～	～	～	～	～	～
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	12:00
【コメント】					
※1：事前に調整の上、お越しく下さい。					
済生会二日市病院		住所：筑紫野市湯町3丁目13番1号			
		☎：923－1551			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	×	×	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：地域医療連携室 医療ソーシャルワーカー					
月	火	水	木	金	土
8:30	8:30	8:30	8:30	8:30	×
～	～	～	～	～	
16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	
【コメント】土曜日は診療も相談もありません。まず電話で一報ください。					
※1：事前に調整の上、お越しく下さい。					

訪問診療・往診可能 診療所一覧（筑紫医師会）

訪問診療・往診可能 病院一覧（筑紫医師会）

筑紫地域 病院情報一覧（筑紫医師会）

訪問歯科診療・車椅子対応可能 医療機関一覧（筑紫歯科医師会）

在宅訪問可能 薬局一覧（筑紫薬剤師会）

訪問看護ステーション看護ケア情報（筑紫）

筑紫地区 居宅介護支援事業所リスト

筑紫地区 訪問介護事業所リスト

筑紫地区 通所サービス事業所リスト

（通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション）

筑紫地区(看護)小規模多機能型居宅介護事業所リスト

筑紫地区 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)事業所リスト

令和4年度
筑紫地区医療・介護資源ガイドブック

筑紫医師会訪問診療及び往診可能診療所一覧

◆ 黄色Noは令和2年度掲載情報から変更箇所がある機関

No	医療機関名称	所在地				主たる診療科	訪問診療 ○、△、× (備考)	往診 ○、△、× (備考)	麻薬による 疼痛管理 ○、△、× (備考)	診療所からの 訪看 ○、△、× (備考)	対応医療処置											在宅医療を支援する関係機関からの相談・連絡	
		〒	住所	電話	ファックス						①気管切開 ○、△、× (備考)	②人工呼吸器 ○、△、× (備考)	③在宅酸素 ○、△、× (備考)	④褥創 ○、△、× (備考)	⑤胃ろう ○、△、× (備考)	⑥経管栄養 ○、△、× (備考)	⑦中心静脈栄養 ○、△、× (備考)	⑧人工肛門 ○、△、× (備考)	⑨在宅看取り ○、△、× (備考)	⑩神経難病 ○、△、× (備考)	⑪小児 ○、△、× (備考)	希望時間	担当者
1	青柳外科医院	818-0057	筑紫野市 二日市南2-2-10	922-2770	924-5041	外・胃腸	×	○	×	×	×	×	×	○	○	△(要相談)	×	△(要相談)	○	×	×	いつでもよい	
2	(医)爆宗会 どい内科クリニック	818-0036	筑紫野市 光が丘4-5-3	926-7415	926-8312	内	○	△(要相談)	○	△(要相談)	○	×	○	○	○	○	○	○	○	△(要相談)	×	いつでもよい	佐々木真名子内田
3	(医)西本内科医院	818-0024	筑紫野市 原田6-8-1	926-0021	926-2221	内	○	○	○	×	×	○	○	○	×	×	×	×	○	×	×		
4	樋口医院	818-0072	筑紫野市 二日市中央5-15-13	922-3076	922-3714	内	×	△(要相談)	○	×	×	×	×	○	×	×	×	×	△(要相談)	×	×		
5	安元耳鼻咽喉科医院	818-0071	筑紫野市 二日市西1-6-1	922-2308	925-6759	耳鼻科	×	○ 筑紫野+近隣地区 診察のみ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	診療時間内	受付
6	安元ひふ科クリニック	818-0083	筑紫野市 針摺中央2-4-1	925-4112	403-0535	皮膚	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	△(要相談)	9:00～17:30	院長
7	山本医院	818-0034	筑紫野市 美しが丘南6-2-1	926-8333	926-8307	消内	×	○ 筑紫野市内	○	×	×	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	連絡調整後	院長
8	よこみぞ医院	818-0042	筑紫野市 立明寺506-5	921-5001	921-5002	外・消化器内科・リハビリ	○	△(要相談)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	15:00頃 月～水、金	松下
9	吉田泌尿器科医院	818-0071	筑紫野市 二日市西1-4-7	921-6677	921-6636	泌尿器	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○	×	○	○	×	×	いつでもよい	院長
10	荒牧内科	816-0847	春日市 大土居1-6	501-1158	513-5072	内	×	△	△	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	16:00～17:00	
11	池田脳神経外科	816-0824	春日市 小倉1-1	589-0150	589-0157	脳神経外	○ 木曜日 午後のみ	○ 木曜日 午後のみ	×	○	△	△	△	△	△	△	×	×	△	○	△	診療時間内	院長
12	(医)大西内科クリニック	816-0847	春日市 大土居3-192	595-2001	595-2003	内	○	△(要相談)	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	14:00～17:00	院長
13	おかもと内科医院	816-0814	春日市 春日9-2	595-6608	595-6620	内	○	△	×	×	×	×	○	△(要相談)	×	×	×	×	△	×	×	14:00～17:00	院長
14	榊原医院	816-0854	春日市 下白水北4-85	572-3111	582-8604	内	○	○	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	○	×	×	14:00～17:00	院長
15	(医)たけの内科クリニック	816-0802	春日市 春日原北町3-63-1	593-0500	593-0200	内	○	△(要相談)	×	○(要相談)	×	×	○	×	×	×	×	×	△	×	×	月～水、金 14:00～17:00	院長
16	内藤内科医院	816-0853	春日市 泉1-10	591-8887	592-2147	内	△(要相談)	△(要相談)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	14:00～17:00	院長
17	野北外科胃腸科医院	816-0844	春日市 上白水1-19	591-1231	591-1232	外・胃腸科	○	○	○	△(要相談)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	×	診療時間内	院長 副院長
18	(医)七雄会ひらの耳鼻咽喉科クリニック	816-0813	春日市 惣利1-14	586-8677	586-8750	耳鼻咽喉	×	△(要相談)	△(要相談)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
19	またけ胃腸内科クリニック	816-0863	春日市 須玖南2-104-1	572-2180	572-2110	内科	中学校区内 診察・処方	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	16:00～18:00 木以外	佐々木小松 主任婦長

次第2：勉強会

**医療・介護共有シート
を使って情報共有を考えてみましょう!!**

この時間の流れ

1. 自己紹介
2. 進行係決め
3. シートについて話し合い(～19:10)
4. 発表(～19:15)

医療機関名： ご担当者名：		医療・介護	
入院日 年 月 日 → CM記入日 年 月 日 → 情報提供日 年 月 日			
患者氏名：		生年月日： 年 月 日生（才） <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
※利用者(患者)/療養の同意について情報提供しています。退院前に右記欄口についての聞き取りをおこないます。			
入院前 担当CM氏名： TEL：		事業所名： FAX：	
主介護者(▲)	氏名 TEL	続柄・年齢 特記事項	療養環境等(両隣者は○で囲む)
キーパーソン(★) ※主介護者と異なる場合	氏名 TEL	続柄・年齢 特記事項	
介護力	<input type="checkbox"/> 十分ある <input type="checkbox"/> 一部見込まれる <input type="checkbox"/> 見込めない		
介護支援情報 (認定状況)	要支援 要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 経済的事実等	
特別な医療等 療養環境等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (○療養環境等 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 被褥者)		
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金あり <input type="checkbox"/> 年金なし <input type="checkbox"/> 生活困窮(客観的判定) <input type="checkbox"/> 生活保護(府県CW:)		
病歴・疾患歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 慢性肺病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()		
受診中の医療機関	医療機関：	主治医：	TEL：
最近1年間の入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	入院先 原因	期間
認知症患者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI		
精神面における 療養上の課題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 焦燥・不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為		
介護サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 他		
生活状況			
屋内・屋外の特徴			
敷設している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(お薬手帳あり) <input type="checkbox"/> なし		
口腔内状態の特記	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(○歯科受診中・義歯あり) <input type="checkbox"/> なし		
その他特記事項			
入院前のADL等			
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりながら出来る <input type="checkbox"/> 杖や器にされている		
座 位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 肩や肘が楽 <input type="checkbox"/> 足踏		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖や杖 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(○自立、○介助)		
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取していない		
食事形態	<input type="checkbox"/> 工夫なし <input type="checkbox"/> 工夫あり()		
水分とろみ	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり()		
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ(○洋 <input type="checkbox"/> 和) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ・パッド(○常時 <input type="checkbox"/> 夜間)		
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 拭く・流す・衣服の上げ下ろし等の介助		
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(○シャワー浴 <input type="checkbox"/> 浴槽) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス等		
			特記事項

【注】入院時情報連携加算の算定には居宅サービス計画書(1.2.3頁)またはこれに代わるものの添付が必要です。

入院時の情報提供としてCMから届いた情報です。そのシートが届いたとしたら・・・



看護師、MSW ⇒ CM

- ・更にほしい情報
- ・提供してほしいもの
- ・困りごと

CM ⇒ 看護師、MSW

- ・質問
- ・困りごと



これらについて、伝えあってください！



- ・ 更にほしい情報
- ・ 提供してほしいもの
- ・ 質問
- ・ 困りごと

- ・ 聴き取っておいた方がよいこと
- ・ 伝えたいこと
- ・ 質問
- ・ 困りごと



これらについて、伝えあってください！

住所：	TEL：	
※下記の情報については主にCMが記入します。		
退院・在宅移行期 / 退院時	医療機関名： TEL：	回答者： (職種：) FAX：
退院予定日	年 月 日 (曜日)	
今回治療した病名	① ② ③	
症状・病状の予後・予測		
本人や家族の受け止め、意向		
今後の診療	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護	
退院後必要な医療行為等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃液) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位：) <input type="checkbox"/> その他 ()	
安定して過ごすために導入するとよいことおよび禁忌事項	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> マットレス () <input type="checkbox"/> 薬の一斉化 【その他看護の視点から】	
薬に関する留意事項	【その他バビリの視点から】	
注意して欲しいこと、早く主治医や訪問看護師へ知らせて欲しい状態		
その他特記事項		

退院時	起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりながら出来る <input type="checkbox"/> 独り立ちされている 歩 行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 補助が必要 <input type="checkbox"/> 出来ない 移 動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手拭・杖 <input type="checkbox"/> 手型み <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助) 食事動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取していない 食事形態 <input type="checkbox"/> 工夫なし <input type="checkbox"/> 工夫あり () 水分とろみ <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり () 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ・パッド (<input type="checkbox"/> 尿時 <input type="checkbox"/> 夜間) 排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指導 <input type="checkbox"/> 拭く、洗す、衣服の上げ下ろし等の介助 入 浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 浴槽) <input type="checkbox"/> 湯拭	特記事項
------------	--	-------------

次第3：意見交換

転院時

**『ケアマネジャーからの情報』の引継ぎ、
どうしていますか？**

この時間の流れ

転院時

1. 仕組み図の場面整理
2. 患者を送り出す側の医療機関の動き
3. 患者を迎える側の医療機関の状況
4. ケアマネジャー側からの視点

1. 仕組み図の場面整理

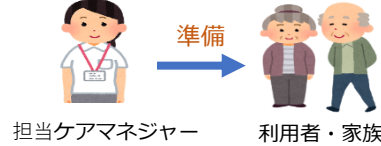
2. 患者を送り出す医療機関の動き

3. 患者を迎える医療機関の状況

4. ケアマネジャー側からの視点

入退院支援

日常



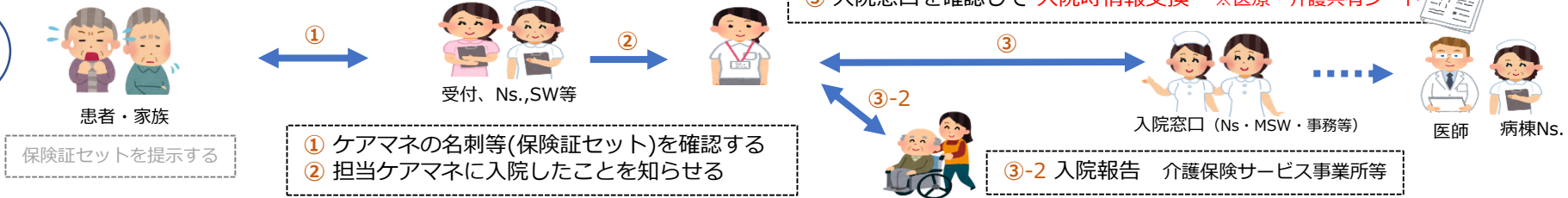
準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

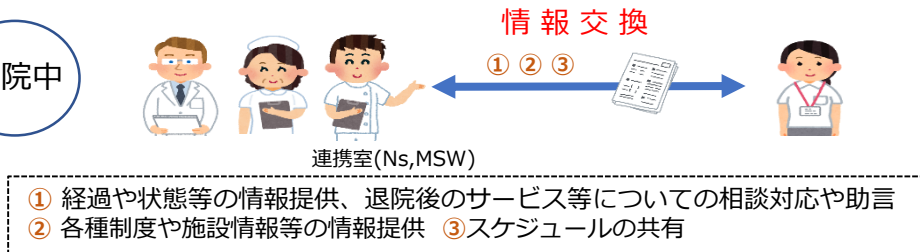
*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

*ご家族や事業所からCMへ入院連絡が入った場合は早く連携を開始するためケアマネから入院窓口へ連絡を入れる

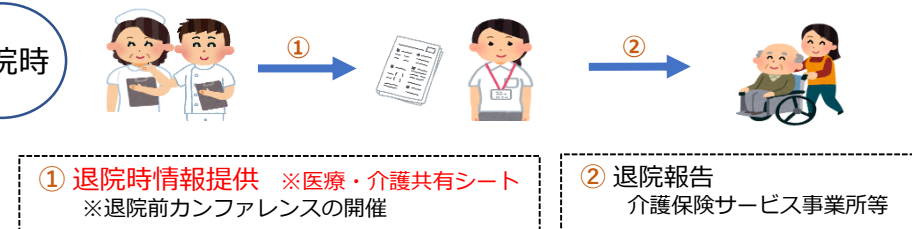
入院時



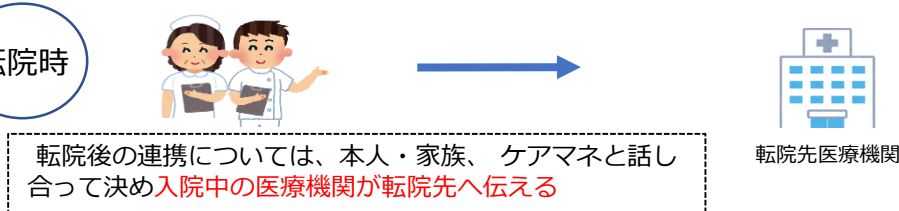
入院中



退院時



転院時



退院後



担当ケアマネジャー → 準備 → 利用者・家族

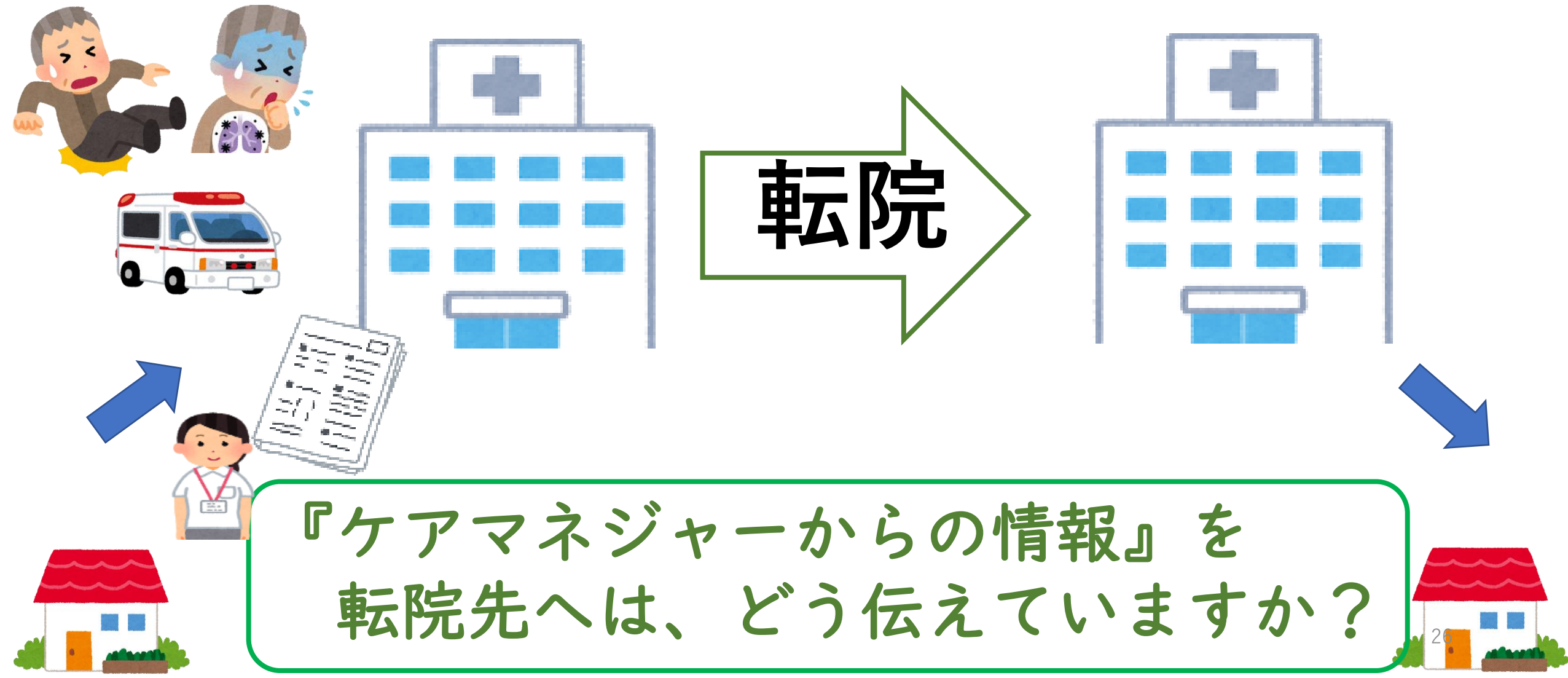
① 契約(更新)時に自分(ご本人)等と医療保険、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了解を得る*

*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対し、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

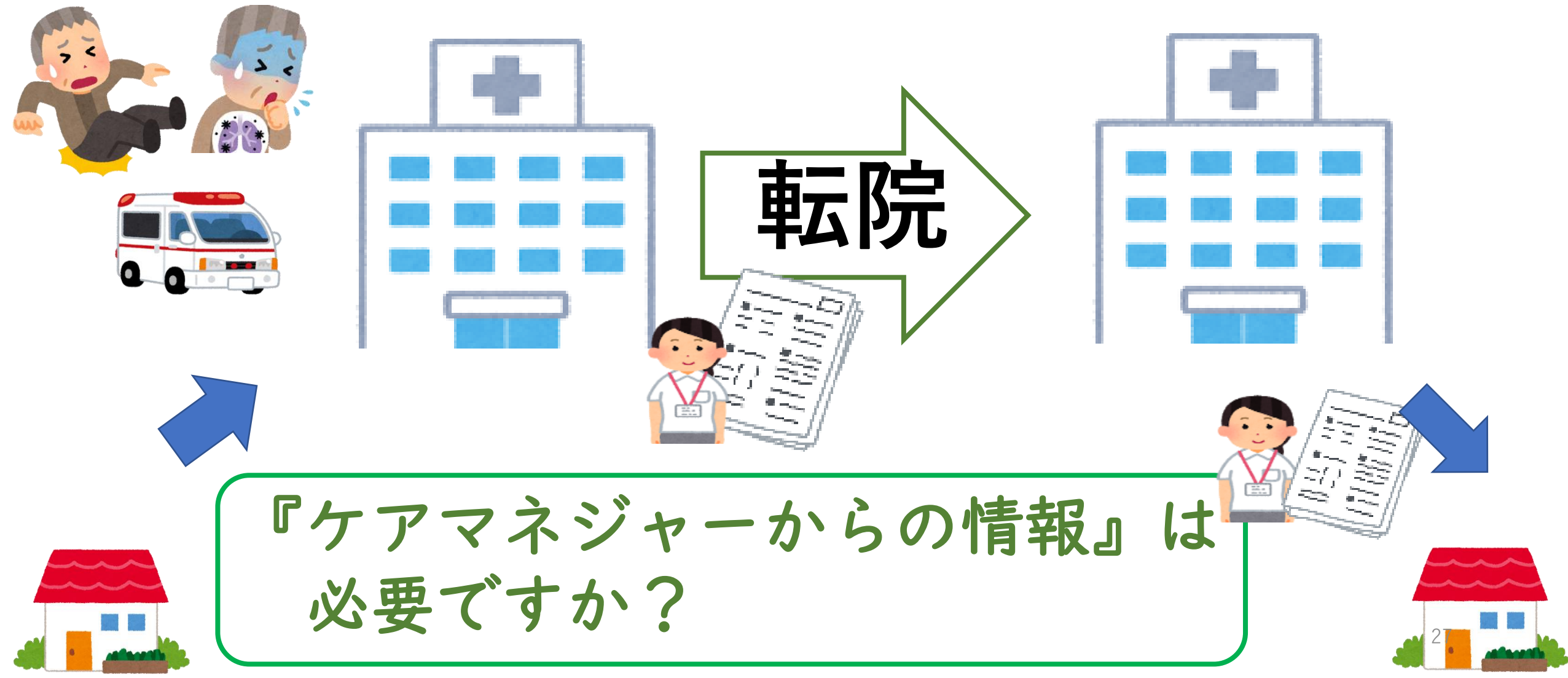
*ご家族や事業所からCMへ入院連絡が入った場合は早く連携を開始するためケアマネから入院窓口へ連絡を入れる



2. 患者を送り出す側の医療機関の動き



3. 患者を迎える側の医療機関の状況



4. ケアマネジャー側からの視点

医療機関側の話を聞いて、助かること・困ること



筑紫地区の在宅医療・介護連携が
目指す姿



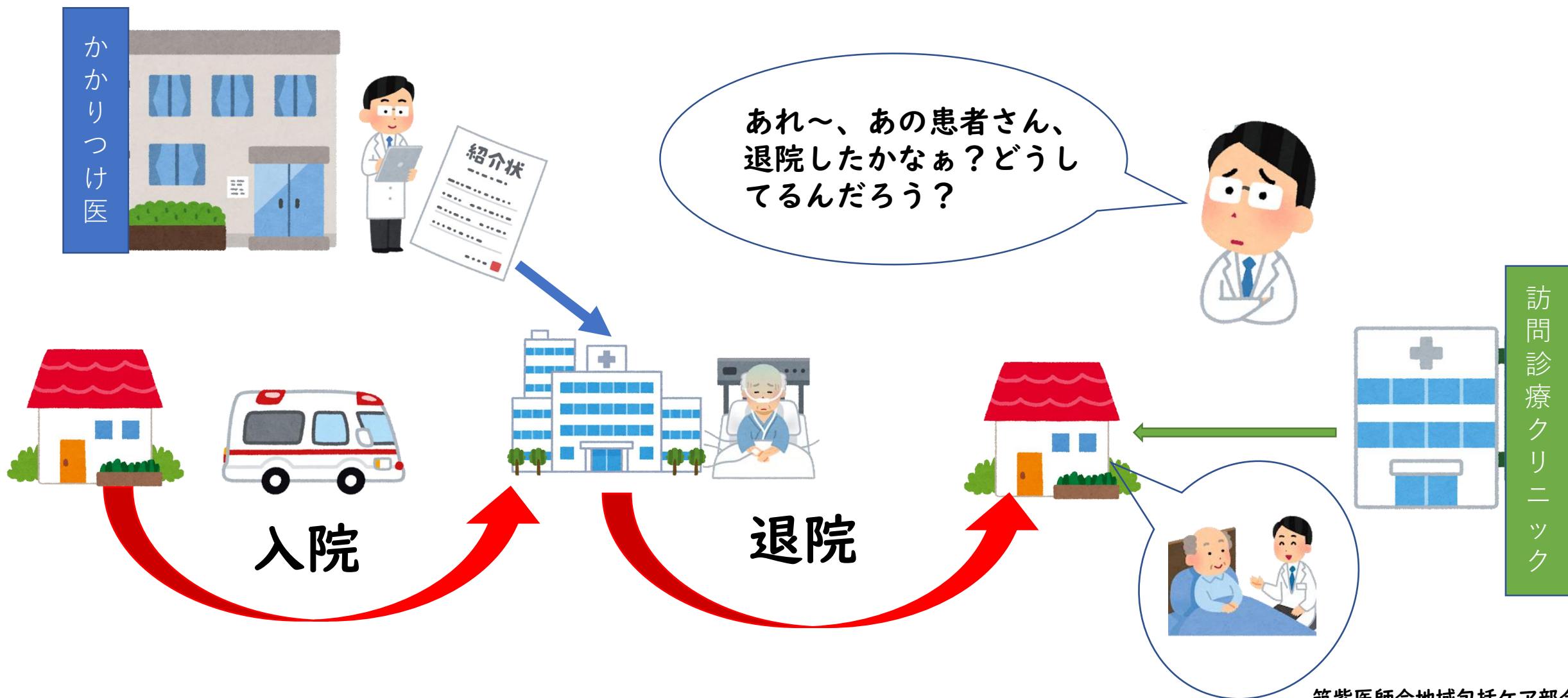
✿ 自分以外の職種の役割りや動きを理解しており、相互に相談や働きかけができる。

✿ 情報を共有し、利用者（患者）のために活用できる。



かかりつけ医への報告・相談

入院・治療後に訪問診療が必要な状態になったとき・・・



医師からこのような声が出ています

【外来通院中の患者に対し】

- ・知らない間に外来通院していた患者（かかりつけ患者）が入院していた
- ・知らない間に外来通院していた患者（かかりつけ患者）が訪問診療を受けていた
- ・来院されなくなり、後に訪問診療に繋がっていたことを知った
- ・入院後、別の病院に繋がっていた

【訪問診療を行っている医師から】

- ・訪問診療の依頼が来たが、かかりつけ医が知らないまま依頼が来たので困った
- ・訪問診療を開始したが、もともとのかかりつけ医からクレームが来た
（かかりつけ医が居る事を知らなかった）

【他にも】

- ・自分は訪問診療には行けないが、訪問診療に行かれる先生に患者の今までの経過などは伝えたい

まずは、かかりつけ医への相談・報告をお願いします

