令和元年度 北茨城市多職種連携ガイド [Ver.1]

はじめに

1. ガイド作成に至る背景

北茨城市では、高齢化率の急速な進展に伴い、要介護認定者の増加、老老介護、孤立や認知症 対策など様々な課題が顕在化してきています。今後、不足が予想される医療・介護資源の中で、 保健・医療・介護・福祉の職種を超えた連携が喫緊の課題となっています。

この様な状況を踏まえ、北茨城市では病気や障がいを抱え、医療・介護が必要な状態となって も住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らしつづけることができるよう、地域の医療・介護関 係機関の連携体制づくりを行ってまいりました。

まず取り組んだことが、保健・医療・介護・福祉の専門職を対象にインタビュー調査です。その結果 "多職種連携の課題" が明らかとなりました。一つ目の課題は「医療職と介護職との意見の相違」で、医療職と介護職では重視するポイントが異なることを互いに理解していないため、特に入退院時に必要な情報が提供されていないことがあります。二つ目は「他職種間の役割の理解不足」で、自職種の専門性を他職種から十分に理解されていないため、必要としている情報が提供されてないことがあります。三つ目は「顔の見えない関係」で、他職種の顔や名前が分からないため連携のしにくさがあることです。

一方、医師・歯科医師を対象に行ったアンケート調査結果からは、専門職からの相談時、患者の医療情報及び日常生活状況の情報が不足していることがあること、医師に診察依頼した後、経過等が報告されないことがあることが分かりました。

このような多職種連携の課題を解決するために、在宅医療・介護連携における多職種間の情報 共有の方法について検討を重ねた結果、「北茨城市多職種連携ガイド」の作成に至りました。

2. ガイド活用の目的

住民が、住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らしつづけることができるよう、北茨城市 内の保健・医療・介護・福祉の専門職が「北茨城市多職種連携ガイド」を活用し、多職種連携 に関する課題の解決をめざします。

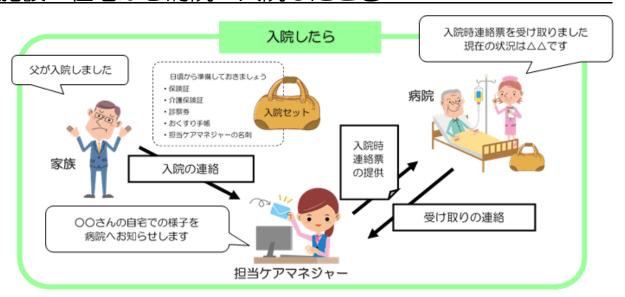
もくじ

Ⅰ.入退院時の連携	5
1) 施設・在宅から病院へ入院したとき	5
ケアマネジャー 家族等から入院連絡を受けたら、病院に「入院時連絡票」を提供しま 病院 ケアマネジャーから「入院時連絡票」を受け取り、受取の連絡を行います。	
2) 退院がみえてきたとき	12
病院 ケアマネジャーに退院前カンファレンスを呼びかけます。 ケアマネジャー 関係職種に呼びかけ、退院前カンファレンスを実施します。	
3) 病院から施設・在宅へ退院するとき	13
病院 ケアマネジャーに「退院・転院情報提供書兼看護サマリー」を提供します。 ケアマネジャー サマリーをもとに作成したケアプランを、本人・病院に提供します。	
Ⅱ.医療機関とケアマネジャーの連携 【様式の記入例】	20
1) ケアマネジャーが医療機関に意見を求めるときの様式	20
2) 外来受診時、利用者に関する情報提供を行う様式	21
Ⅲ.その他関係機関同士の連携	22
1) 相談・連絡の様式	22
2) お薬手帳の活用	22
TT 124 - 12 66-	
Ⅳ.様式集	23

Ⅰ.入退院時の連携

入退院調整は、入院患者さんが退院する際に必要な介護サービスをスムーズに受けられるようにするために行われます。患者さんの入院時から情報を共有し、退院に向けた話し合いや介護サービスの調整などを行います。

1) 施設・在宅から病院へ入院したとき



ケアマネジャー

家族等から入院連絡を受けたら、病院に「入院時連絡票」を提供します。(P.6 参照) ご本人が日常生活から医療へスムーズにつながるようにするため、緊急時や入院時に、家族 や医療機関と連絡がとれるようにしておくことが大切です。普段から、ご本人、家族に対し て緊急時の連絡先の確認や、入院セット準備の声掛けをしておきましょう。

ケアマネジャーさんへ

患者さんに、入院の際は、服用しているお薬と共に「おくすり手帳」もお持ちくださるようご指導ください。退院後にかかりつけ薬局でお薬をもらう際も同様に、おくすり手帳を提出してください。

また、入退院に関わらず、おくすり手帳にケアマネジャーさんの名刺や連絡 先が貼ってあると、薬剤師から患者さんに関する状況確認や薬剤の問題といっ た相談が円滑に行えます。



病院

ケアマネジャーから「入院時連絡票」を受け取り、受取の連絡を行います。

担当ケアマネジャーは、ご本人の退院後の生活を見据え、病院へ「入院時連絡票」を送りましょう(各病院の届け先は P.10 参照)。病院は受け取りの連絡をすることで、担当ケアマネジャーと病院との関係構築にもなります。

このとき、病院は、ご本人・家族にケアマネジャーへ情報提供してよいか否か聞くことが必要です。

入院時連絡票

(サマリー)の様式例 入院時連絡票(地域⇒病院)

2 1

•
1 (3)
i
)必要性等
)必要性等
)必要性等
2 4

様式はあくまで一例です。各事業所で使用している様式で差し支えありません。

【入院時連絡票(サマリー)の解説】

解説①「家族関係」:ジェノグラム(家族図)記入欄

病院ではキーパーソン(支える人)とのやり取りが基本となります。キーパーソンの位置づけ、 家族の関わり、支援の状況を詳しく記載しましょう。

ロ キーパーソンの役割とは?

- · 患者の症状に関する説明を聞き、その内容を他のご家族に伝達すること
- 病院からの重要な連絡や問い合わせを受ける窓口となること
- ご家族からの要望などを取りまとめ、代表者として伝えること
 - *「洗濯物がたまってきたので、取りにきていただけますか」
 - *「おくすり手帳とお薬を持ってきてください(救急搬送後の入院時など)」
 - *「〇〇が欲しいとおっしゃっているのですが、持ってきていただけますか」



病棟看護師

□ 記入の際に気を付けたいこと

- 緊急時に連絡がつく人、普段面倒見ている人、決定権がある人がそれぞれ異なる場合はその旨記載しましょう。
- ・ 家族の連絡先だけでなく、就労の有無や連絡が必要な時間帯、患者さんとの関係性(各家 庭事情により連絡が難しい場合もあります)、現在支援している内容(入院費の管理など) が分かれば記載しましょう。

解説②「各種制度」

生活資金(年金額など)や活用している社会保障制度がわかることによって、今後の見通しが立て やすくなります。また、新たな社会保障制度を活用することで、負担が軽減できるかもしれません。 記入者は、障害者福祉、医療保険など介護保険以外の社会保障についても記載しましょう。

> 入院中、転院・退院後にかかる医療費の目安が分かります。 転院先や施設入所等を検討する際に必要な情報です

障害者手帳 特定疾患

マル福 遺族年金

病棟看護師

解説③「日常生活の様子」

- 口入院前の日常生活の様子を知ることがなぜ大事か?
 - ・入院中や退院後の生活リハビリに反映させることができます
 - 退院のゴール設定が明確になり調整しやすくもなります
 - 継続した支援が地域・病院間で行えるようにする為にも貴重な情報源となります
 - 日常生活の様子がわからないと、訓練室 病室内で活動は完結してしまい、普段の生活 とかけ離れた生活となってしまいます

口どのような情報が大事か?

- これまでの暮らし(生活リズム、食事の好み、昼間の過ごし方、家族との関係、利用していたサービス、家屋の状況など)
- •「その方の人となり」についても記入されていると良いでしょう。(例えば、「毎日この栄養ドリンクを飲むのが日課で、元気のバロメーターになっている」「このような対応をすると気分を害される」「〇〇のお話をしているときご機嫌が良い」など
- ・癖や習慣、物事・言動の好き嫌いなど

口注意すべき点

- ・入院までの経緯については、外来から情報を得られるので詳細は不要です
- ケアプランからも本人・家族の意向、生活歴など読み取ることができます

病院内リハビリ担当者が知りたいこと…

- □ 玄関上がり框や自宅内敷居等、最大何 cm の段差を上り下りできれば良いの?トイレは和式 or 洋式?使用頻度により転倒の危険性などを判断したい⇒【段差の有無】【トイレの形式・頻度】
 - ★ 住宅の様子がわかる写真や図面等も入院時に情報提供すると、より環境がわかりやすく生活のイメージがつき、住宅改修の必要性や動作手段の決定等に反映されやすくなる。
- ロ ベッド or 布団、座卓 or テーブル…床上動作の必要性は?⇒【寝床、食卓について】

<考えられる事例①>床での生活(座卓・布団等)が必要なのに、練習する機会がもてない。退院後、 床から立ち上がる際にふらつき転倒。

<考えられる事例②>自宅のスペース的にベッドやテーブルの導入が難しい。

□ 居室からトイレまでの距離など、日常生活最低限の移動距離の目安は?⇒【自宅内の移動距離】

<考えられる事例>居室から 15m離れたトイレまで日中独居時に歩く必要があるが、病院ではオムツやポータブルトイレのみで歩行機会がないまま退院。退院後、動作不安定で転倒。骨折により再入院となってしまった。

□ 福祉用具を導入するにあたって住環境はどう?⇒【廊下幅など】

<考えられる事例>病院では車椅子移動。車椅子レベルのまま退院。自宅には車椅子スペースが確保されず、別の移動手段が困難。

★ どうしても入院中から別の移動手段獲得が必須なケースがある。

- □ 外出時の移動について、方法の指導やサービス検討を行いたい⇒【外出時の交通手段】
 - ★ 通院や外出時の交通手段。誰と受診するのかも併せて事前にわかると、移動方法の指導や外出支援サービスの検討にもつながる。
- □ 家事動作練習やサービスの追加は必要?⇒【家事動作の必要性】

<考えられる事例>日中独居であり、食事の準備をする必要があるが、家事をするだけの体力やバランス、家事動作練習などせずに退院。退院後、家事動作中に転倒。

★ どんな時に危ないのかのアドバイスがあれば、本人・家族も注意し予防できることもある。

ご本人の思い:

独り暮らしなので、ヘルパーさんにゴミ出し と布団干しをお願いしているけど料理は自分 で作って食べたいです。





家族の思い:

おふくろは昔から料理が好きで、今でも私たちにふるまってくれます退院しても台所に立てるといいのですが…。



入院中に足腰が弱まると台所に立てなくなってしまうかも…。 自宅の台所に立つことを想定したリハビリを計画していこう。 ケアマネジャーさんに家屋の状況や、使える福祉用具も確認しよう。

解説4 「医療処置の有無」

例:インスリン、傷処置、褥瘡処置、在宅酸素、人工呼吸器など

【市内の入院時連絡票の届け先】

病院名		医療法人 芳医会 瀧病院		
住所		〒319-1541 磯原町磯原2丁目305番地	〒319-1711 関南町関本下 1050 番地	〒319-1722 関本町福田 1871
代表電話番号	<u>1</u>	0293-42-1221	0293-46-1121	0293-46-0630
①届け先 ②担当職種 ※持参する場合でも 必ず事前に連絡すること		① 地域医療福祉連携室 ② 医療ソーシャルワーカー	① 地域医療連携相談室	① 地域医療連携室 ② 相談員
①連絡先	T E L	① 0293-44-8866 ② 8:30~17:00	① 0293-46-1121 ② 8:30~17:00 ※なるべく午後が望ましい	① 0293-46-0630 ② 9:00~17:00
②連絡・受取り 可能な時間帯	FAX	① 0293-44-8866 ② 8:30~17:00	① 0293-46-7080 ② 24 時間いつでも可	① 0293-46-7676 ② 9:00~17:00
入院後いつ頃ま [*] 届けて欲しい。			入院後1週間以内	
届け方			持参でも FAX でも可	

- □ 患者さんの情報を FAX で提供するとき、以下のような工夫をしましょう。
 - ・ 宛先番号は電話帳へ予め登録しておき、誤送信を防ぐ。
 - FAX の送り先へ事前に電話連絡をする。
 - ・ FAX 送信後、送り先へ FAX が到着しているか確認する。



事業所によって FAX の送り方、 受け取り方が決められている場合 があります。事前に確認し、個人 情報の取り扱いには十分注意しま しょう。

【ケアプランとは?】

「利用者一人ひとりの現在の状況をふまえ、その方が望むその方らしい生活をしていくための設計図」です。利用者本人や家族が、現在どのように思っていて、将来どうなりたいと考えているのか、どんな点を改善すればよいのか、今後困らないために今取り組まなければならないことは何なのかを明確にしています。

ケアプランが必要な時はいつでもお電話ください! ※在宅生活時に作成していますので、入院時と内容が異なるところがあります。

ケアマネジャー

よく見るけど分からない「専門用語」 介護編

「当たり前」と思っていても相手には伝わらない言葉(専門用語)があります。 分かりやすい言葉に置き換えましょう。



使用頻度の高い専門用語は

覚えておきましょう!

(例) 略語、アルファベット、漢字2文字 など

*ケアマネ ⇒ 介護支援専門員、ケアマネジャー *デイ ⇒ デイサービス、通所介護 🕻

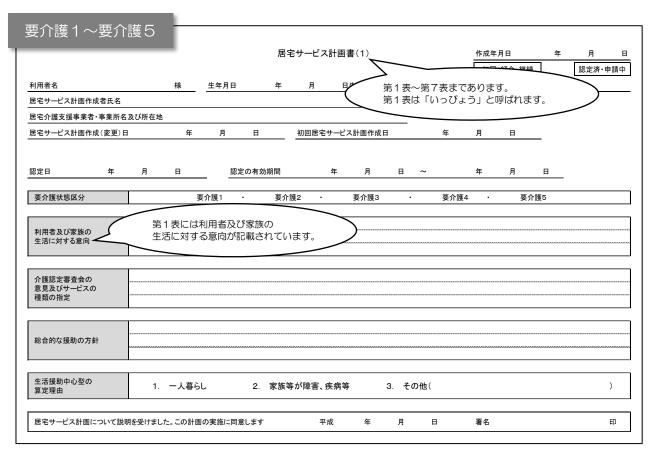
*通リハ ⇒ デイケア、通所リハビリ *特養 ⇒ 特別養護老人ホーム

*老健 ⇒ 介護老人保健施設 *サ高住(さこうじゅう) ⇒ サービス付き高齢者住宅

*包括 ⇒ 地域包括支援センター *在介 ⇒ 在宅介護支援センター

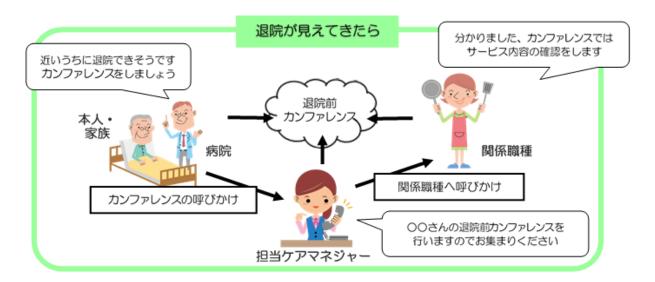
*サ担、担会⇒サービス担当者会議

【ケアプラン見本】





2) 退院がみえてきたとき



病院

ケアマネジャーに退院前カンファレンスを呼びかけます。

退院前カンファレンスは退院に向けた最終的な話し合いの場です。ケースによっては、複数回開催されることもあります。病院は、退院に向けての課題を整理(下記参照)し、担当ケアマネジャーへカンファレンスの主旨や必要なサービスを伝えましょう。

ケアマネジャー

必要なサービス事業所の関係職種に呼びかけ、退院前カンファレンスを実施します。 サービス事業所の出席が難しい場合は、担当ケアマネジャーがサービス事業所へ事前に 「対応できること・できないこと」など必要な情報を聞き取り、退院前カンファレンス時に 伝えることで情報共有できます。

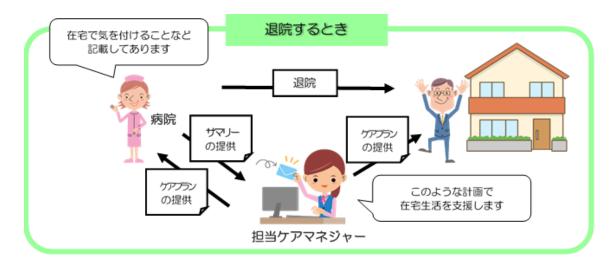
▶ 退院に向けた課題の整理

病院は、患者さんが"生活の場に戻る"ことをふまえて、以下のチェックポイントを確認しながら情報を整理して退院前カンファレンスに臨みましょう。

- 家族:同居者、主介護者、キーパーソンは誰なのか
- ・ 介護保険:申請の有無や介護度が分かっているか
- 病状の経過と今後どんなことが予想されるか
- 病気(もしくは延命)についての本人・家族の思いは聞き取っているか
- 現在の ADL、生活状況、退院指導状況
- 退院に向けての課題:継続必要な処置など、生活を見据えてシンプルに移行できるか
- 必要物品:病院で渡すもの、自分で購入するものの説明はしてあるか、自分で用意できるのか
- 訪問指導や環境調査としてご自宅を訪問したか(写真や平面図等の資料がある場合に情報提供できると、サービス導入時・再開時の参考になります)



3) 病院から施設・在宅へ退院するとき



病院

ケアマネジャーに「退院・転院情報提供書兼看護サマリー」(あれば「リハビリテーションサマリー」も)を提供します。

ご本人の入院中の状況や、退院後の生活で気を付けて欲しいことをご本人、家族、退院後にかかわるサービス事業所等へ知ってもらい、情報共有します。ご本人が医療から生活へスムーズにつながるよう支援していきましょう。

また、訪問指導や環境調査としてご自宅を訪問し、写真や平面図等の資料がある場合には、サマリーと一緒に添付できると、サービス導入時・再開時の参考になります。

ケアマネジャー

サマリーをもとに作成したケアプランを、本人・病院に提供します。

退院後もご本人の生活は続いていきます。病院では、退院後のご本人の生活を知ることで、入 退院調整の評価や病棟看護師の振り返りにもなる他、今後入院した際の治療に活かすこともで き、切れ目のないケアにつながっていきます。

よく見るけど分からない「専門用語」 医療編

「当たり前」と思っていても相手には伝わらない言葉 (専門用語)があります。

分かりやすい言葉に置き換えましょう。

(例) 略語、アルファベット、漢字2文字 など

*HT ⇒ 高血圧症

*DM ⇒ 糖尿病

*バイタルサイン ⇒ 体温・脈拍・呼吸・血圧・意識

*XP ⇒ レントゲン撮影



「リハビリテーションサマリー(通称:リハサマリ)とは?

ケアマネジャーは退院に向け、現状の ADL と、在宅生活を送るために必要又は今後の目標とする ADL を比較し、自立した生活を送るために必要なサービス(福祉用具・住宅改修等)や、施設や訪問でのサービスにおいて必要な対応などを確認し、支援しています。

これに、詳細情報が記入されているリハサマリは大いに役立ち、より良い支援につながるのです。

病院で伝い歩きができるまで ADL が改善したなら、住宅改修でご自宅に手すりを設置してはどうだろう?



ご自宅を訪問している場合の情報共有について

どのような指導をしたのか、何を問題点だと感じたのかも明記されていると、退院後のサービス導入時訪問した際に検討をしやすくなります。(ご家族様の中には、「入院中にも自宅訪問してきて、どこが問題だとか注意する必要がある等アドバイスもなく終わってしまった。あの時のこと、何か聞いてないの?」「また見ていくの?環境」など不満を言われる方もいらっしゃいます。)

訪問したこと、訪問時に助言した内容を知らずに行くよりも、連携が図れた上でご家族との関係を築けることが望ましいです。

- □ 食事摂取(姿勢はどうなのか?ベッド上?端坐位?車椅子?など)
 - …食事の際のポジショニングも統一できると、誤嚥リスク回避になります。
- □ 移動(どのくらいの移動能力があるのか?居室から病棟トイレおよそ何mか。病棟内フリーだったのか?など)

	退院•転院情報提供書兼看護 主治医:	
 氏名	性別	生年月日
入院	退院	坦左 允託
診断名(手術名)	「阪業状況」は「おくすり手帳」を活用して
既 往 歴	既往歴は「これまでにかかったことのある病気で、現在 は治癒しているもの」です。治療中の病気とは区別して 記載しましょう。	② キーパーソン: () 入院までの経過
内 服	□有 □無	AD≣∺ (A
服薬状況	□ 介助なし □ 一部介助 □ 全介助	解説(1)
介護保険	ケアマネージャー:	(Marrier)
	【適応事項】	【特記事項】 導入予定の医療系サービス等
特別な医療	□ 点滴管理 □ 中心静脈栄養 □ 透析 □ 酸素療法 □ ストーマの処理 □ 気管切開の処置 □ 褥瘡処置 □ 疼痛管理 □ 経管栄養 □	等人でため医療ボゲービス等
	□ 介助なし □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 □ 普通	制限の内容
食事摂取	□ ソフト食 □ 刻み □ ペースト □ 経管栄養 嚥下状態 (□ 良 □ 不良) 咀嚼状況 (□ 良 □ 不良)	食(kcal) 制限が無い人は「無し」 摂取状況: と記載しましょう。
口腔清潔	□ 介助なし □ 一部介助 □ 全介助	義歯:
移動	□ 介助なし□ 見守り□ 一部介助□ 全介助□ 手引き□ 杖□ 歩行器□ 車椅子□ ストレッチャー	独自の方法・転倒の危険・在宅改修の必要性等
洗身	□ 介助なし □ 一部介助 □ 全介助 □ 不可	シャワー・清拭
排泄	□ 介助なし□ 見守り□ 一部介助□ 全介助□ ポータブルトイレ□ リハビリパンツ□ オムツ	留置カテーテル ◆ 最終排便:
夜間の状態 認知・精神面	□ 良眠 □ 不眠 状態: 認知症高齢者のADL度 ⁽) 精神状態(疾患) □ 有 □ 無	認知症の原因疾患
リハビリ等	リハビリ 口有 口無 頻度: 伊召言社 3 運動制限 口有 口無 円牛 一	制限内容
入院中の看護の	運動制限 口有 口無 日本 四年	家族構成
	解說④	
		病気・治療の受け止め方
		本人:
		家族:
3 45 3 45 11 11	·イン(;)体温; °C、血圧 / 、脈; 回、SPO2 %	解説5

検式はあくまで一例です。各事業所で使用している様式で差し支えありません。

【退院・転院情報提供書兼看護サマリーの解説】

- ▶ 記入者は、サマリーの読み手が非医療職(介護士など)である可能性も考慮して、患者の家族へ伝えるような書き方にしましょう。
- ▶ 記入者は、退院後に施設へ入所する場合、これまで入所していた施設なのか、初めて入所する施設なのかにより提供する情報量を考慮しましょう。

解説①「入院までの経緯」

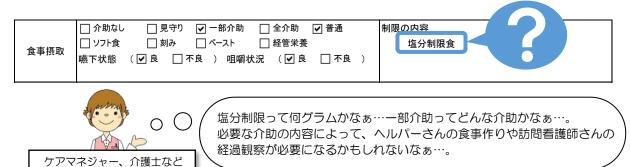
職種により、重視するポイントが異なります。



解説②「食事摂取」など具体的な介助内容

記入者は、具体的に伝えましょう。生活が想定しやすくなります。

▶ 例えば「塩分制限食」という名称だけでは正しく伝わりません。具体的に何に気を付けるか 記載しましょう!



16

解説③「リハビリ等」

- リハビリとは、看護師が生活リハビリとして行っていたものか?
- リハビリスタッフが実施していたリハビリなのか?

運動制限欄は、疾患により制限がある場合があります。

他サービスに繋げる際や、日常生活動作時の制限動作の参考、入浴・リハビリ場面等での参考になる項目となります。できるだけ詳しく書いていただけると、退院後の共通認識にもなる項目でもありますので、記入するようにしましょう。

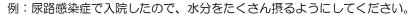
例)心疾患による動作制限、術後の関節可動制限、コルセットの装着(離床時は常に)

解説④「入院中の看護の経過と現在の問題点/今後予測されること」

治療経過と共に入院中の様子(気持ちの変化や環境、活動量など)等を知ることで、入院時との身体機能の変化を感じとることができます。以前と異なる点が明確になることで、病気悪化の予防や再発の早期発見、家族への助言方法やサービスの導入検討、各サービス間での共通認識にも繋がります。

また、今後予測されることや禁忌事項を記載しましょう。

○○を予防するために、△△に取り組んでください。□□は避けてください。 ××の症状がみられた場合は、○○の可能性があるので受診してください。







〇〇の症状に気が付くために、ご本人や家族だけでなく、デイサービス のスタッフさんや訪問介護のヘルパーさんにも伝えて、気がついた時に はすぐに知らせてもらうようにします!

ケアマネジャー、介護士など

記載項目 (例)

□ <u>【生活リズム・病棟での様子】離床機会はあったのか。廃用が進んでいないか。他者との交流が</u>あったか。閉じこもりにならないか。認知機能低下リスクあるか。

<考えられる事例>入院前は日中独居。入院中は日中もベッド上でほとんど過ごしていた。退院時活動量低下、体力低下著明により、自宅内での移動が困難。独居時に転倒して大怪我にならぬよう対策をする必要がある。

□ 【トイレの状況】病棟トイレまでの距離を安全に移動できていたのか。介助なく行えていたのか。 頻度。移動能力の把握、福祉用具導入の検討。

<考えられる事例>オムツやポータブルトイレでは自立だが、退院後はどうしてもトイレで排泄する必要がある。

★ 病棟トイレ歩行未実施の場合、なぜ病棟歩行に至らなかったのかも明記してあると、歩行不 安定であり、転倒の危険性があることについて家族に理解を求めやすくなる。

- □ <u>【食事姿勢・摂取時間】ベッドギャッチアップしてか、離床し端坐位か。座位能力の把握。誤嚥</u> リスクの判断。
 - ★ 食事姿勢時、ギャッチアップで食べていた為、自宅では座位保持困難。姿勢崩れしやすさ、 誤嚥リスクがあることが事前にわかると体調の変化や姿勢に注意することができる。食事中 に座位を保っていられるかの耐久性があるのかを判断することにも繋がる。
- □ 【日中の介助方法】どのような介助が必要なのか。注意点含む。介助方法の統一化。
 - ★ どんな場面にどのような介助が必要なのか。具体的な介助内容を記入してあると介助方法の 統一化を図る事ができる。
- □ 【家族への指導内容】指導内容を共通認識。理解はできたか。今後の助言の必要性の判断。
 - ★ どんな場面にどのような介助が必要なのか。具体的な介助内容を記入してあると介助方法の 統一化を図る事ができる。
- □ <u>【リスク管理(転倒・誤嚥・褥瘡・病期のステージなど)】転倒歴、ムセリ有無、栄養状態など記</u>入。リスク回避。
 - ★ 転倒した環境や時間、動作等が分かると、事前に回避する意識に繋がる。ムセリや栄養状態 の把握もできると誤嚥や褥瘡予防対策をすることができる。特に癌患者等、ステージが分か る際には記載してあると、今後起こりうるリスク把握、病態変化に対応しやすくなる。
- □ 【入院中の薬剤変更の情報】入院中の薬剤の追加、中止、あるいはそれらが一時的なものなのか。
 - ★ 薬剤のなかには、患者の ADL に影響を与えるものがある(例:ベンゾジアゼピン系睡眠薬による転倒リスク、認知機能障害など)。「入院中一時的に必要があり追加したもので、中止は可能か」といった情報があることで漫然投与を防ぎ、在宅療養に戻ったあとの転倒などのリスクを軽減できる。
 - ★ ケアマネジャーは、かかりつけ薬局などと連携し、薬剤師に情報提供を行う。
- □ 【服薬・嚥下の課題】胃ろうなど、課題はあるのか。
 - ★ 薬剤の処方に際し、患者の状況に合わせて剤形・用法変更などが必要な場合があり、胃ろうなどの情報があることで、より良い処方提案を行うことができる。
 - ★ ケアマネジャーは、かかりつけ薬局などと連携し、薬剤師に情報提供を行う。

解説⑤「病気・治療の受け止め方」

病気の受け止め方や、退院後の生活に対する本人、家族の声を聞きましょう。 私たちが「病気や退院後の生活に対する本人や家族の思い」を伝えることで、情報を受け取った 人は関わり方を検討しやすくなります。

ご本人の思い:

病気のことで妻に迷惑をかけたくないです。 足腰が弱ってしまったので、また元気に歩けるようになりたいのですが…。





家族の思い:

できる限りサポートしたいと思っていますが、外で転んでしまったらと思うと不安です。



ケアマネジャー、介護士など

ご本人、奥さんができること、支援が必要なことを整理して、安心して外に出られる方法を一緒に検討してみよう! 病院からも、リハビリに関するアドバイスをもらおう!

Ⅱ.医療機関とケアマネジャーの連携 【様式の記入例】

1) ケアマネジャーが医療機関に意見を求めるときの様式

ケアマネジャーが担当利用者の主治医、かかりつけ薬局等の医療機関と連携するときに使用 してください。

医療と介護支援専門員の連携連絡票						
送信先	機関名		発信元	事業所名 所 在 地 電話番号 FAX番号	タイミングは 適切ですか?	
	氏名	様		職 名 氏 名		
日頃	より大変お	世話になっております。下記の件につき先生と	上連絡を	をとりたいる	と思います。お忙しいところ誠に恐	
れ入	りますが、	ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回名	答をお願	質いいたしる	ます。	
利	ふりがな 氏 名			介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中	
用者	住 所			T E L		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生(歳)	男・女	
利用	連絡内容 者の照会 談内容等	□ サービス担当者会議における医学的意見 □ 福祉用具貸与(購入)について、医師カ □ 医療系サービスを導入するにあたり、主 □ 利用者の下記状況についての相談 □ 担当ケアマネジャーになった挨拶 □ ご本人の目に触れてもよい書き方を心掛	らの医	会学的意見に を対します。	必ず事前に	
		 会を行うこと及び先生から情報提供いただくこ 意を得て、ご連絡いたします。同意日(ことに、	ついては、 年 丿	同意を得ましょう	
	ご本人の同	意を得て、ご連絡いたします。同意日(身状況により同意は得られておりませんが、こ	ご本人の	年りために必要	F F)	
	ご本人の同	意を得て、ご連絡いたします。同意日(ご本人の 答書	年 りのために必要 (返信)	月 日) 要があります。	
	ご本人の同	意を得て、ご連絡いたします。同意日(身状況により同意は得られておりませんが、こ 連絡方法等並びに回	ご本人の 答書	年 りのために必要 (返信)	月 日) 要があります。	
	ご本人の同	意を得て、ご連絡いたします。同意日(身状況により同意は得られておりませんが、こ 連絡方法等並びに回 *この連絡票の回答では、診療情報 □ 直接会って話をします (時間帯	ご本人の 答書 提供料の 月 月	年 りために必要 (返信) の算定はでき 日	月 日) 要があります。 ません	
連	ご本人の同 ご本人の心	意を得て、ご連絡いたします。同意日(身状況により同意は得られておりませんが、こ 連絡方法等並びに回 *この連絡票の回答では、診療情報 □ 直接会って話をします(時間帯 □ 電話で話をします (時間帯	ご本人の 答書 提供料の 月 月	年 りために必要 (返信) の算定はでき 日 日 します	月 日) 要があります。 ません 時頃お越しください) 時頃電話をください・します) □ メールで回答します	
連	ご本人の同 ご本人の心	意を得て、ご連絡いたします。同意日(身状況により同意は得られておりませんが、こ 連絡方法等並びに回 *この連絡票の回答では、診療情報 □ 直接会って話をします(時間帯 □ 電話で話をします (時間帯 □ 文書で回答します □ FAXで 会議に □出席します(□診療所 □利用者の	ご本人の 答書 提供料の 月 月	年 りために必要 (返信) の算定はでき 日 日 します	月 日) 要があります。 ません 時頃お越しください) 時頃電話をください・します) □ メールで回答します	

2) 外来受診時、利用者に関する情報提供を行う様式

施設や在宅の患者さんの外来受診時に、医師へ伝えたい情報を整理するために使用してください。

	受診連	絡票	_	Í	Ŧ.	月 [
]の症状や普段の様子をよく 	くご存知の方が同伴される場合 「	、記載は不見	更です。				
月 者 氏名	男	・女		年	月	日生	
翼 所 別・名称		·					
	ショートステイ デイケア/デイサービス	訪問看護	訪問介護で	その他()	
票作成者 氏名	職種		連絡先	Tel.			
アマネジャー 氏名	事業所名		連絡先	Tel.			
				- 1 - (-7) -		_	
	いて、いつから、どのよう) =========						
	最初に気づいた変化から書						
	な情報です。 例 2,3 日前						
	はない。 例 昨夜までは普段						
	分おきに排便が続き、だんだ						
	がある。鼻汁は 3 日くらいでデ	台ったと思っ	たら咳をし始	め、次	第に痰か	バらみが	
酷くなり、今日は発熱し	て 38.5°Cある。					i	
上記以外で、次の点で普	段の様子と違いますか? ま	た、どの 。	にうな違いか	ありま	すか?		
[識・覚醒のレベル	(=======					===	
NAME OF THE PROPERTY OF THE PR	普段と変わりなければ	ば「不変」な	どと書いて下	さい。		II II	
3+ロの=/s	<u></u>					=="	
見た目の元気さ・顔色				===		==	
			医師にとっ(、診祭	時の状態	形か !!	
ミ話・意思の疎通性	普段の様子を熟知していない医師にとって、診察時の状態が 一 普段通りなのか、悪い状態なのか判断が難しいです。						
会話・意思の疎通性							
	例えば具合が悪くて	立てなくな	か判断が難 っているのを	、普段	から立て		
		立てなくな	か判断が難 っているのを	、普段	から立て		
	例えば具合が悪くて	立てなくな	か判断が難 っているのを	、普段	から立て		
多動能力や座位保持能力	例えば具合が悪くて 一方だと誤認すると、オ	立てなくな 下適切な治	か判断が難 っているのを 療目標設定 	、普段が こに繋が	から立て ります。 = == == =	ない 	
多動能力や座位保持能力	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、オ	立てなくな で適切な治 方の場合、	か判断が難 っているのを 療目標設定 見た目のテ	、普段が こに繋が	から立て ります。 = == == =	ない 	
多動能力や座位保持能力 な欲・嚥下能力・食事量	例えば具合が悪くて 一方だと誤認すると、オ	立てなくな で適切な治 方の場合、	か判断が難 っているのを 療目標設定 見た目のテ	、普段が こに繋が	から立て ります。 = == == =	ない 	
多動能力や座位保持能力 な欲・嚥下能力・食事量	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、オ	立てなくな で適切な治 方の場合、	か判断が難 っているのを 療目標設定 見た目のテ	、普段が こに繋が	から立て ります。 = == == =	ない 	
多動能力や座位保持能力 な欲・嚥下能力・食事量	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、オ 方だと誤認すると、オ 自ら症状を語れない 度を見積もるのに重:	立てなくない。適切な治	か判断が難 っているのを 療目標設定 見た目のデ す。	、普段が ==== = 気さや ====	から立て ります。 = = = = = (食欲は)		
を動能力や座位保持能力 な欲・嚥下能力・食事量 Rの回数・量・色やにおい	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、 オ	立てなくない 適切な治 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	か判断が難 っているの定 原目標設定 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	、普段が ==== ==== - 気さや ==== 入院した	から立て ります。 食欲は : : 時です。		
を動能力や座位保持能力 な欲・嚥下能力・食事量 Rの回数・量・色やにおい	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、オ 自ら症状を語れない 度を見積もるのに重	立てなくない。適切な治・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	か判断が難 っているのを 療目標設定 見た目のデ す。	、普段が ==== ==== - 気さや ==== 入院した	から立て ります。 食欲は : : 時です。		
を動能力や座位保持能力 な欲・嚥下能力・食事量 Rの回数・量・色やにおい	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、オ 自ら症状を語れない 度を見積もるのに重	立てなくない 適切な治 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	か判断が難 っているの定 原目標設定 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	、普段が ==== ==== - 気さや ==== 入院した	から立て ります。 食欲は : : 時です。		
多動能力や座位保持能力 食欲・嚥下能力・食事量 尿の回数・量・色やにおい 下便の回数・量・形状	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、オ 自ら症状を語れない 度を見積もるのに重	立てなくないである。	か判断が難かているのでは、	、普段が に繋が こうさや こうだいか確言	から立て から立て ります。		
多動能力や座位保持能力 食欲・嚥下能力・食事量 尿の回数・量・色やにおい 大便の回数・量・形状	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、オーロー 自ら症状を語れない 度を見積もるのに重 指摘さ 退院時 どの多剤耐性菌の保菌を指	立てなくないである。一点の場合、要な情報であるとすればいます。	か判断が難っているのを原目標設定を見た目のです。	、普段が に繋が こうさや こうだいか確言	から立て から立て ります。		
家動能力や座位保持能力 なな・嚥下能力・食事量 家の回数・量・色やにおい 、便の回数・量・形状 MRSA や ESBL 産生菌な	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、	立てなくないである。	か判断が難っているのを原目標設定を見た目のです。	、普段が に繋が こうさや こうだいか確言	から立て から立て ります。		
家動能力や座位保持能力 な欲・嚥下能力・食事量 Rの回数・量・色やにおい で便の回数・量・形状 MRSA や ESBL 産生菌な 活摘時期	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、オーロー 自ら症状を語れない 度を見積もるのに重 指摘さ 退院時 どの多剤耐性菌の保菌を指	立てなくないである。 「あるとは、大のでは、大のでは、大のでは、大のでは、大のでは、大のでは、大のでは、大ので	か判断が難 かでいるのでは、 原目標としている。 では、これでは、 では、これでは、 では、これでは、 は、これでは、 は、これでは、 は、これでは、 は、これでは、 は、これでは、 は、これば、 関名	普段が	から立て から立て のます。 食欲は におして下		
家動能力や座位保持能力 食欲・嚥下能力・食事量 Rの回数・量・色やにおい 大便の回数・量・形状 MRSA や ESBL 産生菌な 指摘時期 Rの事柄が分かる書類が	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、オーロー 自ら症状を語れない 度を見積もるのに重 指摘さ 退院時 近の多剤耐性菌の保菌を指	立てなくない。適切なおの場合、方の場合、要な情報であるとすればいます。	か判断が難 かでいるのでは、 原目標としている。 では、これでは、 では、これでは、 では、これでは、 は、これでは、 は、これでは、 は、これでは、 は、これでは、 は、これでは、 は、これば、 関名	普段が	から立て から立て のます。 食欲は におして下		
家動能力や座位保持能力 な欲・嚥下能力・食事量 尿の回数・量・色やにおい 大便の回数・量・形状 MRSA や ESBL 産生菌な 指摘時期 Rの事柄が分かる書類が 最近の血圧、脈拍、体	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、ス 一一一一一一一 自ら症状を語れない 度を見積もるのに重 当 当 が 選 を見積を語れない で を見積を語れない で 指摘さ は を が が が が が が が が が が が が が が が が が が	立てなくなった。	か判断が難をには、	普段が	から立て から立て のます。 食欲は におして下		
家動能力や座位保持能力 食欲・嚥下能力・食事量 尿の回数・量・色やにおい 大便の回数・量・形状 ARSA や ESBL 産生菌な 指摘時期 マの事柄が分かる書類が 最近の血圧、脈拍、体 処方薬の内容、食事形	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、オ 一	立てなくならい。一点のは、一点のは、一点のは、一点のは、一点のは、一点のは、一点のは、一点のは、	かりででは、	・ 普段が に繋が 一 に気さや 一 こ 、 に 、 に に に に に に に に に に に に に	から立て から立て のます。 食欲は におして下		
家動能力や座位保持能力 食欲・嚥下能力・食事量 尿の回数・量・色やにおい 大便の回数・量・形状 MRSA や ESBL 産生菌な 指摘時期 Rの事柄が分かる書類が、 最近の血圧、脈拍、体 処方薬の内容、食事形 直近の入院歴(入院理	例えば具合が悪くて 方だと誤認すると、ス 一一一一一一一 自ら症状を語れない 度を見積もるのに重 当 当 が 選 を見積を語れない で を見積を語れない で 指摘さ は を が が が が が が が が が が が が が が が が が が	立てなくなった。 立てなくなった。 では、	かりででは、	・ 普段が に繋が 一 に気さや 一 こ 、 に 、 に に に に に に に に に に に に に	から立て から立て のます。 食欲は におして下		

様式はあくまで一例です。各事業所で使用している様式で差し支えありません。

Ⅲ.その他関係機関同士の連携

1) 相談・連携における注意点

※P.28 に連絡票の参考様式を掲載しています。

① 第三者への個人情報の提供

個人情報の取り扱いにおいては、原則として本人の同意を得なくてはいけません。書面の受領や確認欄へのチェックなどで予め本人からの同意を得ておきましょう。また、情報提供の際にも改めて口頭で同意を得て、その旨を記録に残しておくなど、トラブル防止に努めましょう。

※個人情報を含む書類を FAX 送信する際には、P.10 の注意点も参考にしてください。

② 気になる患者・利用者を見かけたら

患者・利用者について「何らかの支援・援助が必要と考えられるが、相談先がわからない」という場合に、以下の相談先が例として挙げられます。状況に応じて、柔軟に対応しましょう。

【相談先の例】

- ▶ 担当ケアマネジャー
- ▶ 地域包括支援センター
- ▶ 北茨城市コミュニティケア総合センター「元気ステーション」

関係機関の皆さんへ 【かかりつけ薬局・薬剤師のメリットを活かして!】

複数の医療機関で処方された薬剤を、ひとつの薬局で一元管理することにより、以下のようなことが期待できます。また、余った薬がある場合、薬局へ持参することで再利用できる場合があります。

利用者のかかりつけ薬局・薬剤師を把握して、ぜひこのメリットを活かしてください!

- ① 薬の重複や飲み合わせの問題を解消し、安心して薬物治療を受けられる。
- ② 患者さんの状態に合わせた処方提案(一包化、剤形・用法変更、残薬調整など)を行うことができ、服薬状況の改善が期待される。



2) お薬手帳の活用

お薬手帳の活用により、現在服用している薬剤の情報が正確に伝わるだけではなく、薬剤の重複や相互作用の問題の解消につながります。また、薬剤情報やかかりつけの医療機関がわかることで外出先での急病や災害時での医師の診断や治療に役立ちます。

手帳一冊に全ての薬剤情報をまとめて持ち歩くようにすると良いでしょう。

また、ケアマネジャー等の名刺を貼っておくなどすると、薬剤師から自宅での患者状況の確認 や薬剤の問題などの相談が円滑に行えます。

Ⅳ.様式集

※必要に応じて複製して使用してください。

※様式はあくまで一例です。各事業所で使用している様式で差し支えありません。

>	様式1	「入院時連絡票(地域⇒病院)」	P.24
>	様式2	「退院・転院情報提供書兼看護サマリー」	.P.25
>	様式3	「医療と介護支援専門員の連携連絡票」	.P.26
>	様式4	「受診連絡票」	.P.27
>	様式5	「連絡票」	P.28

入院時連絡票(地域⇒病院)

入院日		
記載日		
記入者		

患者氏名			性別	男・	女	年齢	
住所				電話番	5号		
7.	生宅で療養中の病名						
医療機	関名(かかりつけ医)の有無	有・無	医療	機関名			
世帯環境	□独居 □日中独居 □石 □高齢者のみの世帯 □加		家族関係				
生活資金	□給与 □年金(国民·厚: □資産活用 □子の収入						
介護保険	□利用無 □申請中 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		5				
各種制度	□障害者手帳(身体・精神・ □医療費助成対象の疾患:	 療育)		キーパーン	<u></u>		
日常生活 の様子							
食事摂取			全介助]普通	制限の内容 食(摂取状況:	kcal)	
口腔清潔	□ 介助なし □ 一部介助	□ 全介助			義歯:		
移動	□ 介助なし □ 見守り □ 手引き □ 杖	□一部介助[□歩行器[全介助	□ ストレッチャー	独自の方法・	転倒の危険	・在宅改修の必要性等
洗身	□ 介助なし □ 一部介助	ı 🗀	全介助	□ 不可	シャワー・清	拭	
排泄	□ 介助なし □ 見守り □ トイレ □ ポータブルトイ	□ 一部介頃	_		留置カテーテ 最終排便:	· 11	
医療処置の 有無	口あり()	ロなし	



左	

退院・転院情報提供書兼看護サマリー

		主治医:		再診日:	
氏名		性別		生年月日	
入院		退院		現在住所	
診断名(手術名)			緊急連絡先	•
				1	
				2	
既 往 歴				キーパーソン	: ()
风 狂 雁				入院までの経	E 過
内 服	□ 有 □ 無				
服薬状況	□ 介助なし □ 一部介助	□ 全介助			
介護保険		ケアマネージ	ヤー :		
	【適応事項】				【特記事項】
	□ 点滴管理 □ 中心静脈栄養	೬ □透	析	導入予定の图	医療系サービス等
特別な医療	□スト―マの処理 □ 気管切開の処理	1置	瘡処置		
	□ 経管栄養 □ 痰吸引	⊅ [.]	テーテル 🗌 その他		
	□ 介助なし □ 見守り □ 一部	介助 🗌 🖆	全介助 🗌 普通	制限の内容	
食事摂取	□ ソフト食 □ 刻み □ ペー:	スト □ 糸	経管栄養	食(kcal)
及争採収	嚥下状態 (🗌 良 🗌 不良)	咀嚼状況	(□良 □不良)	摂取状況:	
口腔清潔	□ 介助なし □ 一部介助 □ 全介			義歯:	
移動	□ 介助なし □ 見守り □ 一部	『介助 □ ≦	全介助	独自の方法・	転倒の危険・在宅改修の必要性等
19 = 1	□ 手引き □ 杖 □ 歩行	一 二 器	車椅子 □ ストレッチャー		
洗身	□ 介助なし □ 一部介助 □ 全介	かり ロス	不可	シャワー・清抗	式
<i>7</i> (2)		1-33			
排泄	□ 介助なし □ 見守り □ 一部	邓介助 □ ≦	全介助	留置カテーテ	ル
191-102	□ トイレ □ ポータブルトイレ □] リハビリパンツ	□ オムツ	最終排便:	
夜間の状態	□ 良眠 □ 不眠	状態:		認知症の原因	国疾患
認知∙精神面	認知症高齢者のADL度)		
	精神状態(疾患) 🗌 有 📗 無				
リハビリ等	リハビリ 🗌 有 🗌 無	頻度:		制限内容	
	運動制限 🗌 有 🔲 無				
入院中の看護の	D経過と現在の問題点/今後予測され	こること		家族構成	
				病気・治療の	受け止め方
				本人:	
				家族:	
	·イン(:)体温: °C、血圧 / 、「	脈: 回、SI			
階病棟看護	師		病棟管理	即長	

医療と介護支援専門員の連携連絡票

年 月 日

送信先	機関名	155	発信元	事業所名 所 在 地 電話番号 FAX番号 職 名		
日頃	より大変おり	│ 様 │ 世話になっております。下記の件につき先生と	· 連絡 2	氏 名シングラング	ト思います お忙しいところ誠に思	九
		ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答				<u>.</u>
利用者	ふりがな 氏 名			介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中	
者	住 所			T E L		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生(歳)	男・女	
連	5絡内容	□ 新規・更新・区分変更後のケアプラン作 □ 利用者の医療・看護・介護・症状の医学 □ サービス担当者会議における医学的意見 □ 福祉用具貸与(購入)について、医師が □ 医療系サービスを導入するにあたり、主 □ 利用者の下記状況についての相談 □ 担当ケアマネジャーになった挨拶	的意見 につい らの医	●・指示について○ 「○ 「○	こついて	
	者の照会 談内容等					
	ご本人の同意	会を行うこと及び先生から情報提供いただくこ 意を得て、ご連絡いたします。同意日(身状況により同意は得られておりませんが、こ		年 月	月 日) 要があります。	
		連絡方法等並びに回			+11.)	
		*この連絡票の回答では、診療情報: □ 直接会って話をします (時間帯	月	<u> 7 昇止はでき</u> 日	<u>ょせん</u> 時頃お越しください)	
連	絡方法等	□ 電話で話をします (時間帯□ 文書で回答します □ FAXで	月	日します	時頃電話をください・します) □ メールで回答します	
サー	・ビス担当者	- 会議に □出席します(□診療所 □利用者?	包口;	施設 □その	の他) 口出席しません	
<臣	答・助言等	年	月	日	氏名	印

受診連絡票

_		_
4	\boldsymbol{H}	

今回の症状や普段の様子をよくご存知の方が同伴される場合、記載は不要です。

利用者	氏名			男	・女			年	月	日生
事 業 所 種別・名称										
利用形態	入所/入居	ショートステイ	デイケア/デイサー	ビス	訪問看護	態 訪問介	護	その他()
本票作成者	氏名		職種			j	連絡	先 Tel.		
ケアマネジャー (居宅の場合のみ)	氏名		事業 所名	•		j	連絡	先 Tel.		

今回の気になる症状につい	いて、いつから、	どのような症状があり	、どのような経過ですか?
	ふせつ いもい	++b2 ++	こもいをいよがもの・ナート・コ
上記以外で、次の点で普段	3の様子と遅いる	よすか? また、とのよう	つな遅いかめりますか?
意識・覚醒のレベル			
見た目の元気さ・顔色			
会話・意思の疎通性			
移動能力や座位保持能力			
食欲・嚥下能力・食事量			
尿の回数・量・色やにおい			
大便の回数・量・形状			
MRSA や ESBL 産生菌なる	どの多剤耐性菌の	D保菌を指摘されたこと	があれば記載してください。
指摘時期	菌名	指摘医療機関	名

- ※次の事柄が分かる書類があれば、診断や治療方針決定の参考になるのでコピー等を持参して下さい。
 - ・最近の血圧、脈拍、体温、食事量、排尿・排便の記録
 - ・処方薬の内容、食事形態(あれば食物アレルギー、薬剤アレルギー)
 - ・直近の入院歴(入院理由、時期、病院名、あれば退院時の紹介状や申し送り書)
 - ・家族の同伴がない場合は家族の氏名・関係・携帯電話番号
- ※入院が考えられれば、義歯・眼鏡・補聴器なども持参してください(入院決定後でも良いです)。

作成:北茨城市在宅医療·介護連携推進協議会 2018.9.

			_	年	月	日
宛先:						
	様		****			
			差出人所属:			
			氏名:			
			TEL:			
			FAX:			
件名:						
拝啓 時下ますますご清祥の 平素は格別のご高配を賜り、 さて、標記の件につきまして お願い申し上げます。	厚く御礼申し上げます	す。)うえ、よろしくお取り	り計らいくだる	さいます。	
口 ご参考ま	で 口ご回答く	ください	口 折り返しご連約	各ください		敬具

令和元年度 北茨城市多職種連携ガイド【Ver.1】

<ガイドに関する問い合わせ先> 北茨城市コミュニティケア総合センター「元気ステーション」 〒319-1559

北茨城市中郷町上桜井844-6

TEL: 0293-44-7111 FAX: 0293-43-5581