

1.島原市在宅医療・介護相談センター

住み慣れた地域で、安心して自分らしい暮らしを続けませんか

病気を持っていても可能な限り住み慣れた地域で自分らしく生活する為の相談窓口です。病院や関係機関と連絡調整を行います。

☑たとえば、

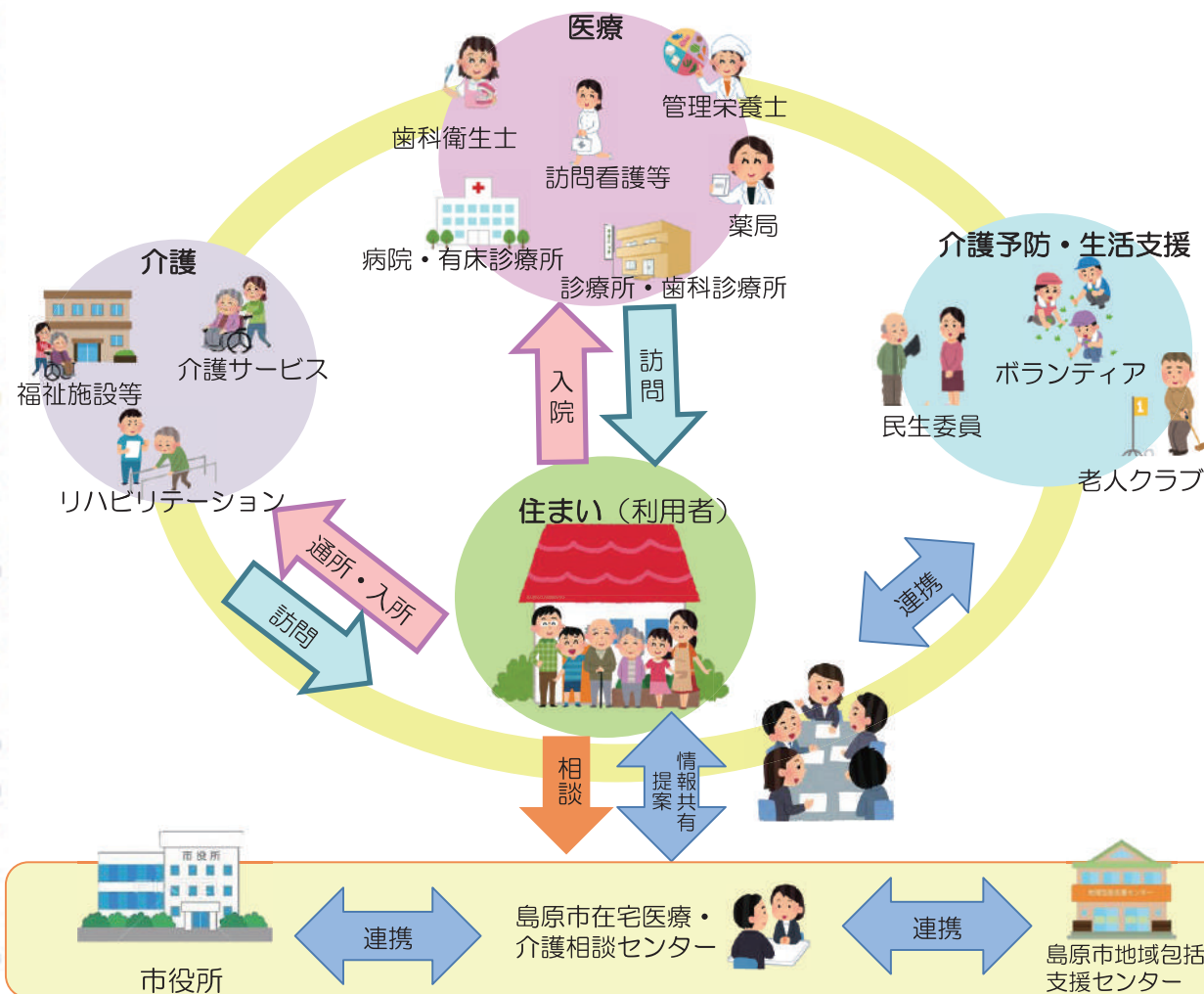
こんなことに思い当たったら、御相談ください

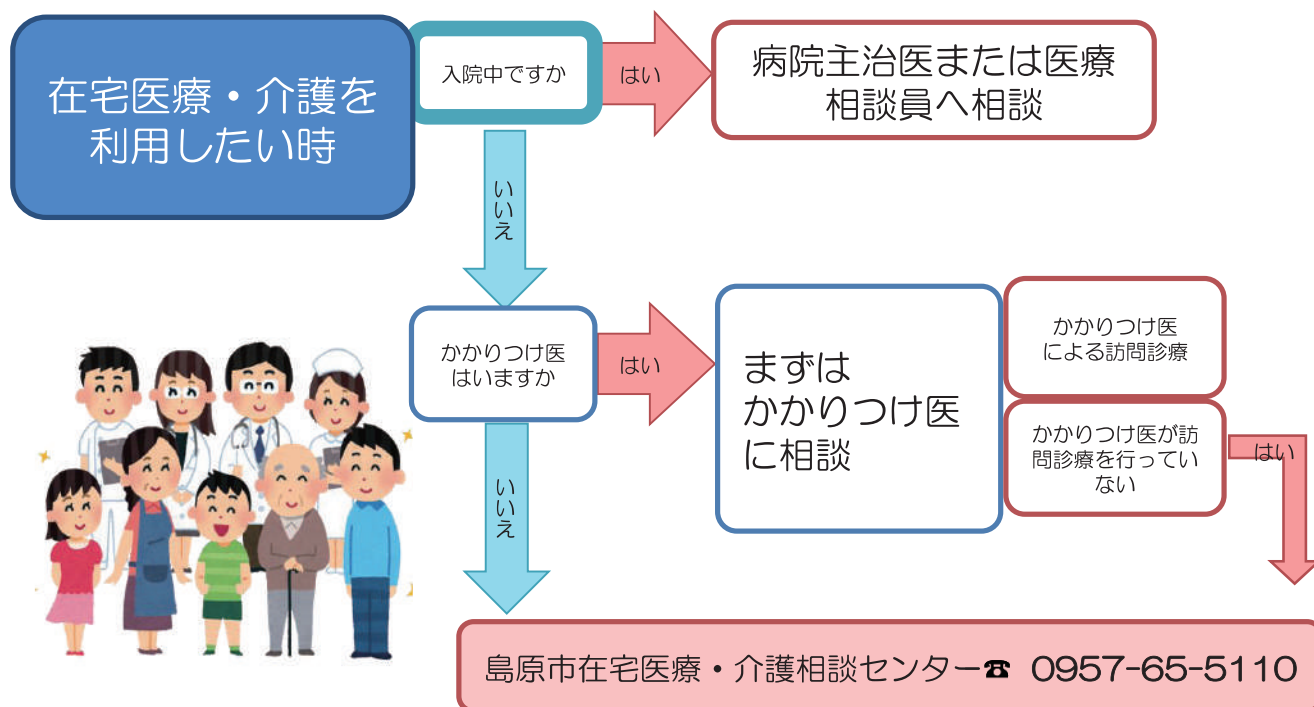
- ☐ 病気があるけど、家で生活したい！
- ☐ 往診をして欲しいけど、どの病院が往診してくれるかわからない。
- ☐ 歯科を受診したいけど、歯科まで行くことが出来ない。
- ☐ 訪問看護を利用したいけど、どこに連絡したらいいの？
- ☐ 病院から転院をするように言われたけど、どうしたらいいの？
- ☐ 自宅に訪問して薬の説明をして欲しい！



在宅医療・介護とは

医療機関などへの通院が困難となり、自宅などで医療や介護サービスを受ける事。





在宅医療・介護を支える人たち

自宅などで療養生活を送るためには、医師が行う治療だけではなく様々な職種のサポートが必要になります。

かかりつけ医・医療機関などの医師

普段の訪問診療や往診はかかりつけ医が、状態が悪化して検査や入院が必要になった時は医療機関の主治医が、状態に応じて診察・治療を行う。

看護師・保健師

医師の指示に基づいた医療処置、血圧・体温・脈拍など健康状態の確認、入浴や排泄などの療養生活の支援、栄養指導、リハビリテーション、家族への介護指導などを行う。

薬剤師

かかりつけ医の指示に基づく処方箋の調剤、医薬品や衛生材料の供給、薬の飲み合わせなど薬歴管理、薬の効果の説明、服薬指導、服薬状況と保管状況の確認など行う。

歯科医師・歯科衛生士

口腔内の診察、虫歯・歯周病などの治療、口腔内の清掃、誤嚥防止の指導・訓練など、訪問により継続的な口腔機能の維持、管理を行う。

栄養士

疾患、病状、栄養状態に適した栄養食事指導を行う。看護師やホームヘルパーと連携する場合もある。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

生活動作向上に必要な機能訓練などを行う。

ホームヘルパー（訪問介護員）

家事や炊事など身の回りの生活全般のサポートや身体介護など、日常生活の支援を行う。医療処置はできない。

ケアマネジャー（介護支援専門員）

本人や家族から相談を受け、ケアプランの作成や、介護サービス事業者との調整を行う。

民生委員・児童委員

常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努める。

ボランティア

自分でできることを自分の意志で周囲と協力しながら無償で行う。

在宅医療・介護連携 担当者把握のための「つながるメモ」

「医療」と「介護」の連携においては、早期に相談対応ができ、なおかつ関係機関の連携による一体的なサービス提供が求められています。

連携を推進するために医療と介護の関係者が把握できる「つながるメモ」を活用し円滑な連携が図られ本人・家族が安心して療養生活が送れることをめざしています。

「つながるメモ」 この『つながるメモ』は医療と介護の連携のために使用します。

島原市

記入日 令和 年 月 日

氏名 性別 男 女

生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

要介護認定 有 無 障害者手帳 有 無

記入者

●担当ケアマネジャー

記入日 担当者名 機関名

令和 年 月 日 名称 連絡先

令和 年 月 日 名称 連絡先

担当 民生委員

緊急 氏名 続柄 連絡先

連絡先

【ご本人同意欄】（□にチェック☑を入れてください。
□ 記載されている情報を、医療・介護の関係機関へ提供することに同意します。

【ご本人・ご家族様へ】
以下の時に医療・介護関係機関へご提示ください
・初めて医療機関や介護サービスを利用するとき
・「つながるメモ」の記載内容に変更があったとき

【医療・介護関係者様へ】
ご本人が利用されている医療機関・介護サービスをご確認いただき、必要に応じて、関係機関との情報共有にご活用ください。利用についての同意はご本人からいただいております。裏面に記載のない医療機関、サービスがありましたらご記入お願いします。

発行元：島原市在宅医療・介護相談センター

- ①記入者の欄には配布された事業所名、配布者等をご記入ください。
ご本人が記入される場合は『本人』とご記入ください。
記入は誰が行ってもよいです。

●かかりつけ医療機関（医科・歯科）

記入日 医療機関名 診療科目/担当医師名

令和 年 月 日 名称

令和 年 月 日 名称

令和 年 月 日 名称

令和 年 月 日 名称

令和 年 月 日 名称

令和 年 月 日 名称

令和 年 月 日 名称

令和 年 月 日 名称

令和 年 月 日 名称

●かかりつけ薬局

記入日 名称 担当薬剤師名

令和 年 月 日 名称

令和 年 月 日 名称

●利用しているサービス

記入日 サービス種別 サービス事業所名

令和 年 月 日 通所介護 通所リハビリ 訪問看護 訪問介護 その他（ ）

令和 年 月 日 通所介護 通所リハビリ 訪問看護 訪問介護 その他（ ）

令和 年 月 日 通所介護 通所リハビリ 訪問看護 訪問介護 その他（ ）

令和 年 月 日 通所介護 通所リハビリ 訪問看護 訪問介護 その他（ ）

令和 年 月 日 通所介護 通所リハビリ 訪問看護 訪問介護 その他（ ）

令和 年 月 日 通所介護 通所リハビリ 訪問看護 訪問介護 その他（ ）

令和 年 月 日 通所介護 通所リハビリ 訪問看護 訪問介護 その他（ ）

- ②歯科、眼科等の医療機関も記入をお願いします。

- ③『記入日』については記入された日をご記入ください。

- ④利用している介護サービス等を記入します。

- ⑤利用が終了しているところは二重線で取り消します。

保管方法

普段使用しているお薬手帳等に添付またはカバーに挟んで保管。



島原市在宅医療・介護相談センターや島原市地域包括支援センター・保健センターなどで配布しています。ご活用ください。