

連携シート「むすびの和（改訂版）」

活用のための事例集

みんなで考える井笠の医療と介護

はじめに

備中保健所井笠支所管内では、平成 24 年度に岡山プライマリ・ケア学会が作成した連携シート「むすびの和」をベースに、井笠地域の特性を盛り込んだ連携シート「むすびの和(井笠版)」を作成しました。これは、井笠地域に暮らす住民が病院、在宅、施設へ入退院(所)をする際に、本人のニーズに基づいた切れ目のないサービスが受けられるように、医療・看護・介護等の関係職員が本人に関わる情報を迅速、的確につなぎ、共有するために作成したものです。

現在、井笠地域では、これまでの趣旨を継承し、連携シート「むすびの和(改訂版)」(以下、連携シート「むすびの和」という)の活用と普及に努めています。

この度の事例集は、次の目的で作成しました。

事例集の活用により

- ①連携シート「むすびの和」を使用した経験がなくても使ってみようと思える。
→活用場面や記入例を具体的に掲載している。
- ②連携シート「むすびの和」の普及の教材となる。
→所属内等での研修教材として、そのまま使える。

連携シート「むすびの和」が広く活用されることで、本人と家族の真のニーズに基づいた切れ目のない支援がなされるようになることを願っています。

目 次

1 連携シート「むすびの和」の活用にあたって	1
2 連携シート「むすびの和」の活用の場面	2
3 連携シート「むすびの和」の活用(記入)の例	
・事例の概要	3
・活用場面①: 病院入院時(介護支援専門員→病院)	4
・活用場面での声	4
・実際の活用事例(記入したシート)	5
・活用場面②: 病院退院時(病院→介護支援専門員)	10
・活用場面での声	10
・実際の活用事例(記入したシート)	11
・活用場面③: 在宅でのサービス利用時(介護支援専門員→サービス事業所) ..	16
・活用場面での声	16
・実際の活用事例(記入したシート)	17
4 連携シート「むすびの和」についての Q&A 及び項目の参考文例	22
〈 資 料 〉	
連携シート「むすびの和」について	26
・岡山プライマリ・ケア学会「むすびの和」作業部会のものを採用	
連携シート「むすびの和」様式及び様式とその入手先	
・連携シート「むすびの和」様式	30
・連携シート「むすびの和」様式の入手先	35

1 連携シート「むすびの和」の活用にあたって

連携シート「むすびの和」の活用目的は、本人や家族の状態や意思を尊重した切れ目のない支援が在宅、施設等、どこにいても受けられるよう、支援者間で情報共有することです。

連携シート「むすびの和」の活用については、以下のことに御留意ください。

〈記入に関する事項〉

- ・連携シート「むすびの和」の構成は P26 のとおりです。これにより本人の全体像が把握できます。
- ・初めから全ての項目を記載する必要はありません。その時に必要な情報を必要な機関へ提供することが大事です。
- ・連携シート「むすびの和」により情報を受け取った後に、本人の状態等の変化や支援内容の変更があった場合は、その箇所を朱書した上で次の機関へ情報提供できます。それにより経時的な変化がわかりやすくなります（紙媒体シートにより情報提供する場合）。

〈個人情報の取扱いに関する事項〉

- ・個人情報保護の観点では、厚生労働省の「個人情報保護関係ガイドライン」等に示されているとおりです（※）。
- ・医療・介護関係事業者が個人データを第三者に提供する際は原則、あらかじめ本人の同意を得る必要があります。例えば、ケアプラン立案の際に他機関への情報提供について同意を求める等、個人情報の利・活用に際しては、本人や家族に同意を得たうえで多職種連携する等慎重な対応をお願いします。

※

- ・「医療・介護関係事業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」（平成 22 年改正）

該当箇所：Ⅲ 医療・介護関係事業者の義務等

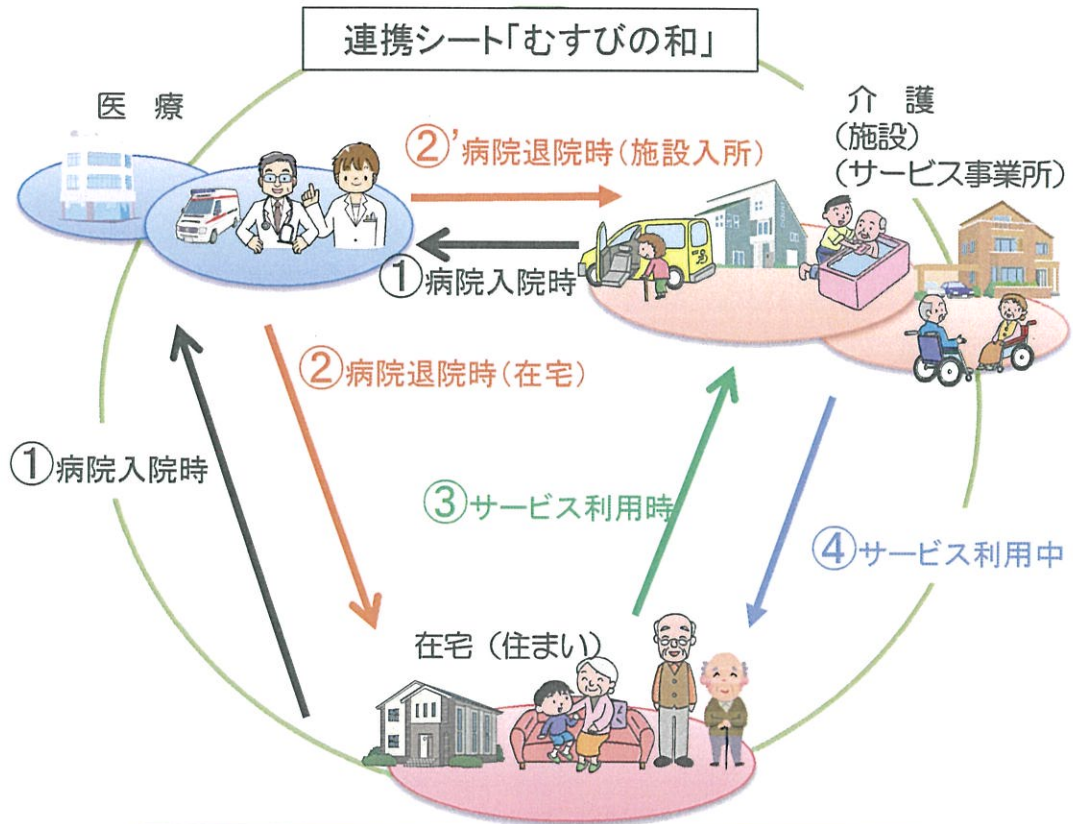
5. 個人データの第3者提供（法第23条）

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/>)

- ・「医療等に関する個人情報」の利活用にあたっての取扱ルールについて
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002dcig-att/2r9852000002dcno.pdf>)

2 連携シート「むすびの和」の活用場面

連携シート「むすびの和」は①～④のように様々な場面で活用できます。

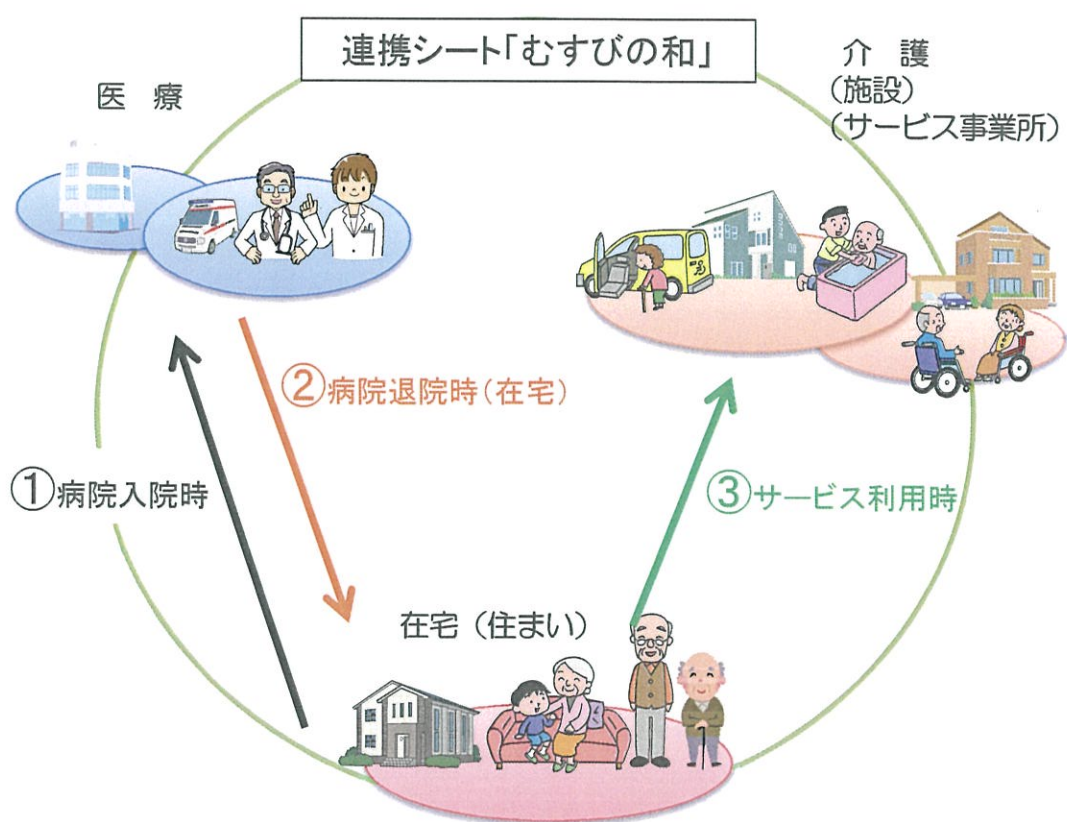


【活用場面】

- ① 病院入院時
 - ・ 在宅(介護支援専門員) → 病院(地域連携担当者)
 - ・ 施設(介護支援専門員) → 病院(地域連携担当者)
- ② 病院退院時(在宅)
 - ・ 病院(地域連携担当者) → 在宅(介護支援専門員)
- ②' 病院退院時(施設入所)
 - ・ 病院(地域連携担当者) → 施設(介護支援専門員)
- ③ サービス利用時
 - ・ 在宅(介護支援専門員) → サービス事業所(担当者)
- ④ サービス利用中
 - ・ サービス事業所(担当者) → 在宅(介護支援専門員)

3 連携シート「むすびの和」の活用(記入)の例

事例を用いて活用場面①～③ごとに記入例を紹介します。
併せて、活用のメリットを実際の声から紹介します。



【事例の概要】

- ・ T.H氏 男性 82歳 要介護5
- ・ 病歴: 高血圧、脳梗塞、胃潰瘍(逆流性食道炎)、前立腺肥大、神経因性膀胱
- ・ 家族構成: 妻、長女、孫との4人暮らし。主介護者は妻。キーパーソンは長女。
- ・ 脳梗塞を繰り返し寝たきり状態(要介護5)となり、介護保険サービスを利用しながら在宅生活を送っていた。

活用場面① ～病院入院時～ 連携シート「むすびの和」の活用(記入)の例

【活用場面①】

ショートステイ利用中に体調不良となり入院となった。
担当介護支援専門員が入院先の病院の医療ソーシャルワーカーに情報提供を行った。
連携シート「むすびの和」記入例はP5～9参照。

【活用場面での声】

医療機関スタッフ

医療



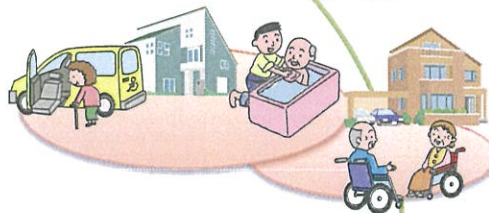
本人の自宅での様子や介護保険等のサービス利用状況・利用中の様子が分かるのはありがたい。

要介護度や介護保険のサービス利用等介護保険の状況がわかる。

リハビリが介入する際に入院前のADL(日常生活動作)を目安に計画を作成することができた。

連携シート「むすびの和」

介護



①病院入院時
(介護支援専門員→病院)

【活用場面での声】

利用者・患者、家族

介護支援専門員に伝えた情報をきちんと整理して伝えてくれるので安心。

専門職が連携してくれていると安心。

生活面や医療情報について同じことをいろんな人に何度も言わなくても済む。

住まい(在宅)



特別な状況: <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> その他 () 具体的な状況:	
生活歴 現住所で生まれる。23歳頃結婚して2人の娘に恵まれる。農業をしたり、役場の出先機関(不燃物の管理)を20数年していた。退職後は農作業を行っていた。H15年8月脳梗塞発症する。H19年10月交通事故を機に運転をやめてから自宅に閉じこもるようになる。H21年8月に脳梗塞が再発して寝たきりとなる。	
趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事	
本人の願い・希望 意思疎通困難なため不明	経済状況 年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護
個人因子 終末期や緩和ケアの思い 平成 年 月 日	家族構成図
家族の願い・希望 : 長女:本人は、なるべく家で過ごしたいと思っているのでできるだけ家で過ごせるようにしたいが、母の負担のない程度にしたい。その為に介護サービスを利用していきたい。退院後は今迄のサービスを利用しながら在宅生活を送りたい。	男: <input type="checkbox"/> 女: <input type="checkbox"/> キーパーソン: ☆ 本人は二重線、死亡者は塗りつぶし 同居者 () に年齢 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老人世帯
医療・介護・福祉等サービスの利用状況 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 在宅療養管理指導 () <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (点) <input type="checkbox"/> インフォーマルサービス () <input type="checkbox"/> その他 ()	
家族の介護力 妻、長女、孫との4人暮らし。主介護者は妻。 妻:79歳と高齢。難聴(大きな声がやっと聞こえる)更衣、おしめ交換など本人の体を動かす介助は負担が大きい。 長女:学校の教員。仕事をしながら母親の介護の協力を行っている。仕事は忙しく帰宅時間が遅くなることもある。 次女:療養中。介護協力は不可。	キーパーソン 氏名: ●●●●● 本人との関係: 長女 連絡先: 携帯電話 住所: ●●●市●●●町●●●番地●●●-●● 電話: ●●●-●●●●●-●●●●●
社会的環境 自宅は幹線道路から離れた山の麓にあり。近隣には家が数軒あるのみ。 近所の知り合いが月に1~2回訪ねてくる。	

項目	現在の状況(生活の中でしていること)	頑張れば出来ること	目標	
機能(活動)	基本動作	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	右側臥位になったときに左手で柵を持つこと	右半身の拘縮悪化を防ぐ
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	食事	方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ 内容 回数: <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input checked="" type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> 治療食 () 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	主食粥、副食刻み食を介助にて経口摂取	経口摂取の維持
	水分摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 摂取量 1日 (ml)		
	排泄	方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ガーゼ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ 排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 頻度: 1日 (回) 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 薬の服用: あり 頻度: 1日 (回) 失禁 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし		
	入浴	方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	皮膚の問題	褥瘡 なし (部位:) 程度 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍		
	口腔衛生	歯の本数: 上 0 本 下 0 本 義歯: なし 動作 <input type="checkbox"/> 自立 歯磨き1日 (回) <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	意思疎通・言語	意思の伝達 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 他者を理解 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 視力障害 なし 眼鏡: 言語障害 あり 聴力障害 なし 補聴器: 右 なし 左 なし		
	認知	短期記憶 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 伝達能力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 理解力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり		
	睡眠	状況 <input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> せん妄 睡眠薬等 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々使用 <input type="checkbox"/> 常用		
	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	参加	状況(社会参加: 家庭の役割を含む)	週2回デイサービス、週4日ショートステイを利用する以外は外出はない。	デイサービス、ショートステイを利用して他者と交流が図れる。

関係者の意見

本人・家族の同意書: あり

記入時: 入院中 退院直後 療養中 (年)

ケアマネ	医療	介護	家族・介護者・地域関係者
(ケアマネ、ソーシャルワーカーなど)	(医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、看護師、保健師、リハビリ関係者など)	(介護保険施設・事業所の従事者など)	(家族、介護者、民生委員、愛育委員、ボランティアなど)
基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)

内容(状況変化、他職種の留意・依頼することなど)について

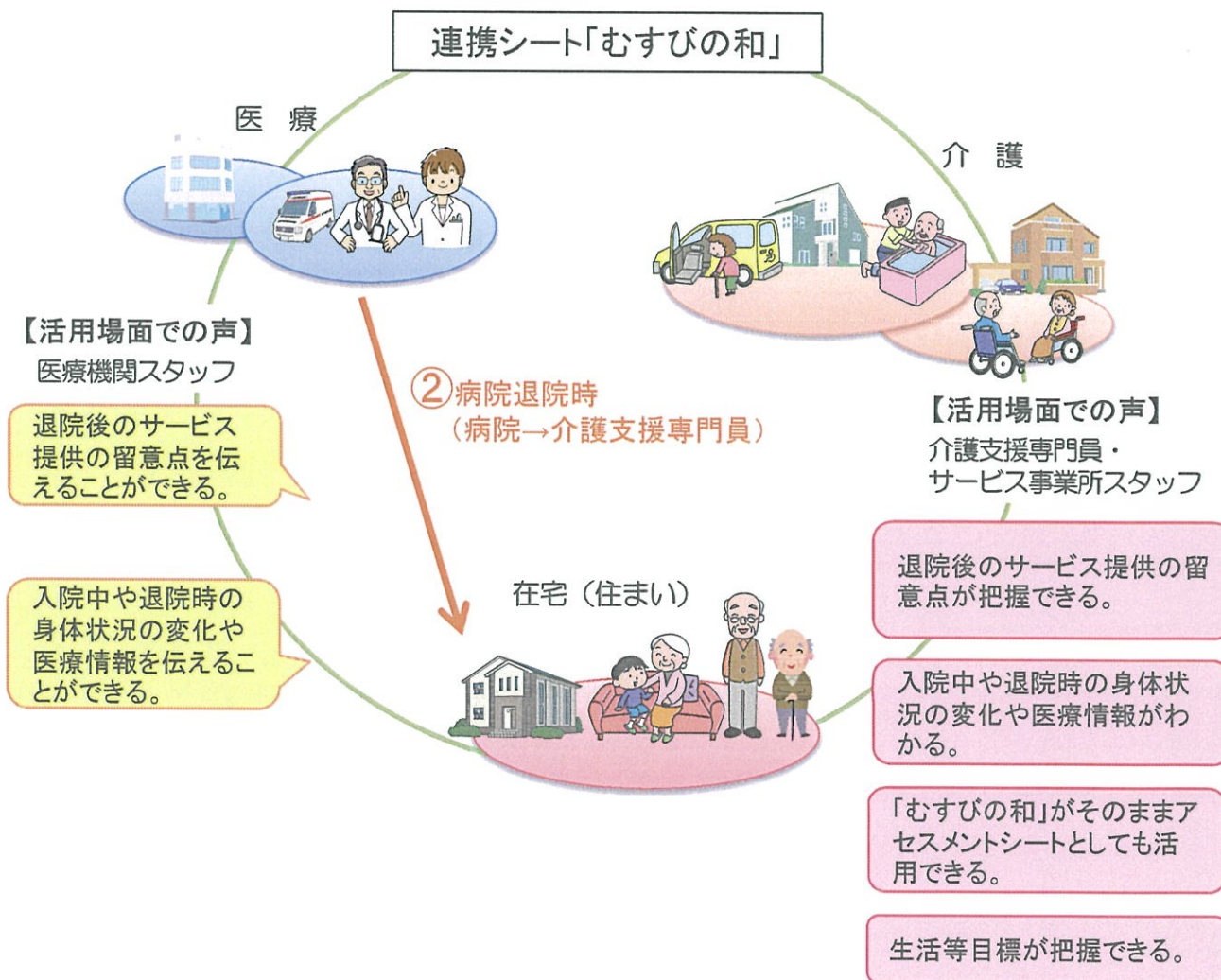
職種: 介護支援専門員 氏名: ●●●●● 事業所名: ●●●●● 居宅介護支援事業所 TEL: ●●●●-●●●●-●●●●●●	記載日: 平成 26 年 6 月 26 日 平成26年3月から前任者退職に伴い担当するようになりました。主介護者は妻ですが高齢であり要介護5の本人の介護は負担が大きいです。同居の長女も協力的ですが就労しており限界があります。特別養護老人ホームに入所申請を行い入所希望があります。家族の負担を軽減しながら本人は必要な介護が受けられるようにケアプランを作成しています。退院時にはご連絡ください。
職種: 看護師 氏名: ●●●●● 事業所名: ●●●●● ショートステイ TEL: ●●●●-●●●●-●●●●●●	記載日: 平成 26 年 6 月 27 日 ここ最近の利用中は発熱もなく、体調は落ち着いていました。排便コントロールは来園後に毎食2包カマグを服用し、出なければ浣腸、摘便を施行しています。耳の後ろや顔を搔いて赤くなることがあります。持参の軟膏を塗布して対応しています。ソケイ部がただれることがありますが、最近では落ち着いていました。
職種: 相談員 氏名: ●●●●● 事業所名: ●●●●● ショートステイ TEL: ●●●●-●●●●-●●●●●●	記載日: 平成 26 年 6 月 27 日 最近のご利用では安静時からうなり声や痰絡みがあり、食事摂取量にムラがありました。時折咽せ込みもあります。摂取量は少ないときでも半量は食べられますが、1時間近く時間がかかることもあります。四肢、体幹ともに拘縮が進行しており、体幹は右に傾く傾向にあるため、クッション等で補正していました。手指の拘縮も進行しており、手指を開くと苦痛表情があります。以前は簡単な単語なら発語がありましたが、最近では頷く程度となっています。
職種: 相談員 氏名: ●●●●● 事業所名: デイサービスセンター ●●●●● TEL: ●●●●-●●●●-●●●●●●	記載日: 平成 26 年 6 月 27 日 来園時の水分補給は拒否なく、約200cc程度摂取して頂いています。日中はベッド臥床にて過ごしておられますが、時折目を開けておられるときに話しかけると、簡単な発語が見られます。入浴も穏やかな表情で入っておられ、職員の声掛けに対しては嬉しそうに伝えて下さいます。手指の拘縮部分を入浴時に気をつけて洗っていますが、水虫のような状態が見られるため、ご家族に連絡し皮膚が硬く密着しないような保護のお願いもしています。食事は全介助にてほとんど全量摂取されています。歌がお好きなようで、サービス利用時にカラオケをかけ、耳元で職員が歌っていると、口を動かされ歌いたそうなお様子を見せられることもあります。車椅子移動時にはやはり右傾があるため、クッションで補整しています。
職種: 氏名: 事業所名: TEL:	記載日: 平成 年 月 日
職種: 氏名: 事業所名: TEL:	記載日: 平成 年 月 日

活用場面② ～病院退院時～ 連携シート「むすびの和」の活用(記入)の例

【活用場面②】

病状が安定し、退院することとなった。
退院に向けて、医師、医療ソーシャルワーカーから介護支援専門員に連携シート「むすびの和」により情報提供があった。連携シート「むすびの和」記入例はP11～15参照。

※次ページ以降の連携シート「むすびの和」について、変更点を朱書で表記しています。



特別な状況: <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> その他 () 具体的な状況:	
生活歴	現住所で生まれる。23歳頃結婚して2人の娘に恵まれる。農業をしたり、役場の出先機関(不燃物の管理)を20数年していた。退職後は農作業を行っていた。H15年8月脳梗塞発症する。H19年10月交通事故を機に運転をやめてから自宅に閉じこもるようになる。H21年8月に脳梗塞が再発して寝たきりとなる。
趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事	
本人の願い・希望	経済状況 年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護
意思疎通困難なため不明	家族構成図
個人因子	終末期や緩和ケアの思い 平成 年 月 日
家族の願い・希望 :	長女:本人は、なるべく家で過ごしたいと思っているのでできるだけ家で過ごせるようにしたいが、母の負担のない程度にしたい。その為に介護サービスを利用していきたい。退院後は今迄のサービスを利用しながら在宅生活を送りたい。
医療・介護・福祉等サービスの利用状況	男: <input type="checkbox"/> 女: <input type="checkbox"/> キーパーソン: ☆ 本人は二重線、死亡者は塗りつぶし 同居者 ()に年齢 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老人世帯
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 在宅療養管理指導 () <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (点) <input type="checkbox"/> インフォーマルサービス () <input type="checkbox"/> その他 ()	キーパーソン 氏名: ●●●●● 本人との関係: 長女 連絡先: 携帯電話 住所: ●●●市●●●町●●●番地●●-●● 電話: ●●●-●●●●●-●●●●●
家族介護力	妻、長女、孫との4人暮らし。主介護者は妻。 妻:79歳と高齢。難聴(大きな声がやっと聞こえる)更衣、おしめ交換など本人の体を動かす介助は負担が大きい。 長女:学校の教員。仕事をしながら母親の介護の協力を行っている。仕事は忙しく帰宅時間が遅くなることもある。 次女:療養中。介護協力は不可。
社会的環境	自宅は幹線道路から離れた山の麓にあり。近隣には家が数軒あるのみ。 近所の知り合いが月に1~2回訪ねてくる。

事例：病院→介護支援専門員

項目	現在の状況(生活の中でしていること)	頑張れば出来ること	目標	
機能(活動)	基本動作	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	右側臥位になったときに左手で柵を持つこと	右半身の拘縮悪化を防ぐ
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	食事	方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input checked="" type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ 内容 回数: <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input checked="" type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> 治療食 () 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	主食粥、副食ミキサー食を介助にて経口摂取 水分トロミ	経口摂取の維持
	水分摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 摂取量 1日 (ml)		
	排泄	方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ 排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 頻度: 1日 (回) 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 薬の服用: あり 頻度: 1日 (回) 失禁 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> とまどき <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし		
	入浴	方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> 清拭 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	皮膚の問題	褥瘡 なし (部位:) 程度 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍		
	口腔衛生	歯の本数: 上 本 下 本 義歯: なし 動作 <input type="checkbox"/> 自立 歯磨き1日 (回) <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	意思疎通・言語	意思の伝達 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 他者を理解 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 視力障害 なし 眼鏡: 言語障害 あり 聴力障害 なし 補聴器: 右 なし 左 なし		
	認知	短期記憶 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 伝達能力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 理解力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり		
	睡眠	状況 <input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> せん妄 睡眠薬等 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々使用 <input type="checkbox"/> 常用		
	調理 掃除 買い物 金銭管理 服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	参加	状況(社会参加: 家庭の役割を含む) 入院中の為、外出は行っていない。		デイサービス、ショートステイを利用して他者と交流が図れる。

関係者の意見

本人・家族の同意書： あり

記入時： 入院中 退院直後 療養中 (年)

ケアマネ	医療	介護	家族・介護者・地域関係者
(ケアマネ、ソーシャルワーカーなど)	(医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、看護師、保健師、リハビリ関係者など)	(介護保険施設・事業所の従事者など)	(家族、介護者、民生委員、愛育委員、ボランティアなど)
基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)

内容(状況変化、他職種の留意・依頼することなど)について

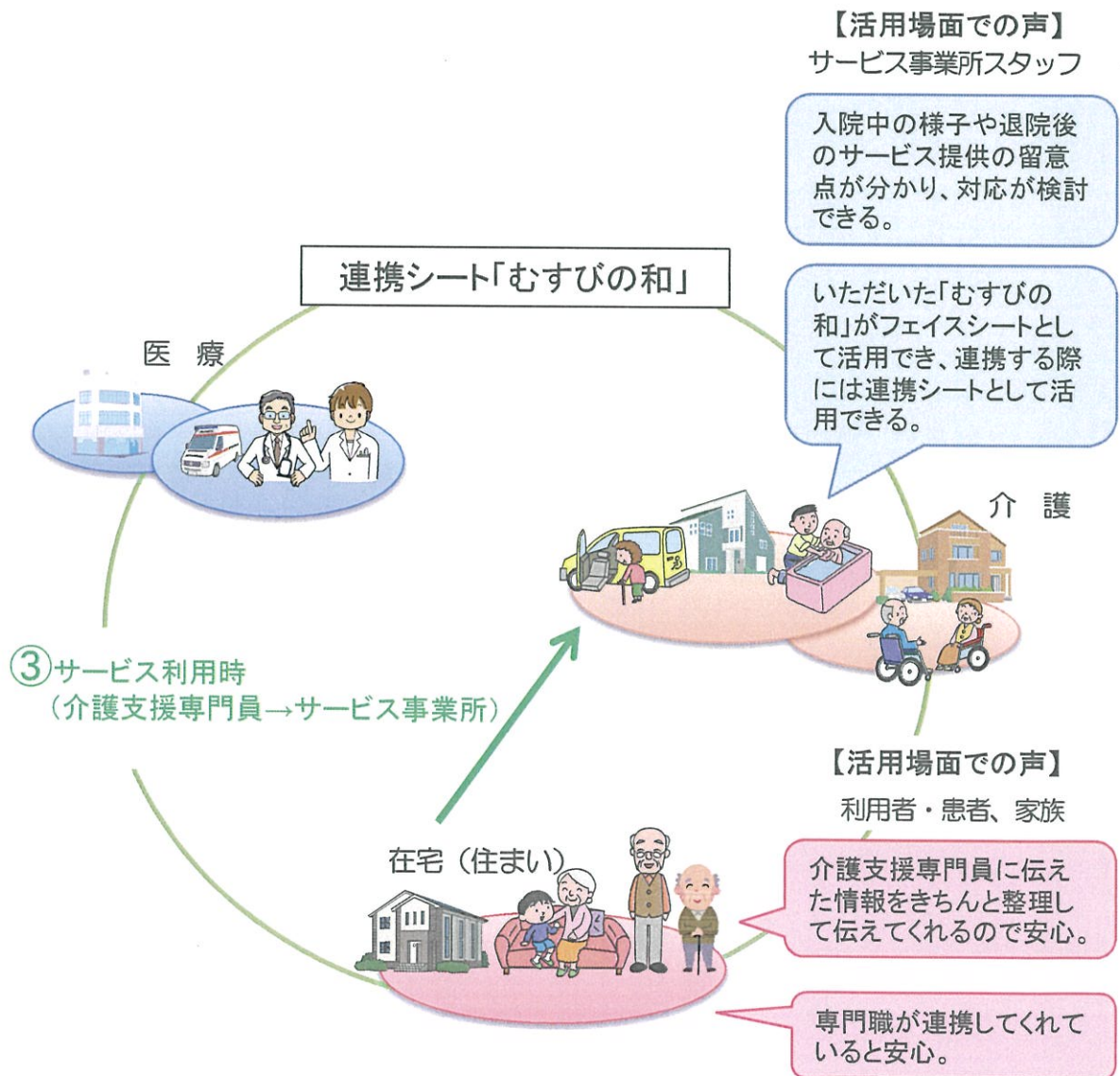
職種： 介護支援専門員 氏名： ●●●● 事業所名： ●●居宅介護支援事業所 TEL： ●●●-●●●-●●●●	記載日： 平成 26 年 6 月 26 日 平成26年3月から前任者退職に伴い担当するようになりました。主介護者は妻ですが高齢であり要介護5の本人の介護は負担が大きいです。同居の長女も協力的ですが就労しており限界があります。特別養護老人ホームに入所申請を行い入所希望があります。家族の負担を軽減しながら本人は必要な介護が受けられるようにケアプランを作成しています。退院時にはご連絡ください。
職種： 看護師 氏名： ●●●● 事業所名： ●●●●ショートステイ TEL： ●●●-●●●-●●●●	記載日： 平成 26 年 6 月 27 日 ここ最近の利用中は発熱もなく、体調は落ち着いていました。排便コントロールは来園後に毎食2包カマグを服用し、出なければ浣腸、排便を施行しています。耳の後ろや顔を掻いて赤くなることがあります。持参の軟膏を塗布して対応しています。ソケイ部がただれることがありますが、最近では落ち着いていました。
職種： 相談員 氏名： ●●●● 事業所名： ●●●●ショートステイ TEL： ●●●-●●●-●●●●	記載日： 平成 26 年 6 月 27 日 最近のご利用では安静時からうなり声や痰絡みがあり、食事摂取量にムラがありました。時折咽せ込みもあります。摂取量は少ないときでも半量は食べられますが、1時間近く時間が掛かることもあります。四肢、体幹ともに拘縮が進行しており、体幹は右に傾く傾向にあるため、クッション等で補正していました。手指の拘縮も進行しており、手指を開くと苦痛表情があります。以前は簡単な単語なら発語がありましたが、最近では頷く程度となっています。
職種： 相談員 氏名： ●●●● 事業所名： デイサービスセンター●●●● TEL： ●●●-●●●-●●●●	記載日： 平成 26 年 6 月 27 日 来園時の水分補給は拒否なく、約200cc程度摂取して頂いています。日中はベッド臥床にて過ごしておられますが、時折目を開けておられるときに話しかけると、簡単な発語が見られます。入浴も穏やかな表情で入っておられ、職員の声掛けに対しては嬉しそうに答えて下さいます。手指の拘縮部分を入浴時に気をつけて洗っていますが、水虫のような状態が見られるため、ご家族に連絡し皮膚が硬く密着しないような保護のお願いもしています。食事は全介助にてほとんど全量摂取されています。歌がお好きなようで、サービス利用時にカラオケをかけ、耳元で職員が歌っていると、口を動かされ歌いたそうなお様子を見られることもあります。車椅子移動時にはやはり右傾があるため、クッションで補整しています。
職種： 医師 氏名： ●●●● 事業所名： ●●●●病院 TEL： ●●●-●●●-●●●●	記載日： 平成 26 年 7 月 2 日 今日から(7/2(水))2週間以内に退院予定。食事は嚥下状態からミキサー食、水分はトロミ。退院後は今迄通りの生活で構わない。退院後、特にこれと言って気を付けることは特にない。尿路感染症予防の為、水分摂取をしっかりした方がいいが、ごくごく飲むということが難しいのでなるべく増やすぐらいで。
職種： 医療ソーシャルワーカー 氏名： ●●●● 事業所名： ●●●●病院 TEL： ●●●-●●●-●●●●	記載日： 平成 26 年 7 月 2 日 平成26年6月●日●●●●ショートステイ利用中に発熱があり当院受診。尿路感染症による発熱により入院となる。加療により3日前より発熱は改善される。退院許可があり在宅サービスの調整をお願いします。

活用場面③ ～在宅でのサービス利用時～
連携シート「むすびの和」の活用(記入)の例

【活用場面③】

介護支援専門員から入院中の状況などを、サービス事業所に連携シート「むすびの和」により情報提供し対応を共有した。連携シート「むすびの和」記入例はP17～21参照。

※次ページ以降の連携シート「むすびの和」について、変更点を朱書で表記しています。



特別な状況: <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> その他 () 具体的な状況:	
生	現住所で生まれる。23歳頃結婚して2人の娘に恵まれる。農業をしたり、役場の出先機関(不燃物の管理)を20数年していた。退職後は農作業を行っていた。H15年8月脳梗塞発症する。H19年10月交通事故を機に運転をやめてから自宅に閉じこもるようになる。H21年8月に脳梗塞が再発して寝たきりとなる。
活	
歴	
趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事	
本人の願い・希望 意思疎通困難なため不明	経済状況 年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護
終末期や緩和ケアの思い 平成 年 月 日	家族構成図
家族の願い・希望 : 長女:本人は、なるべく家で過ごしたいと思っているので出来るだけ家で過ごせるようにしたいが、母の負担のない程度にしたい。その為に介護サービスを利用していきたい。退院後は今迄のサービスを利用しながら在宅生活を送りたい。	男:□ 女:○ キーパーソン:☆ 本人は二重線、死亡者は塗りつぶし 同居者 ()に年齢 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老人世帯
医療・介護・福祉等サービスの利用状況 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 在宅療養管理指導 () <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (点) <input type="checkbox"/> インフォーマルサービス () <input type="checkbox"/> その他 ()	キーパーソン 氏名: ●●●●● 本人との関係: 長女 連絡先: 携帯電話 住所: ●●●市●●●町●●●番地●●-●● 電話: ●●●-●●●●●-●●●●●
家族の介護力 妻、長女、孫との4人暮らし。主介護者は妻。 妻:79歳と高齢。難聴(大きな声がやっと聞こえる)更衣、おしめ交換など本人の体を動かす介助は負担が大きい。 長女:学校の教員。仕事をしながら母親の介護の協力を行っている。仕事は忙しく帰宅時間が遅くなることもある。 次女:療養中。介護協力は不可。	
社会的環境 自宅は幹線道路から離れた山の麓にあり。近隣には家が数軒あるのみ。 近所の知り合いが月に1~2回訪ねてくる。	

個人因子

事例:介護支援専門員→サービス事業所

項目	現在の状況(生活の中でしていること)	頑張れば出来ること	目 標	
機能 (活動)	基本動作	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	右側臥位になったときに左手で柵を持つこと	右半身の拘縮悪化を防ぐ
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	食事	方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input checked="" type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ 内容 回数: <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input checked="" type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> 治療食 () 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	主食粥、副食ミキサー食を介助にて経口摂取 水分トロミ	経口摂取の維持
	水分摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 摂取量 1日 (ml)		
	排泄	方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ナプキン <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ 排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 頻度: 1日 (回) 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 薬の服用: あり 頻度: 1日 (回) 失禁 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし		
	入浴	方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	皮膚の問題	褥瘡 なし (部位:) 程度 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍		
	口腔衛生	歯の本数: 上 本 下 本 義歯: なし 動作 <input type="checkbox"/> 自立 歯磨き1日 (回) <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	意思疎通・言語	意思の伝達 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 他者を理解 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 視力障害 なし 眼鏡: 言語障害 あり 聴力障害 なし 補聴器: 右 なし 左 なし		
	認知	短期記憶 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 伝達能力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 理解力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり		
	睡眠	状況 <input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> せん妄 睡眠薬等 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々使用 <input type="checkbox"/> 常用		
	調理 掃除 買い物 金銭管理 服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	参加	状況(社会参加: 家庭の役割を含む)	入院中の為、外出は行っていない	デイサービス、ショートステイを利用して他者と交流が図れる。

関係者の意見

本人・家族の同意書: あり

記入時: 入院中 退院直後 療養中 (年)

ケアマネ	医療	介護	家族・介護者・地域関係者
(ケアマネ、ソーシャルワーカーなど)	(医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、看護師、保健師、リハビリ関係者など)	(介護保険施設・事業所の従事者など)	(家族、介護者、民生委員、愛育委員、ボランティアなど)
基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)

内容(状況変化、他職種の留意・依頼することなど)について

職種: 介護支援専門員 氏名: ●●●● 事業所名: ●●●●居宅介護支援事業所 TEL: ●●●●-●●●●-●●●●	記載日: 平成 26 年 7 月 2 日 平成26年6月●日、尿路感染症による発熱のため●●●●病院に入院となりました。加療後、発熱も改善され経口摂取が開始されました。主副食ミキサー食で様子を見て嚥下状態が良ければ、入院前に自宅で摂取していた主食:柔らかい米飯、副食:刻み食に近づけて下さい。入院中は臥床して過ごしていたため、退院後は徐々に利用時間を増やして少しでも活動性を高めて身体の拘縮の低下防止に努めて下さい。尿路感染症の再発を予防するため出来るだけ水分補給を行って下さい。退院後のケアプランは変更はありません。(火・水曜日はデイサービスセンター●●●●、木～日曜日●●●●ショートステイ利用、福祉用具レンタル利用)
職種: 看護師 氏名: ●●●● 事業所名: ●●●●ショートステイ TEL: ●●●●-●●●●-●●●●	記載日: 平成 26 年 7 月 4 日 発熱、排尿の様子観察を行っていきます。水分補給も嚥下状態に応じてトロミなどで対応していきます。
職種: 相談員 氏名: ●●●● 事業所名: ●●●●ショートステイ TEL: ●●●●-●●●●-●●●●	記載日: 平成 26 年 7 月 4 日 食事形態は嚥下状態を確認しながら自宅での食事内容に近づけていきます。離床時間も確保しながら拘縮予防に努めていきます。
職種: 看護師 氏名: ●●●● 事業所名: デイサービスセンター●●●● TEL: ●●●●-●●●●-●●●●	記載日: 平成 26 年 7 月 4 日 水分摂取をなるべく増やします。食事は主・副食ともにミキサー食にて提供して様子をみます。嚥下状態を確認しながら自宅で摂取している主食:柔らかめの米飯、副食:刻み食に近づけていきます。水分摂取もなるべく多く摂取出来るように工夫を行います。
職種: 医師 氏名: ●●●● 事業所名: ●●●●病院 TEL: ●●●●-●●●●-●●●●	記載日: 平成 26 年 7 月 2 日 今日から(7/2(水))2週間以内に退院予定。食事は嚥下状態からミキサー食、水分はトロミ。退院後は今迄通りの生活で構わない。退院後、特にこれと言って気を付けることは特にない。尿路感染症予防の為、水分摂取をしっかりした方がいいが、ごくごく飲むということが難しいのでなるべく増やすぐらいで。
職種: 医療ソーシャルワーカー 氏名: ●●●● 事業所名: ●●●●病院 TEL: ●●●●-●●●●-●●●●	記載日: 平成 26 年 7 月 2 日 平成26年6月●日●●●●ショートステイ利用中に発熱があり当院受診。尿路感染症による発熱により入院となる。加療により3日前より発熱は改善される。退院許可があり在宅サービスの調整をお願いします。

4 連携シート「むすびの和」についての Q&A

記入方法編

Q1. 様式の項目以外に伝えたい情報がある。どこに記入すればよいか。

A1. 関連のある項目の近くに記入するか、または、様式5枚目「全体のまとめ」に記入してもよい。

例) 口腔衛生情報を記載したい。

〈記載例〉

連携シート「むすびの和(改訂版)」様式1枚目

医療内容

<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 浣腸・摘便
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 酸素療法
<input type="checkbox"/> 透析(人工・腹膜)	<input type="checkbox"/> 気管切開
<input type="checkbox"/> イソリツ(単位)	<input type="checkbox"/> 褥瘡等の処置
<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 吸引・吸入
<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 緩和ケア
<input type="checkbox"/> その他()	

医療内容「その他」にチェックし、伝えたい情報を記載する。

Q2. 様式1枚目に「受付年月日」とあるが、相談を受けた日、と捉えてよいのか。

A2. よい。また、シート作成年月日(記入日)を、受付年月日欄に記載することもある。

Q3. 紙媒体で連携シート「むすびの和」を活用する場合、情報の追加(加筆・修正)は、どのようにすればよいか。

A3. 追加、修正箇所を朱書または二重線を引き、加筆する等してよい。紙媒体で提供のあった情報を必ずしもパソコン上でデータ化する必要はない。

Q4. 紙媒体で連携シート「むすびの和」を活用する場合で、項目欄に情報が収まらない場合はどこに書けばよいか。

A4. 様式5枚目の「全体のまとめ」に記入するか、該当項目の連携シートを追加で作成してもよい。また、必要に応じて連携シート「むすびの和」に看護サマリー等を添付して情報提供する場合もある。

Q5. かかりつけ医の欄、薬の欄等欄が大きくなるか。また、欄を増やすことはできるか。

A5. 様式の変更ができないので主要な情報をかかりつけ医欄や薬の欄に書き、収まらない場合は様式5枚目「全体のまとめ」に記入してもよい。

Q6. 様式3枚目「機能(活動)」の「頑張れば出来ること」欄は、何を書けばよいか。

A6. 連携シート「むすびの和」は ICF(国際生活機能分類)の理念を基本にして組み立てている。そのため「頑張れば出来ること」は御本人の活動レベルの維持・向上のために重要な項目となる。(参考文例 P24～25参照)

Q7. 様式5枚目「地域の図」には、何を書けばよいか。

A7. 支援に必要な情報として居宅の立地条件、身近な社会資源、地域の状況等書けばよい。
(例)周囲に空家が多い。

近くにスーパーマーケットが2件あり。

自宅玄関から道に出るまでが下り坂になっている。

※図に表せない場合は状況(例)を記入することもある。また、近隣の支援者(民生委員等)の家やごみ収集所など生活する上で必要な資源について記入するとよい。

Q8. 様式2枚目「社会的環境」は、何を書けばよいか。

A8. 生活を取りまく地域の状況、例えば、近所づきあい、近隣の協力者の存在、地域とのつながり等。

活用編

Q1. 連携シート「むすびの和」をデータで取り扱う方法はあるのか。

A1. ある。晴れやかネット拡張機能(ケアキャビネット)を活用すれば、個人情報保護されたインターネット回線(VPN)上で、データの取扱いができる。

Q2. 連携シート「むすびの和」の活用において、個人情報等の取扱いにおいて、特別に留意することはあるか。

A2. 特別な決まりはない。あらかじめ御本人や御家族から同意を得るなど、個人情報の取扱いはP1を参考にしてほしい。

項目の参考文例 ★様式3枚目「機能(活動)」の「頑張れば出来ること」

項目	頑張れば出来ること	目 標
基本動作	ゆっくりと掴まる物があればできる。	自力で起居動作ができる。
	手すりを持って自力で起居動作ができる。	自力で起居動作ができる。
	サイドレールのついたベッドであれば自力で起居動作が行える。	環境を整えて出来るだけ自力で起居動作ができる。
	テーブルなどの台があれば床からの立ち上がりができる。	自力で起居動作ができる。
	布団からの立ち上がりができる。	自力で寝たり起きたりができる。
	掴まりながらベッド周りの移動が行える。	ベッド周りの移動が自力で行える。
歩行	自室内の歩行移動。	転倒しないように歩ける。
	自宅内はいざって移動。 老人車を使用して歩行。	自宅内はいざって移動。 老人車を使用して歩行。
	歩行器を使用して歩行ができる。	転倒に気をつけて歩行できる。
	廊下(8m)を3往復連続して歩行可能。	短距離は杖歩行ができる。
	松葉杖を使用して歩行ができる。	松葉杖を使用して庭が歩ける。
	近所の神社まで散歩。	散歩が続けられる。
	庭までの自力歩行。	庭まで自力歩行して外出ができる。
	自宅から前の道路までの坂道の歩行。	歩行して外出ができる。
移乗	掴まる物があればできる。	一人で移乗ができる。
食事	声掛け、促しがあれば自力摂取。	3食食事を摂取できる
	夫が用意した食事を台所で食べる。	台所で食事が食べられる。
	箸を使用して自力摂取を行うが次第に食べ物を混ぜたりするので、一部介助を行えば全量摂取できる。	経口摂取ができる。
	外食すること。	自力で経口摂取が維持できる。
	数口は自力摂取できる。デイサービスではほぼ自力摂取することがある。	介助で経口摂取ができる。
	左手で器を持つことはできないが、上手に箸・スプーンを使う。	台所で家族と一緒に食事ができる。
	セッティングすれば3食自力で経口摂取ができる。	3食自力で経口摂取ができる。
水分摂取	声掛け、促しがあれば自力摂取。	脱水にならないように水分補給ができる。
排泄	トイレで排泄ができる。	排泄の失敗を減らす。
	タイミングがあえばトイレで排泄。	定期的な声掛けでトイレで排泄ができる。
	トイレで排泄ができる。 失敗しても自分で着替えができる。	トイレで排泄ができる。
	外出時は紙パンツ使用。起床後から就寝まではトイレ使用。就寝中は尿器使用。衣類を整える介助を要すときがある。デイサービスでは見守りを行っている。	排泄がトイレや尿器でできる。

項目	頑張れば出来ること	目 標
排泄 (続き)	日中は、身障者トイレまで近位監視で松葉杖歩行移動。手すりに掴まりながら、下衣の上げ下げ何とか可能。夜間はオムツ対応。	ポータブルトイレを使用して自力で排泄ができる。
	トイレで排泄が出来る。排泄動作は自立している。時々トイレの場所が分からなくなる。	トイレで排泄ができる。
入浴	手の届くところを自力で洗身する。	定期的に入浴をする。
	母屋の風呂に入る。	自宅のお風呂に入れる。
	1日おきに長男の介助で夜、入浴している。	介助により週2回は入浴できる。
	介助があれば一般浴で入浴ができる。	定期的に入浴して保清できる。
	声掛け、見守りで入浴できる。	入浴をして体の清潔を保つ。
更衣・整容	着る順番に衣類を渡せば着衣できる。	軽介助で更衣ができる。
皮膚の問題		
口腔衛生	準備をすれば自力で行える。	歯磨きをして口腔内の清潔が保てる。
	声掛け、見守りで歯磨きができる。	
意思疎通 ・ 言語	簡単なジェスチャーで伝わることもある。	
	日常会話はできる。	家族と会話ができる。
	冗談を交えながら会話ができる。	家族以外と会話をして楽しむことができる。
	単語程度の返答はできる。	
認知	大きな声でゆっくり話せば会話ができる。	会話ができる。
	夫を認識できる。	同居家族が認識できる。
睡眠	物忘れ、勘違いがあるが声掛けにて理解できる。	声掛けにより正しく理解ができる。
	ショートステイ・入院など環境が変わっても睡眠できる。	落ち着いて寝ることができる。
調理	睡眠導入剤を使用して睡眠できる。	睡眠導入剤を使用しなくても睡眠できる。
	簡単な下ごしらえはできる。	調理の手伝いができる。
掃除	レンジで温めることはできる。	作り置きした食事を温め直して食べることができる。
	掃除機を使用することはできる。	定期的に自室の掃除を行うことができる。
買い物	月に2回息子と買い物に行く。	自分の好きなものが買うことができる。
	近所のコンビニに買い物に行ける。	コンビニで買い物ができる。
金銭管理	引き出してもらったお金の管理。	手元の金銭管理ができる。
服薬状況	薬カレンダーにセットすれば内服できる。	飲み忘れがなく内服ができる。

資料

連携シート「むすびの和」について

岡山プライマリ・ケア学会「むすびの和」作業部会

1 連携シート『むすびの和』について

岡山プライマリ・ケア学会(日本プライマリ・ケア学会岡山支部会)では、第16回学術大会(平成21年5月)のテーマ「プライマリ・ケアの連携シート作り～暮らしをみつめ、いのちに寄り添う～」を踏まえて、地域連携シート作りが始まりました。地域連携シート研修会(1回)、ワークショップ(3回)、作業部会(3回)などを行い、その成果を第17回学術大会(平成22年3月)で「連携シート『むすびの和』」(案)として報告し、その後、十分に検証を重ね連携シート『むすびの和』として公開することになりました。

2 目 的

この連携シート『むすびの和』を作成する目的は、利用者のQOL(生活の質・生命の質)の向上にあります。それゆえ疾患別の連携シートではなく、すべての疾患や状態に対応します。病院間や医師同士の医療連携シートではなく、利用者や家族の「思いや願い」を明らかにして、医療と福祉を結ぶための連携シートです。

3 連携シート「むすびの和」(改訂版)について

連携シート「むすびの和」(改訂版)は、「アセスメント・シートとして適当と県から評価を得たシート(ただし使用を強制するものではない)」として認められました。

1. 1ページにフェイスシートとしての基本情報を入れました。また、麻痺など身体状況の図、さらに、認知症周辺症状の具体的な項目をチェックできるようにしました。
2. 2ページに生活歴、趣味・好きな事・信条など記載欄を大きくしました。
3. 3ページに機能を詳細に分けて記入できるようにしました。
4. 4ページに「晴れやかネット」に対応すべき4区分の記入を可能にし、さらに従来の職種ごとに記載する従来の記入方法での記載も可能にしました。
5. 5ページに住居の間取り図や全体のまとめ欄等を入れました。

いずれも記入文書が増加すれば、ページが増えて対応できます。

これによりフェイスシート、課題分析基本項目(23項目)、医療介護連携シートとしての条件をすべてクリアしたシートになりました。

この完成したシートは、「アセスメント・シートとして適当と県から評価を得たシート(ただし使用を強制するものではない)」として、普及していきます。

4 作成に当たって

ICF(国際生活機能分類)の理念を意識して作成してください。今までのように、機能障害があるからリハビリテーションで能力を回復して、さらに、社会的不利を軽減するといった一方向的な流れではなく、社会参加をすることが、家やその周辺での活動を活発にする。さらに、機能を回復することもあるという双方向的な流れを取り入れることです。

また、利用者や家族の「ほんね」をつかむことが大事です。そのためには、「ほんね」をつかむために利用者や家族との信頼関係を築くことが大切です。

5 期待する効果

連携シート『むすびの和』を作成することによって、医療(病院)関係者、主治医、ケアマネジャー、福祉関係者(ホームヘルパーや通所サービス関係者)との連携がスムーズになり、利用者の QOL 向上に役立ちます。

1. 医療関係者には生活情報が提供され、福祉関係者には医療情報が提供されます。
2. ケアマネジャーは総合的な情報を得ることができます。
3. ケアカンファレンスで活用することも可能です。
4. 退院から在宅に移る時や、在宅から入院する場合にも、生活情報や、本人、家族の「思いや願い」を関係者に適切に提供することができます。

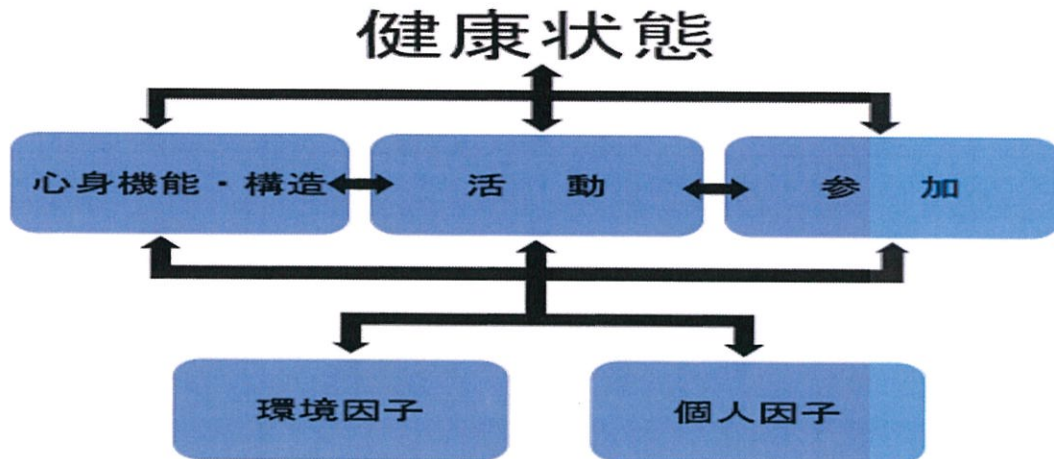
6 連携シート「むすびの和」の基本的な考え

1 基本的な考えと連携シート『むすびの和』の位置づけ

- (1) 利用者(患者)の QOL の向上をはかることを目的とします。
- (2) 利用者(患者)を主体として、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、理学療法士などの医療関係者、ケアマネジャー、介護関係者、福祉関係者が支える心を1つにて連携を図ることができる連携シートとします。
- (3) 退院時のカンファレンス、介護保険のカンファレンス、入院時の情報提供として使用可能なものにします。
- (4) 必要な情報を整理し、出来るだけ簡素なものとして、日常的に気軽に使用できる(本人、家族も記入可能な)ものとします。
- (5) 管理は原則、ケアマネジャーがします。介護保険外は状況に応じて訪問看護師などがします。

2 連携シート『むすびの和』の基本的な考え方

- (1) ICF(国際生活機能分類)の理念を基本として、下図の心身機能・構造、活動、参加を包括用語としてとらえ、連携シート『むすびの和』を作成します。



つまり、利用者の「思い」「願い」を参加としてとらえ、その実現のために活動レベルを維持、向上するために何が必要か(環境因子や個人因子含む)、どんな支援をすれば心身機能・構造の水準を上げることができるかというように流れも配慮する。さらに現象学などを理解します。

7 連携シート「むすびの和」の特色

(1) 連携シート「むすびの和」と先行パスの違い

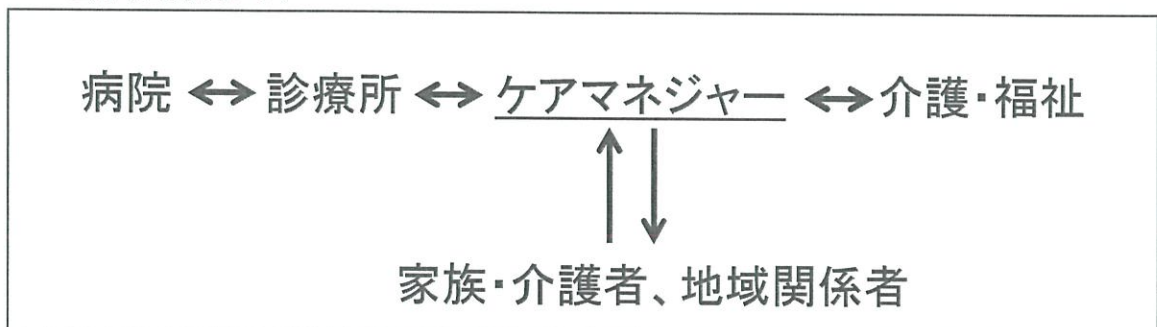
1) 先行パス(医療連携が多い)

- ・病院⇄病院(診療所)

脳卒中連携、大腿骨骨折、糖尿病パスなど疾患別で縦割りです。

- ・病院・診療所⇄ ケアマネジャー 介護・福祉関係者の参加不十分で、生活実態や思い・願いが見えにくいです。

2) 岡山方式パス



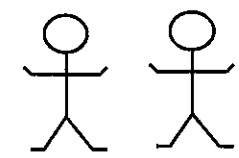
(2)連携シート「むすびの和」の特色

1. 医療系の人たちには生活状態や本人や家族の思いや願いなどを示すことができます。
2. 福祉系の人たちには医療の状況、異変の危険性、異変時対応(連絡)など示すことができます。
3. ケアマネジャーのみならず、家族、本人を含めてかかわるすべての人々にとって役立つものとしします。
4. 利用者(患者)の、目標(社会参加)を明らかにして、関係者の共通理解に役立ち、具体的な取り組みがわかるものとしします。
5. 必要な情報を整理し、出来るだけ簡素なものとして、日常的に気軽に使用できる(本人、家族も記入可能)なものとしします。
6. ICF(国際生活機能分類)の理念を基本としします。

【 出典:岡山県プライマリ・ケア学会ホームページ(<http://www.co-pass.jp/>) 】

連携シート「むすびの和」
改訂版

受付年月日: 年 月 日 受付
 受付方法: 訪問 電話 来所 その他 ()
 相談受付者:
初回 更新 区分変更 (悪化 改善) 退院 退所 その他 ()

ふりがな (様) 性別 ()		住所: tel		
		生年月日: 年 月 日 (歳)		
被保険者情報	介護保険被保険者番号:		介護認定:	
	介護度		介護保険支給限度額:	
	介護認定有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
	利用者負担限度額: <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階			
	介護保険負担割合証: <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	医療保険: <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
身体障害者手帳: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種 級)				
基本データ	かかりつけ医	医療機関名:	医師名:	
		医療機関名:	医師名:	
	担当介護支援専門員 所属:		氏名:	
	病院・施設等の担当者 所属:		氏名:	
	病名・既往歴	年 月 日	医療内容 <input type="checkbox"/> 点滴(IVH) <input type="checkbox"/> 浣腸・摘便 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析(人工・腹膜) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン (単位) <input type="checkbox"/> 褥瘡等の処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引・吸入 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> その他 ()	
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
年 月 日				
症状: ()		身長: m	(正面) (背面)	
痛み: 感染症:		体重: kg		
薬管理: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		BMI:		
内服薬		麻痺:	<input type="checkbox"/> ○障害部位 <input type="checkbox"/> △麻痺 <input type="checkbox"/> ×欠損部位	
		歩行状況		
		アルブミン値		
		これらマークを移動・コピー		
個人因子	障害高齢者日常生活自立度		認知症高齢者日常生活自立度	
	判定日 年 月 日		判定日 年 月 日	
	判定者		判定者	
	判定機関		判定機関	
	(原因が認知症以外の疾患、心理・行動症状)	認知症周辺症状	被害的 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	落ち着きなし <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有
			作話 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	一人で出たがる <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有
			情緒が不安定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	収集癖 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有
			昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有
			同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	独り言・一人笑い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有
			大声を出す <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	自分勝手に行動する <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有
		介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	話がまとまらない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	
日常生活への影響・介護の状況・課題等				

特別な状況: <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> その他 () 具体的な状況:	
生活歴	
趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事	
本人の願い・希望	経済状況 年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護
個人因子	家族構成図 終末期や緩和ケアの思い 平成 年 月 日
家族の願い・希望 :	
医療・介護・福祉等サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 在宅療養管理指導 () <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (点) <input type="checkbox"/> インフォーマルサービス () <input type="checkbox"/> その他 ()	
家族の介護力	男: <input type="checkbox"/> 女: <input type="checkbox"/> キーパーソン:☆ 本人は二重線、死亡者は塗りつぶし 同居者 <input type="checkbox"/> ()に年齢 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老人世帯
社会的環境	キーパーソン 氏名: 本人との関係: 連絡先: 住所: 電話:

項目	現在の状況(生活の中でしていること)	頑張れば出来ること	目 標	
機能 (活動)	基本動作	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	食事	方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ 内容 回数: <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> 治療食 () 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	水分摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 摂取量 1日 (ml)		
	排泄	方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ナプキン <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ 排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 頻度: 1日 (回) 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 薬の服用: 頻度: 1日 (回) 失禁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし		
	入浴	方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	皮膚の問題	褥瘡 (部位:) 程度 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍		
	口腔衛生	歯の本数: 上 本 下 本 義歯: 動作 <input type="checkbox"/> 自立 歯磨き1日 (回) <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	意思疎通・言語	意思の伝達 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 他者を理解 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 視力障害 眼鏡: 言語障害 聴力障害 補聴器: 右 左		
	認知	短期記憶 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 伝達能力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 理解力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		
	睡眠	状況 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> せん妄 睡眠薬等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々使用 <input type="checkbox"/> 常用		
	調理 掃除 買い物 金銭管理 服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	参加	状況(社会参加: 家庭の役割を含む)		

関係者の意見

本人・家族の同意書:

記入時: 入院中 退院直後 療養中 (年)

ケアマネ (ケアマネ、ソーシャルワーカーなど)	医療 (医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、看護師、保健師、リハビリ関係者など)	介護 (介護保険施設・事業所の従事者など)	家族・介護者・地域関係者 (家族、介護者、民生委員、愛育委員、ボランティアなど)
基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)	基本事項の記載(職種、記載日、意見など)

内容(状況変化、他職種の留意・依頼することなど)について

職種: 氏名: 事業所名: TEL:	記載日: 平成 年 月 日
職種: 氏名: 事業所名: TEL:	記載日: 平成 年 月 日
職種: 氏名: 事業所名: TEL:	記載日: 平成 年 月 日
職種: 氏名: 事業所名: TEL:	記載日: 平成 年 月 日
職種: 氏名: 事業所名: TEL:	記載日: 平成 年 月 日
職種: 氏名: 事業所名: TEL:	記載日: 平成 年 月 日

居住について

居住の形態: <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 1戸建て <input type="checkbox"/> マンション (階) <input type="checkbox"/> アパート (階) <input type="checkbox"/> 施設 エレベーター:		
<居住の見取図> A B C D E F G △ ▲ ○		これらのマークを移動・コピーして記載してください
※以下の項目を見取り図に入れてください。 A:風呂 B:トイレ C:寝室(本人) D:寝室(介護者) E:台所 F:玄関 G:冷蔵庫 △:段差 ▲:危険箇所 ○:手すり		
<地域の図>		
住宅改修の状況	危険箇所	
	住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済み 改修されているところ ()

特別な状況 (虐待や終末期ケア等)	
----------------------	--

全体のまとめ

1. 安全確保への対応の必要性 あり なし
 2. 権利擁護に関する対応の必要性 あり なし

連携シート「むすびの和」 様式の入手先

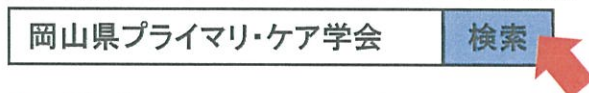
〈 連携シート「むすびの和」 様式 〉 (平成29年12月1日現在)

★岡山県プライマリ・ケア学会のホームページ内リンクから、ダウンロード可能です。

【連携シート「むすびの和」ホームページURL】 <http://www.co-pass.jp/>

ダウンロード方法の手順

①「岡山県プライマリ・ケア学会」を検索。



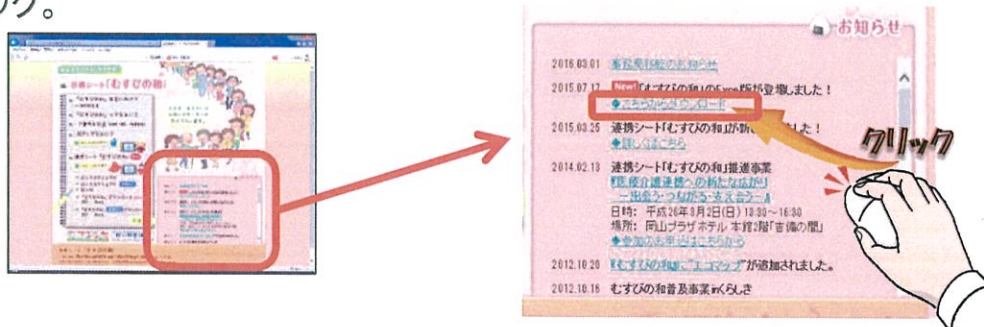
②岡山県プライマリ・ケア学会のホームページ内「リンク」をクリック。



③リンク内 連携シート「むすびの和」をクリック。



④連携シート「むすびの和」ホームページ内「お知らせ」の「2015. 07. 17 『むすびの和』のExcel版が登場しました！」真下にある「◆こちらからダウンロード」をクリック。



平成 29 年度 この事例集の作成に携わった方々

みんなで考える井笠の医療と介護

氏 名	所 属 ・ 職 名
福嶋 啓祐	みんなで考える井笠の医療と介護 会長 浅口医師会 会長
難波 義夫	みんなで考える井笠の医療と介護 副会長 岡山県病院協会 会長

(敬称略)

※「みんなで考える井笠の医療と介護」

井笠圏域の医療体制の状況と課題を明確にし、圏域に必要な医療連携体制を推進するため、井笠地域の医療・看護・介護・消防・住民・行政の代表29団体で構成するメンバーで、医療・療養体制(医療・介護連携体制)に関する対策を検討する事業。

連携シート「むすびの和」事例集作成グループ員

氏 名	所 属
池之上 章	寿光園居宅介護支援事業所
内田 恵子	里庄町地域包括支援センター
岸野 浩子	笠岡市立市民病院
守屋 和恵	矢掛町地域包括支援センター
山田奈々子	介護老人保健施設 いるかの家リハビリテーションセンター

(五十音順・敬称略)

事務局

氏 名	所 属 ・ 職 名
徳山 雅之	岡山県備中保健所 所長
水嶋 明子	岡山県備中保健所井笠支所 支所長(課長)
孝忠 トシ	岡山県備中保健所井笠支所 総括副参事
藤永 里美	岡山県備中保健所井笠支所 主任

〈連携シート「むすびの和」についての問合せ先〉

笠岡市	地域包括ケア推進室	☎(0865)69-1033	FAX(0865)69-2182
井原市	介護保険課 地域包括支援センター	☎(0866)62-9552	FAX(0866)65-0268
浅口市	地域包括支援センター	☎(0865)44-7388	FAX(0865)44-7110
里庄町	健康福祉課 地域包括支援センター	☎(0865)64-7232	FAX(0865)64-7236
矢掛町	保健福祉課 介護保険係	☎(0866)82-1013	FAX(0866)82-1415
岡山県備中保健所井笠支所		☎(0865)69-1673	FAX(0865)63-5750

