

第14回地域連携手帳委員会議事録

日時 平成26年6月19日 (木) 13時30分～
会場 新津医療センター病院 大会議室

1 地域連携手帳の現状と問題点

- ・介護事業所から地域連携手帳の発行からの流れについてマニュアルがほしいとの意見がある。
- ・手帳の左入が活かされているのかが知りたい。

2 手帳の発展的な利用

- ・栄養サマリーは退院時にに入る。
- ・認知症の頁は新潟市で発行するものと共通にする方向で。

3 医療介護連絡網

- ・現時点での連絡網が纏まつたので配布する。
今後これをもとに連絡などに使用する。

4 地域連携手帳の増刷

- ・1000部を発注。新潟市医師会17班から支出していただく。

5 新潟市認知症連携手帳

- ・新潟市地域包括ケア推進室の佐藤氏、斎藤氏より説明。
内容については別添資料のとおり

6 第12回新津地域医療福祉連携協議会開催

- ・平成26年11月14日(金)
- テーマ 認知症と地域連携
基調講演とグループワークを予定 レジメのとおり
参加費は1000円 (懇親会の出欠に問わらず徴収)

7 その他

- ・次回手帳委員会 平成26年8月21日(木)午後1時30分より

次回 8月21日(木) 13時30分

会場 新津医療センター病院 会議室にて開催

以上

第14回地域連携手帳委員会（略称：手帳委員会）

平成26年6月19日

1. 連携手帳の現状と問題点

2. 連携手帳の発展的利用

3. 医療介護の連絡網

4. 地域連携手帳の増刷

1000部

新潟市医師会17班（旧新津市医師会）から486,000円拠出

5. 新潟市認知症連携手帳：「むすびあい手帳」について

シート7；必要か？

シート8；認知症；秋葉区の連携手帳に挿入し用いることで承認

今後、「むすびあい手帳」への移行は？

6. 第12回新津地域医療福祉連携協議会；平成26年11月14日（金）

テーマ：認知症と地域連携

基調講演

「認知症新時代：地域連携の可能性～全国各地の実践に学ぶ～」

認知症介護研究・研修東京センター研究部副部長

永田久美子さん

グループワーク（認知症に関するテーマ）

参加費；これまでの500円から1000円へ増額

7. その他

次回手帳委員会；平成26年8月21日（木）午後1時30分から

新津医療センター病院大会議室

[३१७]

[३४७]

皆で知恵を出し合いたい生活や支援の工夫

ご本人がより快適に穏やかに暮らしていけるように、「うまくいった対応」「相談したいこと」などを関係者で知恵を出し合いましょう。

年月日	内 容	サイン

かかりつけ医・専門医療機関の経過記録

かかりつけ医・専門医療機関の経過記録

発症時期:平成 年 月 壱		発症時期:平成 年 月 壱		発症時期:平成 年 月 壱		発症時期:平成 年 月 壱	
年 月 日	平成 年 月	年 月 日	平成 年 月	年 月 日	平成 年 月	年 月 日	平成 年 月
診断							
長谷川式スケール	/30点						
MMSE	/30点						
頭部CT	□虚血性変化 □海馬萎縮 □その他						
頭部MRI	□虚血性変化						
萎縮部位	□海馬 □側頭葉 □前頭葉 □頭頂葉 □後頭葉						
VSRAD (z-score)	Z-score :						
その他検査所見 (SPECT, MIBG心筋シンチ等)							
治療内容等							
記載者							

発症時期:平成 年 月 壱		発症時期:平成 年 月 壱		発症時期:平成 年 月 壱		発症時期:平成 年 月 壱	
年 月 日	平成 年 月	年 月 日	平成 年 月	年 月 日	平成 年 月	年 月 日	平成 年 月
診断							
長谷川式スケール							
MMSE							
頭部CT	□虚血性変化 □海馬萎縮 □その他						
頭部MRI	□虚血性変化						
萎縮部位	□海馬 □側頭葉 □前頭葉 □頭頂葉 □後頭葉						
VSRAD (z-score)	Z-score :						
その他検査所見 (SPECT, MIBG心筋シンチ等)							
治療内容等							
記載者							

新潟市 むすびあい手帳

○背景

○認知症医療連携

○手帳の配付・スケジュール

○手帳の記入例

平成26年6月19日

～高齢者支援課 地域包括ケア推進室～

1. 背景

○従来から認知症の人に対して、早期から家族・医療・介護の関係者が情報を共有する認知症医療連携の課題あり
(新潟市認知症連携パスワーキンググループ)

⇒認知症医療連携のシステムが必要

・認知症相談医

・新潟市の認知症地域連携情報共有ツール

⇒新潟市認知症地域連携情報共有ツール作成会議の設置

新潟市認知症地域連携共有ツール作成会議

【構成員】 20名

- ・新潟市認知症地域連携パスワーキンググループ
(医師10名)
- ・多職種関係者(10名)

【開 催】平成25年10月～平成26年3月 5回開催

【事務局】新潟市 高齢者支援課 地域包括ケア推進室

認知症地域連携共有ツール作成会議委員(1)

職種	氏名	施設名	役職
医師	五十嵐 修一	新潟市民病院	脳神経内科・科部長
医師	池内 健	新潟大学脳研究所生命科学リース研究センター	遺伝子機能解析学 教授
医師	岡田 潔	医療法人社団岡田内科医院	院長
医師	北村 秀明	新潟大学大学院	精神医学分野 准教授
医師	小林 央	医療法人瑞生会県庁前神経内科クリニック	院長
医師	佐野 英季	医療法人敬成会白根緑ヶ丘病院	病院長
医師	永井 博子	医療法人社団押木内科神経内科医院	副院長
医師	中野 亮一	なかの神経内科クリニック	院長
医師	成瀬 聰	医療法人新成医会総合リハビリテーションセンターみどり病院	病院長
医師	堀川 楓	医療法人社団朋有会堀川内科・神経内科医院	理事長

（敬称略・五十音順）

認知症地域連携共有ツール作成会議委員(2)

職種	氏名	所属・役職
薬剤師	川俣 春江	有限会社新潟メディカルプランみのり薬局 代表取締役
看護師	竹内 則子	社団法人新潟県看護協会訪問看護ステーションにいがた 所長
精神保健福祉士	五十嵐 恵子	医療法人敬成会白根緑ヶ丘病院
介護支援専門員	山下 弘美	株式会社エヌ介護サービス新潟センター 指導部長
地域包括支援センター	岩野 司	新潟市地域包括支援センター関屋・白新 施設長
福祉施設	宇都宮 秀子	社会福祉法人正義会ヘルバーステーション翠風園 施設長
福祉施設	小林 真澄	社会福祉法人新潟南福祉会特別養護老人ホーム虹の里 介護課統括係長
家族の会	等々力 薫	公益社団法人認知症の人と家族の会新潟県支部 副代表
行政職員	伊藤 由香	新潟市黒埼地域保健福祉センター 所長
	(敬称略)	

2. 認知症医療連携

○認知症相談医

- ・認知症の鑑別診断が可能で、最低限CT検査が可能
- ・治療薬を選択でき、ケア等を家族に説明できる医師
- ・医師会が主体となり募集
- ・区単位での連携を目指す

○情報共有ツールの作成

- ・認知症地域連携共有ツール作成会議の立ち上げ

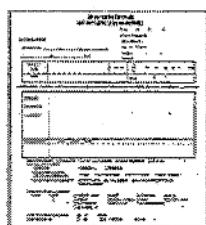
[成瀬先生作成の資料より抜粋]

2-1. 認知症相談医

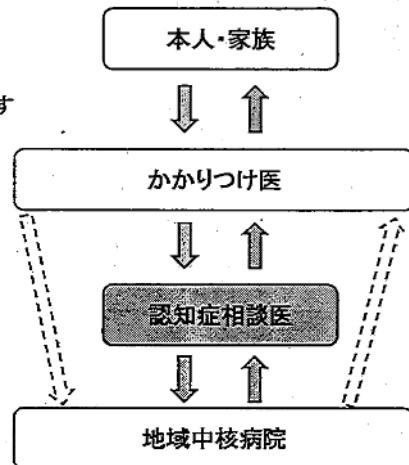
○認知症医療連携の流れ

- ・かかりつけ医からの紹介を受け、相談及び診断を含めた初期治療を行う
- ・診断確定後に、治療方針を決定し患者をかかりつけ医に戻す
- ・自院で診断が困難な症例は、地域中核病院に紹介する
- ・BPSDに対するアドバイスをかかりつけ医に行う。
対応困難な症例は精神科病院へ紹介する。

○診療情報提供書



[成瀬先生作成の資料より抜粋]



2-2. 情報共有ツール

【医療】

- ・認知症の治療は多職種が関わるため、効果的、効率的に情報を共有する必要がある
- ・患者の日々の暮らしの実態が知りたい

【介護】

- ・利用者や家族をどのように医療につなげていけばよいのか分からない
- ・利用者の病状が分からない

これらをつなげる情報共有ツールが必要

[成瀬先生作成の資料を一部加工]

情報共有の理念

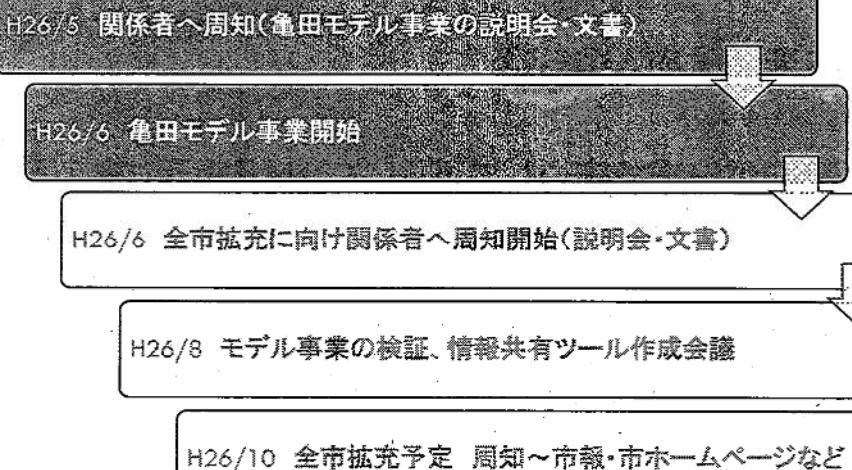
- 情報は本来患者本人のもの
- 患者や家族が地域で安心して暮らしていくように支える
ものでなくてはならない
- 医療関係者の連絡のみに使用するのではなく、「患者・家
族のニーズは何か」を考えながら情報を有効に共有していく
姿勢が必要

[成瀬先生作成の資料より抜粋]

3. 手帳の配付について

- 配付対象
在宅介護保険サービス利用者等(利用希望制)
- 配付方法
地域包括支援センター、居宅介護支援事業者から利用者へ
- 配付開始
平成26年6月(亀田圏域) 平成26年10月~(全市)

手帳運用のスケジュール



4. むすびあい手帳



□ 手帳の規格

- ・A5用紙を綴じ込む
バインダー形式
- ・青色
- ・様式は市のHPより
ダウンロードが可能

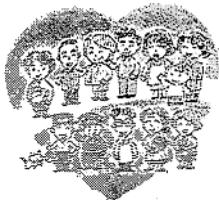
シート1／目的

むすびあい手帳

(1) この手帳は、新潟市在住のご本人、ご家族や医療、看護、介護の関係者等が情報を共有することによって、円滑な連携ができるようにします。

(2) 症状の変化に早く気がついて、専門的な診断と適切な治療をうけられ、地域で安心して暮らしていくことができるようみんなで支援を考えいく手帳です。

□ 目的



シート2／手帳の使用方法・内容

この手帳の使用方法

ご本人、ご家族の方へ

医師、介護支援専門員、介護サービス機関、地域包括支援センター等もこの手帳を見たり書いたりしますので、受診時や相談時、サービス利用時は手帳を持参してください。
この手帳は、個人の責任で大切に保管・管理をしてください。

□ 使用方法

□ 目次

<手帳の内容>

- 【シート3】個人情報に関する同意書 …記入しましょう。
- 【シート4】支援体制・連絡先
- 【シート5】私のプロフィール(ご本人の基本情報・経歴・想い)
- 【シート6】情報共有連絡表…みんなで共有しましょう。
- 【シート7】知恵を出し合う
- 【シート8】医療機関の経過記録
- 【シート9】歯科治療・口腔ケア経過記録
- 【シート10】日常生活の様子
- 【シート11】生活経過記録

シート3／個人情報の同意書・緊急連絡先

個人情報に関する同意書

私と家族は、安心して生活を続けられるように医療・介護等サービス提供者間で必要な情報を共有するために、この手帳を使用することに同意します。

平成26年4月5日

ご本人 新潟 太郎
(代筆 妻)
ご家族 新潟 花子
(統括 妻)
代理人
(関係)

□ 同意書

・ご本人、ご家族、代理人

□ 緊急連絡先

⇒つながる連絡先

<緊急連絡先>

氏名	電話番号	連絡のつく時間帯
① 新潟 ○○ (関係 息子)	090-***** 025-*****	□午前 □午後 ■ 18時～ 時
② 新潟 △△ (関係 娘)	025-*****	■午前 ■午後 □ 時～ 時
③ 島原野 ○○ (関係 娘)	025-×××	■午前 ■午後 □ 時～ 時

シート4／支援体制・連絡先

支援体制・連絡先

かかりつけ医	医院名: ○内科クリニック	医師名: ○○
	連絡を受けやすい時間帯: 14:00～18:00	連絡を受けやすい方法: 電話・FAX・メール
	電話: 025-*****	FAX: 025-*****
	Eメール:	
専門医	医院名: ○○	医師名: ○○
	連絡を受けやすい時間帯: 連絡を受けやすい方法: 電話・FAX・メール	
	電話: FAX:	
	Eメール:	
その他	医院名: ○○看護師院	医師名: △△
	連絡を受けやすい時間帯: 14:00～17:00	連絡を受けやすい方法: 電話・FAX・メール
	電話: 025-*****	FAX: 025-*****
	Eメール:	
薬局	△△薬局	電話: 025-*****
緊急救護	緊急救護	電話: 025-*****
ケマネジメント	○○ケマネジメントセンター	担当: ○○ 025-*****
地域包括実践センター	地域包括実践センター	△△△ 025-*****
訪問看護		
訪問介護		
通所リハ		
通所介護	デイサービスセンター △△△	025-*****
ショートステイ	ショートステイ ○○○	025-*****
施設入所		

□ 支援体制

・かかりつけ医、専門医、歯科

・薬局

・関係機関

(ケアマネ、包括支援センター、
介護サービス事業所)

[留意]開始日のページ

⇒ サービス等の利用先に変更があれば、
変更日のページを利用

シート5／プロフィール(基本情報)

私のプロフィール1(ご本人の基本情報)
 (20歳未満は記入欄「年齢」欄に記入) (性別) (既婚・未) (性別)

ふりがな	新潟 太郎	(性別)
名前	新潟 太郎	(男)女
生年月日	大正・昭和 14年 4月 20日(75歳)	
住所	新潟市東区*****	
電話	025-*****	
生活状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(種別 先住)	
《家族構成》	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居者有(2人)	
《主介護者名》	新潟 花子 (70歳)(精神、要)	
《身体状況》		
特定期症	無	
既往歴	(有)(病名)	
身長(160cm)/体重(60kg)		
聴力 口聞こえる ■多少聞こえない □聞こえない □不明		
運動器(口半身筋)		
視力 口見える ■見えない □見えない □不明		
アレルギー ■無 <input type="checkbox"/> 有(过敏、食物:)		
タバコ ■無 <input type="checkbox"/> 有(本/月) <input type="checkbox"/> 吸		
飲酒 ■無 <input type="checkbox"/> 有(種類、日本酒、コップ/杯/日)		
これまでにかかったことのある病気		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 既往 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中()□不明	
高血圧症	<input type="checkbox"/> 既往 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中()□不明	
心臓病(狭心症・心筋梗塞)	<input checked="" type="checkbox"/> 既往 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中()□不明	
脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 既往 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中()□不明	
甲状腺機能低下症	<input type="checkbox"/> 既往 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中()□不明	
扁桃腺・咽頭炎	<input type="checkbox"/> 既往 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中()□不明	
精神疾患	<input type="checkbox"/> 既往 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中()□不明	
(自己免疫疾患)	<input type="checkbox"/> 既往 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中()□不明	
その他(病名、治療の有無など)	<input type="checkbox"/> 内服(過敏性、本剤)	

□ 基本情報

- ・氏名、生年月日ほか
- ・家族構成
- ・身体等の状況
- ・既往病

シート5／プロフィール(経歴など)

私のプロフィール2(おもな経歴・ご本人・ご家族の想い)

《今までの暮らしのことをお書き下さい》

生まれたところはどこですか 水原町
 育ったところはどこですか 水原町
 お仕事をしていた方は、どんなお仕事をしたか 国鉄
 仕事内容 汽車の運転士、新規

好きなこと、好きだったことはなんですか
 鉄道、特急、カラオケ、空山、畑

《私の楽しみ・よろこびは---》
 -私のやりたいことやねがいは---
 行きやがなことが好き
 氷湖に行きたい、外山山登山

《ご家族から---》
 -ご家族から伝えたいことや知っていてほしいことは---
 誰かそばにいてないと不安になり落ちつかなくなる。
 お風呂が好き。デイサービスに行ったときの入浴やトイレの介助は男性がよい。

《その他知っていてほしいこと》
 みんなと話がしたいのにうざが言葉が出てこない。

□ 主な経歴

□ 楽しみ

□ 家族の想い

□ 知ってほしいこと

シート6／情報共有連絡表

□ 関係者への情報伝達

(例)妻からかかりつけ医

(例)かかりつけ医から本人

シート7／皆で知恵を出し合いたい生活や支援の工夫

電子知事案出し書にたいする検査と支援の工夫

ご本人がより快適に穏やかに暮らしていけるように、「うまくいった対応」「相談したいこと」などを関係者で知恵を出し合いましょう。

□ 関係者の知恵

(例) うまくいった対応

(例)相談したいこと

シート8／かかりつけ医・専門医療機関の経過記録

かかりつけ医・専門医療機関の経過記録			
年月日	平成26年6月	年月日	平成年月
診断	アルツハイマー病候群		
MMSSE	20 /30点	/30点	/30点
頭部CT	口虚血性変化 口海馬萎縮 口その他	口虚血性変化 口海馬萎縮 口その他	口虚血性変化 口海馬萎縮 口その他
頭部MRI	■虚血性変化	■虚血性変化	■虚血性変化
葉状部位	■海馬 □側頭葉 □前頭葉 □頂葉 □後頭葉	■海馬 □側頭葉 □前頭葉 □頂葉 □後頭葉	■海馬 □側頭葉 □前頭葉 □頂葉 □後頭葉
VSRAD (Z-score)	Z-score : 1.58	Z-score :	Z-score :
その他 検査所見 (SPECT, MIBG心筋 シンチ等)	SPECT : 後脳帯状 回の左底低下 あり。		
治療内容 等	ドネペジル		
記載者	○内科クリニック ○○		

□ 診断内容

シート9／歯科治療・口腔ケアの経過記録

歯科治療・口腔ケアの経過記録			
年月日	26年4月23日	年月日	年月日
受診形式	(通院・往診・訪問)	通院・往診・訪問	
病名			
主訴	入れ歯があわいくなった。		
①口腔清掃状態	良い(有)・悪い(無)	良い・普通(有)・悪い(無)	
②入れ歯使用状況	良い(有)・無(無) 良い(有)・不使用(無)	良い・不適合(有)・不使用(無)	
③虫歯			
④歯周病			
歯肉の腫れ、出血等 苦しい動揺感 歯石	(有)・無 (有)・無 (有)・無	有・無 有・無 有・無	
⑤口臭	有・少ある(有) 有・多少ある(無)	有・少ある(有) 有・多少ある(無)	
⑥舌苔	(有)・無	有・無	
⑦歯咬合	(有)・無	有・無	
⑧閉口障害	有・無(有)	有・無	
⑨発音障害	有・無(有)	有・無	
⑩その他			
処置及び指導	むし歯(入れ歯)外科処置・ 歯周処置 指導()	むし歯(入れ歯)外科処置・ 歯周処置 指導()	
口腔ケア ①口腔清掃 使用清掃用具	②(テー)・歯間ブラシ・ ③(フラ)・スポンジブラシ・ ④その他の()	②(テー)・歯間ブラシ・ ③(フラ)・スポンジブラシ・ ④その他の()	
②入れ歯清掃	(有)・無	有・無	
③歯肉・咬合機能訓練	有・無(有)	有・無	
④食事指導	有・無(有)	有・無	
⑤マッカージ	(有)・無	有・無	
⑩その他	デイサービスの歯を被は、職員が必ずいれば所得を行っている。		
記載者	○○歯科医院 ○○		

□ 診断内容／歯科 □ 処置 □ 指導

シート10／日常生活の様子

日常生活の様子 (家族・介護サービス事業者用)										
※ 6ヶ月ごとを目安に記載										
確認する項目		選択項目								
英介護・英天保認定結果		白文:「要支援」 赤文:「要介護」 (右の欄に該当度を赤文字で記入)								
最近6か月間の悪化傾向		なし 1.あり 2.あり 3.不明								
短期・期 望		なし 1.問題なし 2.問題あり								
日常の意思決定		1.自立 2.どちらか困難 3.見守りが必要 4.判断できない								
意思の伝達		1.伝えられる 2.どちらか困難 3.伝えられない 4.伝えられづらい								
見当識障害かい		なし 1.あり 2.具体的な状況を記述 3.その他								
行動	移 動 (歩行補助具など)		1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.介助 5.その他 1.手すき 2.杖 3.歩行 4.車椅子 5.車いす							
	外 出		1.自立 2.どちらか困難 3.困難							
	金銭管理		1.自立 2.どちらか困難 3.困難							
服の内服		1.自立 2.どちらか困難 3.困難								
食事介助の必要性		1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.介助 5.その他 1.食ありの食事量 2.減少傾向 3.変化なし 4.食へ過ぎ傾向								
水分摂取量		1.減少傾向 2.変化なし 3.水とり口が傾向								
指 握	排泄介助の必要性		1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.介助 5.その他 1.失禁 2.なし 3.たまにあり 4.頻繁 5.あり							
	便失禁		なし 1.たまにあり 2.頻繁 3.あり							
	むちむき尿(尿インパク)		なし 1.尿ののみ使用 2.尿の併用 3.尿の使用							
入 浴	入浴介助の必要性		1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.介助 5.その他 1.入浴拒否 2.なし 3.たまにあり 4.頻繁 5.あり							
	着脱介助の必要性		1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.介助 5.その他 1.お着け・お脱け 2.寝起き 3.更衣 4.着替え 5.着脱 6.介助への抵抗 7.排泄 8.火の不始末 9.不潔行為 10.その他							
	その他 の 症状の確認									
備考(気が付いたこと)										

家族・介護サービス事業者
6か月ごとを目安に記載

認知機能

行動、食事、排泄、入浴

シート11／生活経過記録(1)

平成26年 生活経過記録

月日	血圧	体温	脈拍	食事摂取量	便	入浴	体重	サイン
2/4(火)	120/61	36.4	60	主食(5)朝 副食(5)朝	軟便 1回	○		DS新潟 NHE
4/22(木)	130/64	36.7	54	主食(5)朝 副食(5)朝	なし	○		D S△△ ××
4/24(土)	128/62	36.6	58	主食(5)朝 副食(5)朝	普通	○		D S△△ ××
4/26(月)	126/64	36.5	59	主食(5)朝 副食(5)朝	なし	拒否		スタート ○○
4/27(火)	124/66	36.8	64	主食(10)朝 副食(10)朝	軟便	○		スタート ○○
4/29(木)	128/62	36.8	60	主食(10)朝 副食(8)朝	なし	○		D S△△ ××
5/1(木)	120/62	36.6	62	主食(10)朝 副食(9)朝	普通	○	62Kg	D S△△ ××
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				
/ ()	/			主食()朝 副食()朝				

□ 血圧・体温・脈拍

□ 食事・便・入浴

□ 体重

血压·体温·脉拍

日 食事・便・入浴

□ 体重

シート11／生活経過記録(2)

生活経過記録(2)	
<p>昨日の夜は、なかなか寝付けない様子で眠りについたのは午前零時を過ぎていました。朝は、起きるのが遅くなり朝食もあまり食べませんでした。</p> <p>関係機関記入欄(平成26年4月22日) (記載者:ダイ△△ ○○)</p> <p>午前中は、夙たうな様子がありましたが入浴ちきいっとお変わりなく過ごされていました。昼食後は、ベッドで休まれ午後からのレクリエーションも他利用者様と楽ししく参加されておりました。</p>	<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族記入
<p>「今日は、将棋ができる」と朝からデイサービスに行くを楽しみにしています。</p> <p>関係機関記入欄(平成26年4月24日) (記載者:ダイ△△ ○○)</p> <p>将棋ボランティアの方がこれまで将棋を教えておりました。教員にも将棋を教えてくれたり笑顔で過ごしていました。</p> <p>午前中、将棋に夢中になり戦われたのがいつもより食事量少でした。</p>	<input type="checkbox"/> 関係機関記入
<p>施設内記入欄(平成26年4月22日)</p> <p>施設内、「お腹が空い」ということが何回かありました。特に朝もなくお腹もあります。</p> <p>関係機関記入欄(平成26年4月24日) (記載者:ショート○○ △△)</p> <p>入所された際は、特に既往の既往など聞かれず他利用者様と楽しそうに会話されていました。朝は、「夜に帰る」とおられることが多いましたが、他利用者様と一緒にテレビをみたり温泉浴はたたみをしてと聞くうち明までぐっすり眠られました。本日、少し元気ない方が出ました。</p>	

区役所連絡先・お薬手帳保管袋

この手帳を拾われた方は、お手数でもお近くの区役所へ連絡をくださいますようお願いいたします。																					
<table border="1"><thead><tr><th>区役所</th><th>電話番号</th></tr></thead><tbody><tr><td>北 区健康福祉課高齢介護係</td><td>025-387-1325</td></tr><tr><td>東 区健康福祉課高齢介護係</td><td>025-250-2320</td></tr><tr><td>中央区健康福祉課高齢介護係</td><td>025-223-7216</td></tr><tr><td>江南区健康福祉課高齢介護係</td><td>025-382-4383</td></tr><tr><td>秋葉区健康福祉課高齢介護係</td><td>0250-25-5679</td></tr><tr><td>南 区健康福祉課高齢介護係</td><td>025-372-6320</td></tr><tr><td>西 区健康福祉課高齢介護係</td><td>025-264-7330</td></tr><tr><td>西蒲区健康福祉課高齢介護係</td><td>0256-72-8362</td></tr><tr><td>新潟市 高齢者支援課</td><td>025-226-1281</td></tr></tbody></table>		区役所	電話番号	北 区健康福祉課高齢介護係	025-387-1325	東 区健康福祉課高齢介護係	025-250-2320	中央区健康福祉課高齢介護係	025-223-7216	江南区健康福祉課高齢介護係	025-382-4383	秋葉区健康福祉課高齢介護係	0250-25-5679	南 区健康福祉課高齢介護係	025-372-6320	西 区健康福祉課高齢介護係	025-264-7330	西蒲区健康福祉課高齢介護係	0256-72-8362	新潟市 高齢者支援課	025-226-1281
区役所	電話番号																				
北 区健康福祉課高齢介護係	025-387-1325																				
東 区健康福祉課高齢介護係	025-250-2320																				
中央区健康福祉課高齢介護係	025-223-7216																				
江南区健康福祉課高齢介護係	025-382-4383																				
秋葉区健康福祉課高齢介護係	0250-25-5679																				
南 区健康福祉課高齢介護係	025-372-6320																				
西 区健康福祉課高齢介護係	025-264-7330																				
西蒲区健康福祉課高齢介護係	0256-72-8362																				
新潟市 高齢者支援課	025-226-1281																				

**お薬手帳
保管袋**

[差込]週間サービス計画表 等

第3表 利用者名 介護サービス計画表							作成日付：平成16年4月1日
曜日	月	火	水	木	金	土	出向日當否の選択
日							
月							
火							
水							
木							
金							
土							
祝日							
午前							
午後							
深夜							
合計							
備考	※用意料外の サービス等 ※用意料外の サービス等 ※用意料外の サービス等						

使い方・記入方法

<p>「むすびあい手帳」の使い方・記入方法 ～介護サービス事業様へ～</p> <p>「むすびあい手帳」の使い方・記入方法 ～ケアマネジャー様へ～</p> <p>「むすびあい手帳」の使い方・記入方法 ～かかりつけ医、専門医、その他の先生方へ～</p> <p>「むすびあい手帳」の使い方・記入方法 ※むすびあい手帳は、ご本人が記入できまい場合は看護師やケアマネジャーが代わりに記入してください。 ※わからないうことは、状況に記入せず後日ケアマネジャーと相談して書きましょう。</p> <p>～ご本人・ご家族の方へ～ ※本人が医療機関を受診する際の連絡カードを携帯するには必ず持参してください。</p> <p>1. [シート1] 手帳を買っていただく目的ですのでよくお読みください。</p>	<p>□ 介護サービス事業所 用</p> <p>□ ケアマネージャー 用</p> <p>□ 医療機関 用</p> <p>□ ご本人・ご家族 用</p>
--	---

