

## 7. 医療・介護人材育成のための研修会

研修会、勉強会、講演会など、様々な機会を通じて自身のスキルアップや多職種の人的ネットワーク形成などにつとめましょう。北上市内及び近隣で開催される研修会等の情報については、“在宅きたかみホームページ”に随時掲載しておりますのでご覧ください。

## 8. 資料編

- 1) 医療と介護の情報提供書（在宅情報）～様式、記入方法、記入例～
- 2) 『わたしのきぼうノート』の紹介
- 3) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（解説編）
- 4) 意思決定支援に係る各種ガイドライン

### <その他参考となる資料>

- 1) 北上市内居宅介護支援事業所等ケアマネジャー一覧表（医療機関相談窓口含）  
（発行：在宅きたかみ）
- 2) きたかみ在宅医療介護情報一覧 （発行：在宅きたかみ）
- 3) きたかみ福祉相談・福祉サービストータルガイドブック  
（発行：北上市社会福祉協議会）
- 4) がんサポートブックきたかみ （発行：北上市健康づくり課）
- 5) きたかみ 市民の生活ガイド （発行：北上市都市プロモーション課）
- 6) 安心・相談お助けブックまちのお助け便利帳 （発行：北上市長寿介護課）
- 7) ともにはぐくむ介護保険 （発行：北上市長寿介護課）
- 8) 北上市障がい福祉まるわかりガイド （発行：北上市自立支援協議会）

※ それぞれのホームページを閲覧するか、各発行窓口までお問合せください。

# 医療と介護の情報提供書(在宅情報)

様

記入(届)日 平成 年 月 日  
入院日 平成 年 月 日 ~

|                            |             |   |  |                     |                                       |   |   |   |
|----------------------------|-------------|---|--|---------------------|---------------------------------------|---|---|---|
| 氏名                         | 様           |   |  | 生年月日                | 年                                     | 月 | 日 | 歳 |
| 住所                         | 北上市         |   |  | 電話番号                |                                       |   |   |   |
| 担当ケアマネ<br>事業所              | 名称          |   |  |                     | 介護体制構成図                               |   |   |   |
|                            | 担当者         |   |  |                     | 緊急連絡先<br>(氏名・住所・連絡先)<br>既述を伴っているものに限り |   |   |   |
|                            | 住所          |   |  |                     |                                       |   |   |   |
|                            | Tel/Fax     |   |  |                     |                                       |   |   |   |
| 認定情報                       |             |   |  | 主…主介護者 ☆…キーパーソン/決定権 |                                       |   |   |   |
| 障がい者手帳                     | 種           | 級 |  | ○ □                 |                                       |   |   |   |
| 介護サービス<br>(福祉用具含)<br>利用状況  |             |   |  |                     |                                       |   |   |   |
| 住宅状況<br>段差・住改<br>リハ連携      |             |   |  |                     |                                       |   |   |   |
| 介護力を含めた<br>家族状況<br>本人家族の意向 | 介護力<br>家族状況 |   |  |                     |                                       |   |   |   |
|                            | 本人<br>家族    |   |  |                     |                                       |   |   |   |
| 経済状況                       |             |   |  |                     |                                       |   |   |   |
| かかりつけ<br>情報<br>(医科歯科)      |             |   |  | 病歴                  |                                       |   |   |   |
| 移動・動作<br>麻痺・痛み<br>補助具      |             |   |  | 服薬                  |                                       |   |   |   |
|                            |             |   |  | 睡眠                  |                                       |   |   |   |
| 食事                         | 嚥下          |   |  |                     | 義歯・衛生                                 |   |   |   |
|                            | 形態          |   |  |                     | 視聴覚                                   |   |   |   |
|                            | 制限          |   |  |                     | 認知症<br>精神状態                           |   |   |   |
| 排泄                         |             |   |  |                     |                                       |   |   |   |
| 入浴<br>皮膚                   |             |   |  |                     |                                       |   |   |   |
| 特記事項                       |             |   |  |                     |                                       |   |   |   |

北上市

- 1 介護度を入力します。認定調査日など伝えたいことは右側に記入
- 2 等級の他に障がい名を記載
- 3 介護保険サービス、インフォーマルの種類、頻度とあわせて、内容等の状況も記入します。
- 4 段差の状況、危険箇所、リハビリが必要な事を記載
- 5 技術、知識、意欲に関しても記載
- 6 種類を選択後、可能であればおおよその額を記載

行の高さ、文字のサイズは適宜調整可能ですが、受け取り手が読みやすいように配慮してください

生活歴や価値観等は「介護力を含めた家族状況・本人家族の意向」へ記載するか、特記事項へ要約してください。

不足する情報に対して独自のツールを用いることを妨げるものではありません。

- 7 診療所名、診療科、可能であれば頻度を記載
- 8 杖や歩行器の利用状況も記載する
- 9 ジェノグラムを記載する。関係の深い支援者や家族との関係性も明記する
- 10 主治医意見書のみならず、聴取している情報を要約する。可能であれば時期を明記
- 11 薬剤師の訪問、配達を受けている場合は薬局名も記載
- 12 記載する方の情報は同意を得ておくこと

裏面には情報等を記載しないようにお願い致します。

この様式は、情報提供を主たる目的としており、医療関係者からの回答及び指示を得る手段としては使用できませんのでご注意ください。

# 医療と介護の情報提供書(在宅情報)

| 氏名                         |          | 姓   | 生年月日        | 年                         | 月 | 日 | 歳 |
|----------------------------|----------|-----|-------------|---------------------------|---|---|---|
| 住所                         |          | 北上市 |             | 電話番号                      |   |   |   |
| 担当ケアマネ<br>事業所              | 名称       |     |             | 介護体制構成図                   |   |   |   |
|                            | 担当者      |     |             |                           |   |   |   |
|                            | 住所       |     |             | 緊急連絡先<br>(24時間・365日)<br>⑫ |   |   |   |
|                            | TEL      |     |             |                           |   |   |   |
| 認定情報                       | ①        |     |             | ※・・・介護者 ☆・・・キーパーソン 決定権    |   |   |   |
| 障がい番号                      | ②        | 種   | 級           | ⑨ ○ □                     |   |   |   |
| 介護サービス<br>(福祉用具含<br>利用状況)  | ③        |     |             |                           |   |   |   |
| 住宅状況<br>(段差・住改<br>リハ設備)    | ④        |     |             |                           |   |   |   |
| 介護力<br>家族状況                | ⑤        |     |             |                           |   |   |   |
| 介護力を求めた<br>家族状況<br>本人家族の意向 | 本人<br>家族 |     |             |                           |   |   |   |
| 経済状況                       | ⑥        |     |             |                           |   |   |   |
| かかりつけ<br>機関<br>(診療科目)      | ⑦        |     | 病歴          |                           | ⑩ |   |   |
| 移動・動作<br>困難・痛み<br>補助具      | ⑧        |     | 服薬          |                           | ⑪ |   |   |
| 食事                         | 嚥下       |     |             | 薬前・薬後                     |   |   |   |
|                            | 形態       |     |             | 摂取量                       |   |   |   |
|                            | 制限       |     |             |                           |   |   |   |
| 排泄                         |          |     | 認知症<br>精神状態 |                           |   |   |   |
| 入浴<br>皮膚                   |          |     |             |                           |   |   |   |
| 特記事項                       |          |     |             |                           |   |   |   |

北上市

記入

## 医療と介護の情報提供書(在宅情報)

北上済生会病院

様

記入(届)日 平成 30 年 7 月 26 日  
入院日 令和 1 年 7 月 24 日 ~

|                            |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                       |                                                                     |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--|
| 氏名                         | 北上 太郎                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                      | 様             | 生年月日                                  | 昭和 13 年 4 月 31 日 80 歳                                               |  |
| 住所                         | 北上市 和賀町藤根100-200-100                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |               | 電話番号                                  | 0197-00-0000                                                        |  |
| 担当ケアマネ<br>事業所              | 名称                                                                                                     | 地域包括支援センターわっこ                                                                                                                                                                                                                        |               | 介護体制構成図                               |                                                                     |  |
|                            | 担当者                                                                                                    | 老林 聖幸                                                                                                                                                                                                                                |               | 緊急連絡先<br>(転居・転院・通院先)<br>転居を伴っているものに転居 | 主・子 息子 北上 二郎 090-000-0000                                           |  |
|                            | 住所                                                                                                     | 北上市上江釣子17-117-1                                                                                                                                                                                                                      |               |                                       | 第のり 娘 北上 花美 080-0000-0000                                           |  |
|                            | TEL/Fax                                                                                                | TEL 0197-77-5055 Fax 0197-77-5022                                                                                                                                                                                                    |               |                                       | 主 妻 北上 花子 73-0000                                                   |  |
| 認定情報                       | 要介護2                                                                                                   | 入職中の状況に合わせて区分変更を検討します                                                                                                                                                                                                                |               | 主・・・主介護者 ☆・・・キーパーソン/決定権               |                                                                     |  |
| 障がい者手帳                     | 1 種                                                                                                    | 2 級                                                                                                                                                                                                                                  | 福祉厚生による要介護認定書 | ○妻友人<br>介護の手伝い                        |                                                                     |  |
| 介護サービス<br>(福祉用具含)<br>利用状況  | 〇〇デイケア 火曜日・金曜日<br>歩行訓練継続中 利用状況良好<br>〇〇福祉用具センター 介護用ベッド一式貸与                                              |                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                       |                                                                     |  |
| 住宅状況<br>段差・住改<br>リハ連携      | 玄関外と上がり框の段差が大きく、介護者が苦<br>労している。住宅改修の意向は無いため、福祉<br>用具の活用を検討中。トイレが寝室から20m先で<br>あるが、自力で移動したいと願っていた。       |                                                                                                                                                                                                                                      |               | 長男は自営業でいつでも連絡が可能                      |                                                                     |  |
| 介護力を含めた<br>家族状況<br>本人家族の意向 | 介護力<br>家族状況                                                                                            | 妻と二人暮らし。妻は腰痛があり介護力は低い。市内に住む息子が毎週訪問している<br>妻は意欲があるが腰痛の影響で無理ができない。息子は日常的な世話は行えないが、<br>良く面倒をみている。隣市に住む娘は教師であり、忙しいために介護ができない状況。親<br>戚関係は良好<br>施設には泊まりたくない。妻に面倒をみてもらいたい<br>本人<br>家族<br>老老介護は無理だと思います。リハビリをしてもうすこし自分のできる様になるまで施設入<br>所させたい |               |                                       |                                                                     |  |
| 経済状況                       | 厚生年金                                                                                                   | 2ヶ月で17万                                                                                                                                                                                                                              | 恩給            | 不明                                    | 農業収入あり                                                              |  |
| かかりつけ<br>情報<br>(医科歯科)      | △内科 月1回 服薬あり<br>□眼科 3ヶ月に1回 目薬2種類<br>□歯科 中断中<br>△整形 時々 外用薬の処方あり                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |               | 病歴                                    | 30代 事故による複雑骨折 右下肢<br>糖尿病H22.10<br>白内障 手術<br>認知症                     |  |
| 移動・動作<br>麻痺・痛み<br>補助具      | 右足の動きが悪く痛みもある。立位は支えが必<br>要。歩行は2人で介助すれば何とかおこなえる。<br>麻痺はないが振るえが強い。杖や歩行器は拒否<br>している。                      |                                                                                                                                                                                                                                      |               | 服薬                                    | 家族管理で不良 拒否あり                                                        |  |
| 食事                         | 嚥下                                                                                                     | 良好 むせることは少ない                                                                                                                                                                                                                         |               | 義歯・衛生                                 | 上下とも総義歯 妻が毎食後適切に洗浄している                                              |  |
|                            | 形態                                                                                                     | 常食 好き嫌い無し                                                                                                                                                                                                                            |               | 視聴覚                                   | 白内障の影響にて目の前の大きな字が見える。耳は遠<br>いため耳元での会話が重要                            |  |
|                            | 制限                                                                                                     | たんぱく40g 塩6g カリウム1500mg以下                                                                                                                                                                                                             |               | 認知症<br>精神状態                           | ありもしない事を繰り返すようになった<br>が、説明をするとその時は納得する。家<br>族を振り回すまでの状況にはなっていな<br>い |  |
| 排泄                         | リハビリパンツ使用 尿意あり 介助があれば可能                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                       |                                                                     |  |
| 入浴<br>皮膚                   | デイケアにて入浴 皮膚トラブルなし                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                       |                                                                     |  |
| 特記事項                       | ケアマネの見立てとしては身体機能B1 認知症Ⅱbと思われます<br>・区分変更と退院後のサービス変更が予想されますので、退院前に相談させていただきます。<br>・リハビリ状況を確認させていただきたいです。 |                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                       |                                                                     |  |

北上市

～自分らしく幸せに歳を重ねるための心づもりのために～

## 『わたしのきぼうノート』のご紹介

### 「わたしのきぼうノート」の使い方

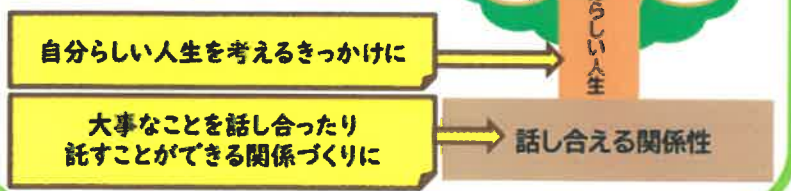
- 自分が考えたい、書きたい、伝えたい部分だけ活用しましょう。
- 各ページのカラー（黄緑・橙・赤・青・緑・紫）でテーマが分かれています。
- 想いは変わるものです。何度でも考えたり、話し合ってみましょう。

### ○ 自分らしい人生を考える・話し合う関係を育む ○

|                   |                                                                                                                       |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自分らしさを考える・知る      | 日々の暮らしやこれまでの人生を振り返り、自分らしさを考えてみましょう。                                                                                   |
| あなたのことを相手に伝える     | あなたについて知っておいてほしいことを選んで伝えてみましょう。                                                                                       |
| サポートする人があなたについて知る | 大事なことを話し合う前に、相手について知りたいことから聞いてみましょう。相手が話したくない場合は、その気持ちを尊重しましょう。                                                       |
| 互いの考えを伝え合う        | これまでの人生や、日々の暮らし、そして今の健康状態を踏まえ、どんなふうに歳を重ねていきたいかを伝えてみましょう。お互いに自分のノートを持ち寄って、伝え合う方法もあります。相手の考えを尊重しながら、あなたの考えも率直に伝えてみましょう。 |

### ○ 黄緑のページの使い方 ○

自分らしい人生を考えたり、大事なことを話し合ったり、託していくための土台となる関係性を育むために役立ちます。



初版発行 平成30年12月22日  
第2版発行 令和6年1月26日  
発行者 北上市福祉部長寿介護課  
〒024-8501  
岩手県北上市芳町1番1号  
TEL 0197-72-8221  
FAX 0197-64-0287



「わたしのきぼうノート」が

新しくなりました。

手に取ってみてね！



### もくじ

|                         |      |
|-------------------------|------|
| 巻頭言                     | p.2  |
| はじめに                    | p.3  |
| 「わたしのきぼうノート」の使い方        | p.5  |
| ● I わたしの連絡帳             |      |
| わたしのプロフィール              | p.7  |
| わたしの毎日の暮らし              | p.8  |
| いつもしていること・好きなもの         | p.9  |
| わたしのからだのこと              | p.10 |
| わたしのくらしのサポーター           | p.11 |
| わたしの生きた道                | p.12 |
| ● II わたしらしい人生           | p.13 |
| ● III もしも生活の手助けが必要になったら | p.15 |
| ● IV 老いや病気と共に暮らしていく     | p.17 |
| ● V わたしの想いを伝える          |      |
| 最期まで自分らしく過ごすために         | p.19 |
| お別れした後も、わたしのきぼうを託すために   | p.20 |
| ● 大切な人へのメッセージ           | p.21 |
| わたしのメモ                  | p.22 |
| ● 資料編                   | p.23 |