

はじめよう在宅医療・介護

～多職種の役割と連携の仕方～



作成：つまり医療介護連携センター 在宅マニュアル検討部会

(平成30年12月作成)

はじめよう在宅医療・介護 目次

1	はじめに	P 1
2	入退院に関する医療・介護連携について	
2-1	在宅から入院	P 1
2-2	入院後	P 1
2-3	退院調整	P 1
2-4	退院日決定から在宅へ	P 3
3	在宅における医療・介護連携について	
3-1	かかりつけ医の役割	P 5
3-2	訪問看護ステーションの役割	P 6
3-3	地域包括支援センターの役割	P 6
3-4	介護支援専門員の役割	P 7
3-5	主任介護支援専門員の役割	P 13
4	在宅（施設）看取りの医療・介護連携について	
4-1	在宅医療及び看取りに関する手引き	P 14
4-2	医師間の連携方法	P 15
4-3	かかりつけ医の看取り支援	P 16
5	資料編	P 17

1 はじめに

高齢者が病気になっても住み慣れた場所で暮らせる地域にするためには、在宅医療・介護の連携体制を充実させることが必要です。

そこで、これから在宅医療を始めるにあたり、病院及び在宅医療を支援する機関において、誰が、いつ、何を準備し、どんな連携をするかをまとめることにしました。

2 入退院に関する医療・介護連携について

利用者（患者）が入院する際の介護支援専門員及び地域包括支援センター担当者（以下「在宅担当者」）の役割についてまとめます。

2-1 在宅から入院

（1）急変時は在宅で対応するか、入院とすることをあらかじめ利用者及び家族の意向を確認しておきます。しかし、急に利用者が入院となる場合に備え以下のことを利用者及び家族に伝えておきます。

- ①入院となった場合は、電話等で在宅担当者まで連絡すること。
- ②入院時に必要とされるものを確認しておき、入院の際は病院へ持参すること（健康保険証、介護保険証、お薬手帳、在宅担当者の連絡先メモや名刺等）。
- ③かかりつけ医がいる場合は、かかりつけ医にも入院について連絡すること。

（2）「入院時情報提供書」（資料5参照）を作成して速やかに病院地域医療連携室（以下「連携室」）へ持参またはFAX送信します（平日日中は連携室へ、休日夜間は病棟へ）。なるべく3日以内の情報提供が望ましいとされていますが、むずかしい場合は取り急ぎ電話で情報を伝えて、後日「入院時情報提供書」を提出します。

※ FAX送信する場合は、番号のかけ違いなどによる個人情報の流出に十分留意します。

2-2 入院後

（1）利用者の病状や治療方針について、サービス利用時の指示事項確認、居宅サービス計画変更時の確認、福祉用具レンタルについてなど、主治医に意見をうかがう必要があるとき、あるいは、主治医へ生活の様子や体調などの報告が必要なときは、「主治医連絡票」（資料4参照）に必要事項を記入し、連携室へ提出します。

※病院によっては、利用者に文書料の負担が発生する場合もあるため注意します。

（2）あらかじめ退院後の家族の意向や希望についても聴取しておき、入院中に病院へ情報提供します。

2-3 退院調整

在宅担当者は次の手順で退院調整を行います。

- （1）連携室担当者と利用者についての情報交換を行います。
- （2）利用者へ病状や治療方針、退院についての説明が必要な時、主治医によるIC（インフォームド・コンセント）が行われます。病院や家族から同席依頼や在宅担当者が希望する場合は、入

院当初から病状や身体状況、今後の病態変化などをきき、退院支援に備えるため、連携室担当者へ依頼しておきます。

- (3) 連携室担当者からリハビリ見学、ケアカンファレンス、退院前訪問への同席依頼に対応します。また、在宅担当者が希望する場合は連携室担当者へ連絡して、病状や治療経過、入院中のADL、退院後継続される医療処置、処方内容等の情報を得ます。

介護力を含めた家族の状況を把握し、サービス利用意向等を確認の上、退院に向けて住環境を整備します。退院後の診療、介護サービスの利用、福祉用具の必要性については、関係者間で以下の手順で検討します。

- ①利用者が入院前から訪問診療を受けていた場合は、訪問診療医と連絡を取り、ケアカンファレンスへの参加を依頼します。医師の指示で診療所看護師のみ参加することもあります。
 - ②今回の退院後初めて訪問診療導入する場合は、入院前のかかりつけ医に相談し、かかりつけ医の訪問診療ができない場合は、他の訪問診療医へお願いすることの了承を得ます。訪問診療医が決まらないときは、つまり医療介護連携センターに相談してください。
 - ③ケアカンファレンスとサービス担当者会議を兼ねる場合は、居宅サービス計画原案で選定したサービス担当者の参加を依頼し、カンファレンス実施時にその計画原案を持参し配布します。
- (4) 病院では必要に応じて、利用者・家族向けに栄養指導、服薬指導、日常生活指導、医療処置に関する指導が実施されるため、退院後の生活支援にかかわる在宅担当者またはサービス担当者も参加できるよう連携室担当者へ調整を依頼します。

※ 用語のポイント

【IC（インフォームドコンセント）】

患者（利用者）・家族が病状や治療について十分に理解し、また、医療職も利用者・家族の意向や様々な状況や説明内容をどのように受け止めたか、どのような医療を選択するか、利用者・家族、医療職、ソーシャルワーカーや在宅担当者など関係者と互いに情報共有し、みんなで合意するプロセスである。

【ケアカンファレンス（退院前カンファレンス）】

利用者とその家族や病院関係者、在宅医療介護関係者が集まり、利用者や家族が安心して生活できるための支援を検討する場である。

<目的と効果>

- ・利用者や家族の意向や希望、総合的な支援方法を共通理解できる。
- ・関わる専門職種及び利用者や家族が、退院までに必要となる準備やプロセスを確認できる。
- ・退院後の療養生活に向けて、解決すべき課題をお互いに共有し検討できる。
- ・退院後必要となるサービスや支援内容を相互に理解できる。
- ・支援メンバーの相互の役割を明確にできる。

【リハビリ見学】

利用者のリハビリを見学することで、病院関係者や在宅支援の専門職が利用者の現在のADL状況や今後の見通し、退院に向けての課題等を把握し、退院先や必要なサービスの検討材料とする場。担当しているPT(理学療法士)・OT(作業療法士)・ST(言語聴覚士)からの指導事項を確認することもでき、退院前カンファレンスと同時に実施する場合が多い。

【退院前訪問】

退院後の円滑な生活を整えるために、利用者の自宅に看護師、リハビリスタッフ等と退院後の支援をする在宅担当者等と一緒に訪問する。また、訪問結果をふまえて、病院では自宅の住環境や利用者の状態に応じた指導を退院に向けて行う。

【退院前指導】

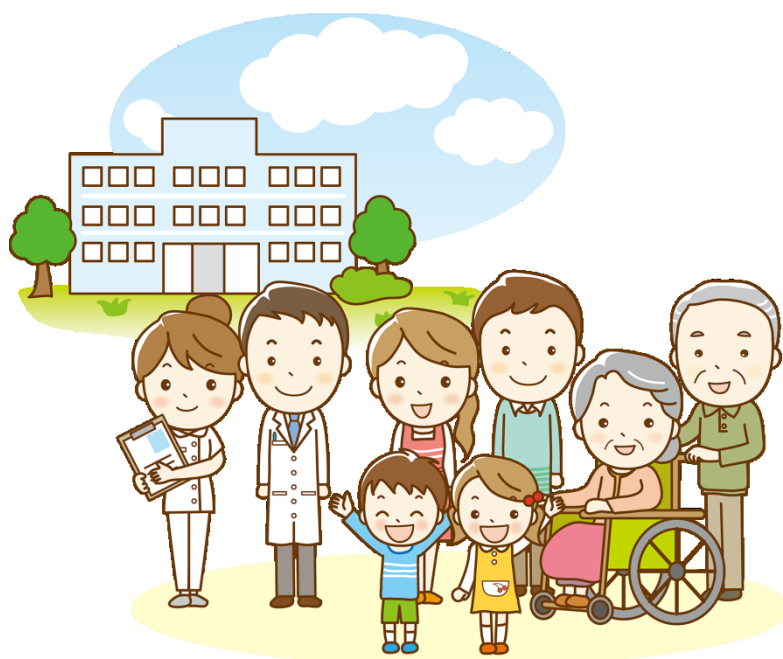
退院後、利用者やその家族に必要な手技指導を、管理栄養士、薬剤師、看護師、リハビリスタッフ等の専門職が行う。

<指導内容>

- ・リハビリ指導：歩行や移動、移乗等。
- ・栄養指導：嚥下食、カロリー制限食、塩分制限食のつくり方、摂取方法等について
- ・服薬指導：処方内容、服薬方法、管理方法等について
- ・日常生活指導：おむつ交換、体位変換、移乗方法等について
- ・医療処置に関する指導：フォーレやストマの管理、褥瘡処置、経管栄養、たん吸引の方法等について

2-4 退院日決定から在宅へ

- (1) 退院日が決まったら、連携室担当者と連絡を取り合います。退院前に準備すべき福祉用具や医療機器（吸引器等）の手配を行い、介護予防サービス計画や居宅サービス計画で選定したサービス事業所に、退院日及びサービス開始日を伝えます。
- (2) サービス担当者会議はサービス開始前に行われることが原則です。病院で開催する場合は、連携室担当者に開催場所の確保を依頼します。会議は利用者の意向を十分配慮します。
- (3) 退院時に病棟から提供される看護サマリ(資料6参照)を確認し、サービス担当者と情報を共有します。退院後スムーズにサービスを開始するために、連携室担当者へ依頼して事前に看護サマリを受け取る場合もあります。
- (4) 介護予防サービス計画(資料1・3参照)や居宅サービス計画(資料2・3参照)の写しを連携室担当者へ提供します。



入退院時の病院及び在宅担当の連携業務の流れ

項目	病院担当者	在宅担当者
在宅		<ul style="list-style-type: none"> □利用者及び家族の意向を確認しておく (かかりつけ医の把握、急変時の対応など) □利用者の入院を早期に把握するための説明をしておく <ul style="list-style-type: none"> ・入院した場合は、在宅担当者に連絡を入れる ・入院の際の必要物品の準備 「医療保険証・介護保険証・お薬手帳・在宅担当者の名刺」を入院の際には必ず持参するようにわかるようにしておくこと ・かかりつけ医がいる場合は、かかりつけ医に入院について連絡する(資料4参照)
入院時	<ul style="list-style-type: none"> □入院時情報収集 <ul style="list-style-type: none"> ・入院前の状況、家族状況、介護保険利用状況(在宅担当者、サービスなど) □退院支援スクリーニング <ul style="list-style-type: none"> ・在宅担当者がいる場合やハイリスク患者を中心に □退院支援担当者決定(連携室) □在宅担当者に入院の連絡 <ul style="list-style-type: none"> ・病名、予定される入院期間、病状等 予測される状況から、入院中の支援に関して意見交換する ・入院時情報提供依頼 	<ul style="list-style-type: none"> □入院の確認 <ul style="list-style-type: none"> ・地域連携室に連絡を入れ、入院病棟・診療科・担当者を確認する □入院情報提供書の作成(資料5参照) <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況や生活環境等必要な情報を、病院(連携室)へ持参する(原則入院3日以内) (入院時情報提供加算)
入院中	<ul style="list-style-type: none"> □病棟・連携室担当のカンファレンス □退院支援計画立案・実施 <ul style="list-style-type: none"> ・病棟、連携室、リハビリ等の情報交換・カンファレンス ・在宅担当者がいない場合は、利用者のサービス利用意向を聞き取り、必要時介護認定申請を進める(資料14参照) ・患者の病状、ADLの変化等により、在宅担当者に状況連絡 □病状説明の際、必要時在宅担当者に同席依頼(カンファレンス実施) □リハビリ見学・ケアカンファレンス調整・在宅担当者、家族、リハビリ等 (介護支援連携指導…2回算定可能) □リハビリ見学・ケアカンファレンス実施 <ul style="list-style-type: none"> ・入院経過、病状・ADL、リハビリ状況確認 医療処置等の情報提供 ・必要な退院指導、退院後のかかりつけ医などの確認 ・退院後に必要なサービスを確認 □カンファレンスを受け、必要な退院指導の実施、リハビリ継続 □退院前カンファレンス実施(必要時調整) <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医・看護師、訪問看護師等の参加 (退院時共同指導加算) 	<ul style="list-style-type: none"> □必要時、主治医による病状説明に同席する <ul style="list-style-type: none"> ・疾病状況や予後を知ること、退院時の状態変化に備える □退院後の支援に向けた調整 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の病状について情報共有する ・状態像が大きく変わる場合は、施設入所の意向確認や在宅復帰に向けて区分変更申請等の支援を行う □リハビリ見学・ケアカンファレンス参加 <ul style="list-style-type: none"> ・サービス調整に必要な在宅関係事業所の参加を要請し、状態像や課題について共通認識を持つ ・ADLのゴールについて、リハビリ担当者(PT・OT・ST)と利用者及び家族の意向とのすり合わせを行う ・病状・ADL、リハビリ状況の確認をし、利用者や家族の意向を確認した上で、退院後に必要となるサービスを検討する ・退院後の診療について通院か訪問診療が必要かを検討する ・退院までに完了すべきことを確認する 住宅改修、福祉用具の設置、医療機器の準備 家族による介護技術の習得等 □上記のカンファレンスを経て、居宅サービス計画の原案を作成する
退院見込み		

	病院担当者	在宅担当者
	<input type="checkbox"/> 退院予定日確認（在宅担当者に連絡）	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス参加 <ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議を兼ねる場合は、病院（連携室）へ事前に報告する 居宅サービス計画原案に位置付けた介護サービス事業所担当者に参加を要請する 退院前の利用者の状態を最終確認し、居宅サービス計画原案を検討し、居宅サービス計画を作成する <input type="checkbox"/> 退院日確認 <ul style="list-style-type: none"> 在宅サービス開始日の決定
退院	<input type="checkbox"/> 準備 <ul style="list-style-type: none"> 看護サマリ 再来日確認 必要時、かかりつけ医への紹介状 （入退院支援加算） <input type="checkbox"/> 退院後の状況確認 <ul style="list-style-type: none"> 在宅担当者から情報提供があった場合は内容に応じて対応する 訪問看護の指示書を出した場合は、退院後の生活状況報告を受ける 	<input type="checkbox"/> 確認 <ul style="list-style-type: none"> 看護サマリを受け取り、各介護サービス担当者へ情報提供すべき内容の確認をする サービス担当者会議を開催する（退院時カンファレンスと兼ねて行われなかった場合） 居宅サービス計画を1部病院（連携室）へ提供する。 退院後のかかりつけ医へ居宅サービス計画を提供する。 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの提供状況の確認 <ul style="list-style-type: none"> 必要時病院へ情報提供する 利用者の生活状況の確認と居宅サービス計画に過不足や修正すべきことが無いかモニタリングする 必要時かかりつけ医へ情報提供する

3 在宅における医療・介護連携について

地域で利用者を支援するには、生活を支えるだけでなく、心身の状況や家族関係にも配慮しなければなりません。そのためには様々な関係機関との連携が必要です。そこで、在宅での医療・介護連携の要となる職種の役割についてまとめます。

3-1 かかりつけ医の役割

在宅ではかかりつけ医を中心に利用者を支援することになります。高齢者には心身の状況や病気に応じた見守りや支援が計画されなければなりません。そのためには、かかりつけ医は病院主治医と医療情報を共有し、在宅担当者と居宅サービス計画について協議することが必要です。利用者が自宅で安心して過ごすためには、医療と介護が連携することで、病状変化を早期に発見して治療や対応をすることが最も大切です。かかりつけ医は在宅担当者から退院時の情報を受けて、利用者の心身の状況を判断の上、観察の要点や注意が必要な点を在宅担当者及び訪問看護師に指示します。この際の情報のやり取りは文書または電話、ICT 連携システム等のどれで行うのかを、在宅担当者とあらかじめ決めておきます。こういった情報交換を通じて顔の見える良い関係を築いていくことが重要となります。（資料4参照）

利用者が自宅での看取りを希望する場合は、かかりつけ医を中心に在宅担当者及び訪問看護師等が連携して支援します。看取りでなくとも急変が想定される利用者も同様です。

3-2 訪問看護ステーションの役割

病気や障がいがあり、自宅での療養生活に支援が必要な利用者には、かかりつけ医の指示のもと(資料7参照)、訪問看護ステーションから看護師や理学療法士等が訪問して看護ケアを提供します(P16 妻有地域訪問看護ステーション一覽参照)。かかりつけ医の指示のもと、在宅担当者、サービス事業者等の多職種と連携しながら「自立への援助」及び「その人らしい療養生活の支援」を行います。

主な看護ケア

- ① 健康管理
病気や障がいの状況等をチェックして異常の早期発見や対応、受診の助言をします。
- ② 医療処置
かかりつけ医の指示に基づく処置(たん吸引・褥瘡・胃ろうなどの管の管理・注射・点滴等)や医療機器の管理をします。
- ③ 在宅療養のお世話
身体清拭、排泄の介助、洗髪、足浴、入浴介助、口腔ケア、内服管理・指導等をします。
- ④ 在宅のリハビリテーション
機能回復のための訓練(拘縮予防・嚥下訓練・呼吸リハビリ等)をします。
- ⑤ 介護予防・相談
低栄養、運動機能低下の予防、病気の悪化・重症化予防の相談や助言をします。また、小児疾患や認知症・精神疾患等の相談や助言をします。
- ⑥ 終末期ケア
がん末期の緩和ケアや看取り、家族の支援をします。

3-3 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターの設置主体は市町で、保健師(又は経験のある看護師)、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種が配置されています。地域で暮らす高齢者の介護予防や日々の暮らしを多職種と連携しながら、さまざまな側面からサポートすることを主な役割としています。

具体的な業務内容

- ① 介護予防ケアマネジメント：要支援1、2と認定された人や、総合事業対象者支援や介護が必要となる可能性のある人が自立して生活できるよう、介護保険や介護予防事業などで個別計画を作成しサービスの提供支援をすることです。
- ② 総合相談：高齢者のよろず相談窓口。介護に関する相談のほかさまざまな相談を受け、関係機関と連携をとって対応します。
- ③ 権利擁護：高齢者虐待対策や成年後見制度利用支援など、高齢者の権利を守るため、関係機関と連携をとって対応します。
- ④ 包括的・継続的ケアマネジメント：暮らしやすい地域にするため、介護支援専門員を中心とした関係機関とのネットワークを整備します。

地域包括支援センターは上記業務内容以外に、介護支援専門員及び関係機関の相談役としての役割があり、住民の生活支援を行う「連携の中心としての機能」が求められています。

さらに、活動の中で得た地域の課題を市町に報告して改善点を提案するなど大きな役割を持っています。地域包括支援センターは十日町市に委託型が5か所、津南町直営が1か所あります。(P16 妻有地域の地域包括支援センター一覧参照)

3-4 介護支援専門員の役割

介護支援専門員は、利用者からの相談に応じ、その心身の状況に応じた適切なサービスが提供できるよう関係機関(資料11参照)と連絡・調整を行い、利用者が自立した日常生活を営むために必要な援助を行います。

(1) 初回訪問

初回訪問の心構え

初回訪問は利用者との信頼関係を築く第1歩なので、不備のないように注意します。訪問面接の日にちや時間をあらかじめ連絡し承諾をとって訪問します。初回訪問では、個人記録票に記入できる情報を得ておきます。

独居高齢者や認知症の利用者の場合は、代理人(親族)や立会人(民生委員等)の同席をお願いし、記名、押印して頂くことも想定しておきます。

① 持ち物確認

- 名刺 名札 資格証 社員証 介護保険パンフレット
- 介護保険ガイドブック サービス事業所情報 介護認定申請用紙
- 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書 契約書及び重要事項説明書各2部
- 個人情報の使用に係る同意書及び説明書(必要時 ICT 連携システム使用等含む。)
- アセスメント用紙
- 福祉用具購入及び住宅改修・レンタル用品についてのパンフレット等申請書一式(必要時)
- 介護サービス利用料資料 朱肉
- 社会福祉法人等利用者負担軽減制度申請書及び介護保険負担限度額認定申請書(特定入所サービス費) 紙おむつ等給付券申請用紙 地域の社会資源情報等

② あいさつ

玄関先で所属と氏名を名乗ってあいさつをします。通された部屋で名刺を渡して所属と氏名を改めて名乗り、訪問の趣旨を説明します。

③ 利用者・家族への説明

利用者が福祉用具の貸与や訪問系のサービスを受ける時は、家族以外の方が家に入ることになります。メリットとデメリットがあることを説明し、サービスを受ける場合は秘密保持の説明や立ち入れない箇所などの聞き取りを行います。

④ 要介護認定資格の確認

40～64歳までの人は16の特定疾病に該当していることを確認します。また、要支援になった場合は地域包括支援センターが担当する場合があることを説明します。

⑤ 介護認定の有無の確認

すでに介護認定を受けている場合は、介護保険証と介護保険負担割合証を確認します。認定済の介護保険証のコピーが必要である旨を説明して了解をもらい、一時預かるかハンドスキャナ

一等で取り込みます。

- ⑥介護保険パンフレットを利用し、申請からサービス利用にいたる流れを説明します。
- ⑦居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書に記名・押印をいただきます（届出日はサービス利用開始前であること）。
- ⑧居宅介護支援契約書及び重要事項説明書、個人情報の利用に係る同意書の内容を説明し、記名・押印をいただきます。特に高齢者は耳が遠いことや新しいことを理解するのに時間がかかることを考慮し、繰り返し分かりやすい言葉で丁寧に説明します。
- ⑨社会福祉法人等利用者負担軽減制度の対象になるか、世帯全員の所得状況も把握します。所得の状況により軽減制度の対象になる場合がある事を伝え、分かる範囲で所得状態を確認します。
- ⑩特に独居高齢者や困難事例については、利用者や家族の了解を得て地区民生委員に連絡して「今度〇〇さんの担当介護支援専門員になった」旨を報告し、必要時の協力をお願いします。

(2) アセスメント

利用者や介護者の反応を見て、必要な項目を順次聞き取り、面接時間は1時間から1時間半くらいに終了するよう配慮します。

- ①心身の状況確認：介護認定審査結果・主治医意見書等の情報開示を市町の保険者に請求し情報を得ます。さらに、利用者や家族から既往歴、生活状況を聞き取ります。お薬手帳等で内服状況を確認して食事や生活への影響を判断します。
- ②利用者の困りごとやどのように生活したいか意向を確認します。
- ③生活環境の確認：以下の項目について観察・確認します。
 - 高床式の家か 玄関までの段差があるか 上り框は高いか トイレ・風呂はどうか
 - 家の中はバリアフリーか 段差があるか 廊下は車いすが通れるか 手すりはあるか
 - ベッドはおけるか スムーズに移動ができるか 介護しやすいか
 - 家の間取りはどうか 利用する部屋の使い勝手はどうか 動線はどうか
 - 除雪の雪投げ場はあるか 駐車するスペースはあるか
 - 親せきはあるか 支援してくれる人はいるか 自宅の近くにお店があるか
- ④家族への支援：家族の健康状態や困り事の確認をします。また、サービスの種類や事業所の説明を行います。利用者希望のサービスだけでなく、利用者が自分に合ったサービスを選択できるようにわかりやすく説明します。さらに、説明したことを記録に残してサインや押印をもらっておきます（平成30年4月から必須）。福祉用具購入や住宅改修が自費分がかさんで利用者の経済的負担にならないように注意するとともに、必要に応じて介護保険制度以外の制度についても紹介します。



(3) 介護予防サービス計画及び居宅サービス計画書原案作成

①利用者及び家族の意向をふまえ、援助方針を示します。

②アセスメント結果をもとに利用サービスを入れて居宅サービス計画書原案を作成します。

③基本的には、居宅サービス計画書原案ができれば、かかりつけ医から意見をもらいます。

(ア) 医師に会える場合は、医師面接の日時を、あらかじめ医療機関の担当者に連絡して予約します(資料12参照)。

初回は名刺を持参して「今度〇〇さんの担当介護支援専門員になった」旨を報告し、利用者の病状・治療について情報をもらいます。また、利用者の受診時に同行する方法もありますが、その場合もあらかじめ利用者・医師の承諾をとっておきます。特に訪問歯科診療や訪問看護、訪問栄養指導、訪問薬剤指導等の医療系サービスが必要な場合は早めにかかりつけ医の指示を確認します(主治医連絡票参照)。

県立十日町病院・県立松代病院・町立津南病院は連携室を通じ連携します(資料11参照)。

(イ) 医師に会えない場合は、電話や主治医連絡票を活用して報告し、指導を受けます。

④介護事業所へサービス利用の調整を行います。

⑤サービス担当者会議の準備

(ア) サービス事業所やかかりつけ医等の参加について、日程調整を行います。かかりつけ医が参加できない場合は、面接時に意見を聞くほか、主治医連絡票を使って得た意見を会議に反映させます。医師への結果報告は必ず行います。

(イ) 困難事例の場合などは事業所内の主任介護支援専門員等に相談し、担当者会議の進め方や課題の提示の仕方などをシュミレーションしておきます。

(ウ) 個人票・居宅サービス計画原案をサービス担当者会議参加者に事前に配布します。

(4) サービス担当者会議の開催

①在宅担当者はできる限り利用者と介護者が参加できる日時に設定します。欠席者の意見は事前に照会し、会議で報告します。

②利用者及び家族の意思に沿った計画か、各事業所での到達目標や支援内容が妥当かなどを検討します。

③サービス提供に当たって、利用者の希望や留意する点を担当者で共有して円滑に利用できるよう配慮します。

(5) 居宅サービス計画書の確定及び配布(資料2・3参照)

①確定した居宅サービス計画書に利用者の記名・押印をいただきます。

②居宅サービス計画書のコピーを、利用する各事業所に提供します。かかりつけ医へは主治医連絡票を添付して提供します。

③提供したことは支援経過記録に記録します。

(6) 計画の適正について

利用開始1週間後をめぐりに、サービスの感想や今後の継続について利用者及び家族に確認します。必要があれば計画を修正します。

(7) モニタリング

- ①毎月利用者へ家庭訪問し、計画の適正と翌月の居宅サービス計画書の確認を行います。
- ②利用者及び家族の心身の状況や経済的・物理的環境に合わせて計画の内容調整を行います。
また、下記の点について確認します。

チェック項目

- 居宅サービスの回数、曜日、時間等が計画どおりに実施されているか
 - 居宅サービスについて利用者が満足しているか
 - 居宅サービスが介護者の負担軽減になっているか
 - 新たな課題が発生していないか
 - 定期的に利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面談し記録しているか
(居宅介護支援事業所月1回、地域包括支援センター3か月に1回)
 - モニタリングの結果を「モニタリング表」に記録しているか
 - サービス提供事業者から状況確認ができていますか
 - サービス提供事業者が作成した「個別サービス計画」を入手し、実施状況を確認したか
 - 必要時は主治医にモニタリング結果を報告したか
 - モニタリングをもとに、定期的に援助目標について見直しが行われているか
 - 苦情には迅速に対応したか
- ③モニタリングによって、居宅サービス計画の変更や修正が必要な場合は、再度アセスメントを行い、サービス担当者会議や照会などにより関係者間の調整を図り、居宅サービス計画の見直しを行います。
 - ④変更後の居宅サービス計画書はコピーして利用する事業所に各々提供します。
※介護支援専門員には、訪問介護事業所等から伝達された利用者の服薬状況や口腔に関する問題、介護支援専門員自身がモニタリング等の際に把握した利用者の状況について、かかりつけ医や歯科医師、薬剤師に必要な情報を伝達することが義務づけられています。

(8) モニタリング計画業務管理

受け持ちの利用者のモニタリング計画は、毎月業務確認表でチェックして、適切かつ確実に
行います。

(9) 多職種との連携

①かかりつけ医

高齢者が生活を維持するためには病気と上手につき合うことが大切です。在宅担当者はかかり
つけ医と密に連携をとって、かかりつけ医との面接や主治医連絡票等を通じて得た注意事項や
処方薬の留意点、今後予想される病気の予防法など、関係者で共有すべき情報を確認して病名
や治療方針に沿った支援を計画します。



医師等と連絡を取る時のポイント

- ① 面接の日時をあらかじめ医療機関に連絡し予約しておきます。(資料 12 参照)
- ② 利用者の「病名」や「どんな病気か」「生活上注意すべき事項」等の相談項目を準備します。
- ③ 利用者の治療方法など、一般的なことについての下調べをしておきます。
- ④ 初回は名刺を持参し、「今度〇〇さんの担当介護支援専門員になった」旨を報告し、利用者の病状・治療について情報をもらいます。また、利用者の受診時に同行する方法もありますが、その場合もあらかじめ利用者・医師の承諾をとっておきます。
- ⑤ かかりつけ医と今後の連絡方法について決めます。(面接あるいは電話、ICT 連携システム、主治医連絡票等)(資料 4 参照)
- ⑥ 訪問歯科診療や訪問看護、訪問栄養指導、訪問薬剤指導等の医療系サービスが必要な場合は、早めにかかりつけ医に相談して指示を受けます。

②歯科医師や薬剤師、在宅管理栄養士

在宅支援には、口腔ケア、服薬、栄養等の視点も大切です。訪問歯科診療や訪問薬剤指導、訪問栄養指導など、専門職からの指導が必要かどうかを担当者会議等で検討します。実施にはかかりつけ医の指示が必要になるので、在宅担当者は医師との調整を十分行います。

(ア) 訪問歯科診療：利用者の義歯が合わない、飲み込みが悪くむせる、誤嚥性肺炎を繰り返すなど、下記の口腔トラブルについての相談・健診・指導・治療が受けられます。(資料 10 参照)

- 入れ歯がこわれた 歯がぐらぐらする よくむせる 物が飲み込めない
よく噛めない 口臭がする 肺炎をくりかえす その他

かかりつけの歯科医に相談しますが、いない場合は在宅歯科医療連携室に相談してください。

(イ) 訪問薬剤指導：残薬や服薬指導、末期がん患者の鎮痛薬指導をかかりつけ医の指示で行います。下記の状況がある場合は、利用者及び家族の希望をきいて調整を行います。(資料 8 参照)

- 内服の残薬が多い 服薬の管理方法がわからない 飲み方がわからない
副作用が怖い、薬効が理解できない 多くの医療機関からの内服薬が重複している
その他

(ウ) 訪問栄養指導：在宅管理栄養士がかかりつけ医の指示で行います。妻有地域では診療所での栄養相談や訪問栄養指導を希望する場合、かかりつけ医が医師会を通じて、県栄養士会十日町支部へ在宅管理栄養士の派遣を依頼する「地域栄養サポートシステム」(資料 9 参照)が利用できます(十日町地域栄養サポートシステム参照)。利用者の飲み込みが悪い場合、自宅を訪問して食事形態や栄養摂取状況、調理方法、食材の購入状況等まで把握して栄養指導を行うため、大きな効果が期待できます。下記の状況がある場合は、利用者及び家族の希望をきいて調整を行います。

- 病気に合った食事内容が知りたい 栄養を考えた調理方法が知りたい

- 飲みが悪いが食事形態を知りたい 食が細くなったが口から食べさせたい
介護食品や栄養食品を知りたい その他

(エ) 訪問リハビリテーション：理学療法士や作業療法士、言語聴覚士などのリハビリ専門職がかかりつけ医の指示で、要介護認定者(要支援は予防リハビリ)の自宅を訪問しリハビリテーションを行います。家屋改修後の設備や福祉用具などの環境整備、機能訓練、ADL 訓練、食事の環境整備や摂食嚥下機能訓練、コミュニケーション訓練など身体面・精神面の活動性の向上を目的とします。日常生活の自立や利用者が自分らしく暮らすために生活する地域に出向き、リハビリテーションの立場から行われる支援です。

また、訪問リハビリテーションを実施している医院へかかりつけ医から紹介することもできます。下記の状況がある場合は、利用者及び家族の希望をきいて調整を行います。

- 寝たきりのためリハビリに通えない 本人がデイケアなどへ行くことを嫌がる
個別のリハビリをもっと受けたい 身体介助の方法を知りたい
飲み込みの指導をしてほしい その他

③介護関係者

居宅介護支援専門員をはじめとする通所介護や通所リハビリ、訪問介護員、短期入所、福祉用具、小規模多機能型居宅介護等の介護保険事業所の職員をいいます。居宅介護支援専門員の居宅サービス計画に基づき、直接支援を行う関係機関です。利用者支援では情報共有が重要ですので、担当者会議等で問題点を十分検討して方針を統一しておきます。(資料 11 参照)

(10) インフォーマルサービスとの調整

医療や介護関係者のほかに、地域にはご近所や親せき、民生委員、自主防災組織等の人的資源があります。公的サービスのみでなく、こういった人々が日ごろの利用者を支えていますので、支援側からの連携が大切になります。

①近所や民生委員

地域の方との関係はとても大切です。特に高齢者のみ世帯などは、地域の方の何気ない見守りが重要になります。情報をキャッチする連絡体制を明確にして、せっかくの情報が関係者に届かないことがないように、具体的な連絡先などを伝えてお願いしておくことが大切です。担当者会議への参加をお願いに、居宅介護支援専門員が訪問して調整を図ります。

②親せき・知人

家族以外に協力が得られる近い親せきや親しい知人がいるかを把握し、協力をお願いすることが大切です。具体的に「どんな支援をしてもらえるか」や「緊急時の連絡先」を確認します。

③地域組織等

妻有地域は豪雪地であり、高齢者の多い地域では除雪が課題になります。地域によってはNP Oや集落安心づくり事業、夢雪隊、自主防災等の組織もあるので、活用を考えます。また、社会福祉協議会が実施しているスマイルポイント制度や地域の配食サービス(コンビニ配食サービスや配食事業者の配達等含む)、松代地域振興会が行う「高齢者見守り隊」なども必要時に利用を勧めます。さらに、災害時は自主防災組織が避難を手伝うことになりますので、あらかじめ利用者との相談が必要です。民生委員や福祉協力員といった方の協力が得られる場合もあるので、氏名や連絡先を確認しておきます。バス路線から外れた地域では、受診時にデマンド型

乗合タクシー等の利用を勧めます。各地域の特徴があるので、在宅担当者等は地域の情報を常に把握しておきます。

④福祉制度の紹介と申請支援

介護保険制度のみでなく、高齢者福祉及び障がい者福祉制度など他の制度を効果的に取り入れて支援します。制度について説明ができるよう準備をします。それがむずかしい場合は、市や町の担当者に相談するなど、連携して支援します。利用できる制度を見逃すことのないよう配慮します。

⑤施設への入居支援

自宅以外の介護保険施設（介護療養型施設、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）や認知症グループホーム、地域密着型施設のほか、老人福祉法に基づいたケアハウスや養護老人ホームの施設、民間で運営する高齢者専用住宅やサービス付き高齢者住宅等々の利用者の生活の場の確保を支援します。

3-5 主任介護支援専門員の役割

介護保険法では、主任介護支援専門員を設置し、介護支援専門員から相談を受けて支援をする体制があります。主任介護支援専門員は地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所で、地域全体の課題を解決する視点を持って業務に取り組むことが求められています。主任介護支援専門員は介護支援専門員を一定期間経験した者のうち、主任介護支援専門員研修を修了した者とされています。

主任介護支援専門員の役割（地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所）

（1）介護支援専門員への個別支援 ※施設・居住系サービスの介護支援専門員を含む

①介護支援専門員へのコーチング

②困難な事例対応における受託支援、指導・助言

新規受託時等の同行訪問、サービス担当者会議の開催の支援や同席

③スーパービジョン（個別事例に基づく地域ケア会議等）

④介護支援専門員と地域との連携や行政への働きかけ等に関する支援

（2）介護職員等における人材育成の実施・支援

①研修会、勉強会、事例検討会の計画・実施

②研修における講師・ファシリテーター

（3）ネットワークづくり及び社会資源の創出

①介護支援専門員と介護サービス事業者や医療機関とのネットワーク構築

②介護支援専門員と行政、多職種とのネットワーク構築

③介護支援専門員及び主任介護支援専門員間のネットワーク構築

④各地域包括支援センターの主任介護支援専門員との連携（主任介護支援専門員部会開催）

⑤地域課題の抽出（地域ケア会議開催の働きかけ）

⑥地域における社会資源（保健医療福祉その他インフォーマルも含む）等に関する情報収集及び情報の提供

4 在宅（施設）看取りの医療・介護連携について

4-1 在宅医療及び看取りに関する手引き

高齢者介護の基本は「尊厳の保持」です。看取り介護でも同様に利用者および家族の望みを受け入れながら、安らかな最期を迎えることができるよう支援します。

最期まで充実した時間を過ごせるよう環境整備をすることや、看取りに向けた日々の生活を支えることは、在宅担当者はじめ専門職の大切な役割であるといえます。

また、十分に意向を聞き取り、納得して「最期を安らかに過ごす場所」を選択できるようにすることが大切です（資料15参照）。

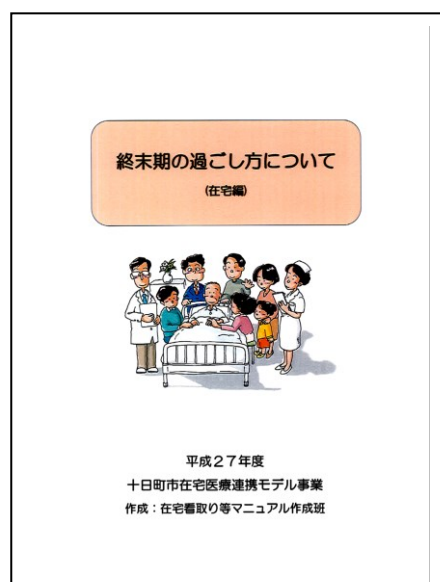
説明や情報が不十分であったがゆえに、家族がその決断に悔いを残すことのないよう十分に配慮しなければなりません。看取り介護は家族の日常的なケアの延長にあるので、かかりつけ医や訪問看護師、在宅担当者、介護関係者等の専門職種が連携して支援することが重要になります。

十日町市が在宅医療モデル事業において、在宅医療と介護の連携のために、関係者の指針として「在宅医療及び看取りに関する手引き」を作成しましたので、参考にしてください。

また、多職種間で情報共有ツールとしてICT連携システムが利用されています。



在宅医療及び看取りに関する手引き



利用者向けパンフレット



4-2 医師間の連携方法（協力医師等）

—平成 27 年度十日町市作成「在宅医療及び看取りに関する手引き」より抜粋—

医療と介護の連携及び協力医師について

在宅での看取りは家族の心身の負担が大きいため、関係する医療や介護の関係者が連携して支援することが必要です。

(1) 担当国会議等の連携について

利用者や家族の意向を聞いて、今後の対応を検討する担当国会議を行います。

担当国会議には居宅サービス計画に変更が生じた場合に自宅等で行う担当国会議と、病院退院時の病院と在宅医療・介護の関係者が行う退院時担当国会議があります。

また、利用者や家族が心身の状態をかかりつけ医や訪問看護師、訪問介護員に直接相談することもあります。そういった日ごろの相談の中から状態変化の重要な情報が得られる場合もあり、それらを関係者で共有することが重要です。

(2) ICT連携システムの活用

在宅での医療・介護の連携では、利用者の情報を「正確に」「早く」支援する医療や介護の関係者間で共有し、緊急に備えることが基本になります。

十日町市では情報共有手段の 1 つとして ICT を利用したネットワークシステム「つまりケアネット」を開発し、関係者の連携体制を整えました。

情報共有システム「つまりケアネット」の利用は、以下の手順で行います。

- ① 担当の居宅介護支援専門員はかかりつけ医と相談の上、在宅の利用者を支援する「在宅医療連携チーム」をつくります。
- ② 担当の居宅介護支援専門員は、「つまりケアネット」の「情報共有システム利用グループ申請」を行います。
- ③ チームの各事業所担当者は「情報共有システム利用登録申請書」を市へ提出する。
- ④ 在宅医療の継続として、あるいは退院後ターミナルケアとして、在宅での終末期ケアを行う場合は担当の居宅介護支援専門員が、利用者及び家族の意向を「在宅での終末期ケアについての事前調査書」で聴取しておきます。

また、その「事前調査書」を「つまりケアネット」の添付機能を使って、連携チーム間で共有しておきます。

- ⑤ かかりつけ医が終末期ケアについて家族に説明した場合には、訪問看護師は家族より「終末期ケアについての同意書」に署名してもらい、かかりつけ医に提出します。

(3) かかりつけ医と協力医師について

訪問する診療所には「患者さんの要請時に往診する医師」及び「定期的に訪問診療をする機能強化型在宅療養支援診療所」があります。機能強化型在宅療養支援診療所では、かかりつけ医が不在の場合は他の協力医師が「看取り」を代わって行う体制があります。訪問看護師等はそういった体制について家族へ説明して同意を得ておきます。

さらに、「看取り」に際して、かかりつけ医が不在の場合には訪問看護師等が協力医師を探します。

※令和元年 9 月末に「つまりケアネット」は「うおぬま・米ねっと」に移行します。

4-3 かかりつけ医の看取り支援（家族支援の在り方）

かかりつけ医が往診で在宅看取りを行う場合は、看護師がパンフレット「終末期の過ごし方について」（資料 13 参照）等を利用して葛藤や不安、戸惑いを感じる家族に、看取りについて十分説明します。また、訪問看護ステーションに「看取りケア」を依頼するなど、かかりつけ医と相談して利用者及び家族を支援する体制づくりが必要です。かかりつけ医で看取りができない場合は、訪問診療医に依頼することもできます。

十日町地域の機能強化型在宅療養支援診療所

機能強化型在宅療養支援診療所	住所	電話
山口医院（下条）	十日町市下条 3 丁目 509	025 (755) 2003
田中外科医院	十日町市田中町本通り 272-3	025 (752) 2403
富田医院	十日町市上新井 1145-2	025 (761) 0200
山口医院（袋町）	十日町市袋町中 208	025 (752) 2174

妻有地域の訪問看護ステーション一覧

訪問看護ステーション	住所	電話
十日町訪問看護ステーションポピー	十日町市中条 己 2941	025 (750) 1207
訪問看護ステーション三好園しんざ	十日町市新座甲 609-2	025 (752) 7671
あい訪問看護ステーション	十日町市千代田町 1-6	025 (761) 7871
(株)訪問看護ステーションリーフ	十日町市住吉町 109	025 (761) 7596
津南町訪問看護ステーション	津南町大字下船渡丁 2682	025 (755) 5141

妻有地域の地域包括支援センター一覧

地域包括支援センター	住所	電話	担当地区
十日町北地域包括支援センター	十日町市下条 3 丁目 485-1	025 (761) 7406	下条・中条・川西
十日町東地域包括支援センター	十日町市新座甲 609-2	025 (750) 5380	十日町・新座・大井田
十日町中地域包括支援センター	十日町市千歳町 2 丁目 3-6	025 (755) 5115	川治・六箇・吉田
十日町南地域包括支援センター	十日町市新宮乙 195-3	025 (758) 2324	水沢・中里
十日町西地域包括支援センター	十日町市松代 3559-2	025 (597) 3805	松代・松之山
津南町地域包括支援センター	津南町大字下船渡戊 585	025 (765) 5455	津南町

5 資料編

- (1) 介護予防サービス支援計画書
- (2) 居宅サービス計画書
- (3) 利用者個人票
- (4) 主治医連絡票
- (5) 入院時情報提供書
- (6) 看護サマリ
- (7) 訪問看護指示書
- (8) 在宅患者訪問薬剤管理指導依頼書
- (9) 十日町地域栄養サポートシステム（パンフレット含む）
- (10) 「お家で歯の治療ができます！在宅歯科医療連携室のご案内」
- (11) 十日町市・中魚沼郡医療介護関係者連絡網
- (12) 医療機関連絡時間表
- (13) 「終末期の過ごし方について(在宅編)」
- (14) 在宅医療介護の住民啓発チラシ
- (15) 終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える

※お知らせ

(11) 十日町市・中魚沼郡医療介護関係者連絡網 及び (12) 医療機関連絡時間表はホームページには載せてございません。必要な方は、発行元の十日町市中魚沼郡医師会までご連絡ください。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） _____ 歳 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援 1・要支援 2	地域支援事業
----------	---------	-------------	--------

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 担当地域包括支援センター： _____

1日	1年
----	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日

年 月 日()

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名	様	生年月日	住所
居宅サービス計画作成者氏名			
居宅介護支援事業者・事業所氏及び住所			
居宅サービス計画作成(変更)日		初回居宅サービス計画作成日	
認定日	認定の有効期間	～	

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

居宅サービス計画書(2)

作成年月日

年 月 日()

利用者名 _____ 様

生活全般の解決 すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種類	※2	頻度	期間

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保健給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第 3 表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日 ()

利用者名 様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00								
	10:00								
午後	12:00								
	14:00								
	16:00								
午前	18:00								
	20:00								
深夜	22:00								
	0:00								
	2:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

利用者個人票

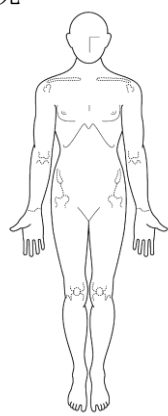
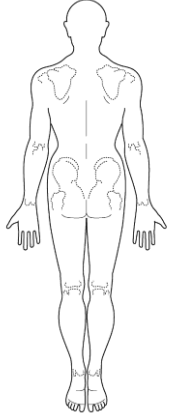
記入年月日 H 年 月 日

介護保険被保険者番号 0000

追記 年 月 日

記入者所属 _____

氏名 _____

ふり がな 氏 名 様 (男・女)	生年月日	昭和 年 月 日	
	現在状況	在宅・入院・入所・その他 ()	
傷病名	区分	要支援() 要介護()	
	認定日	(申請中・更新中・変更申請中) H 年 月 日	
	有効期間	H / / ~ H / /	
住 所 十日町	行政区 ()	世帯主 本人 電 話	
身 体 状 況	・視力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 弱() ・聴力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 弱() ・言葉 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 弱() ・意思疎通 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 弱() ・褥創 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・皮膚 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> あり() ・麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・廃用性筋力低下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・拘縮 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 未調査	身体状況 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> 備考.....	
	・歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 障害 形態： <input type="checkbox"/> 杖(一本・多点杖) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助) 備考.....		
	・移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介 備考.....		
	・排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介 尿意(+/-) 便意(+/-) 自然・下剤・浣腸・摘便 備考.....		
	・食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 形態：主食()副食()嗜好()アレルギー(+/-) 備考.....		
	・咀嚼 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 難 義歯 有・無 備考.....		
	・嚥下 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 難 とろみ 有・無 備考.....		
	・入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 備考.....		
	・着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介 備考.....		
	・その他..... 寝たきりランク：J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		

<p>健康状態</p>	<p>・主病歴</p> <p>・服薬内容</p> <p>・かかりつけ医</p>	<p>精神の状態</p> <p>・精神障害 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>・睡眠状態 <input type="checkbox"/>良眠 <input type="checkbox"/>不眠 <input type="checkbox"/>眠剤使用()</p> <p>・認知症症状 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>・主な症状 記銘障害 失見当識 せん妄</p> <p>備考.....</p> <p>・認知症ランク 自立・Ⅰ・Ⅱ a・Ⅱ b・Ⅲ a・Ⅲ b・Ⅳ・Ⅴ (意見書:)</p> <p>生活歴</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>家族構成図</p> <p>主介護者に「主」副介護者に「副」同居者を○で囲む</p> <p>本人・・・◎ 男・・・□ 女・・・○ 死亡・・・■● 夫婦・・・＝</p> <p>主介護者の状況</p> <p>.....</p>		<p>・緊急連絡先</p> <p>氏名 ()</p> <p>連絡先 - -</p> <hr/> <p>・その他連絡先</p> <p>氏名 ()</p> <p>連絡先 - -</p> <p>携 帯 - -</p> <hr/> <p>・その他連絡先</p> <p>氏名 ()</p> <p>連絡先 - -</p>
<p>サービス利用状況</p> <p>□訪問介護 回／ □訪問看護 回／ □訪問診療 回／</p> <p>□通所介護 回／週 □通所リハ 回／ □訪問入浴 回／</p> <p>□用具貸与 □用具購入 □住宅改修</p> <p>□短期入所 回／月()</p> <p>□その他 □身障・療育手帳() 県障() 公費医療() □施設入所希望 特養 老健 療養型()</p>		
<p>注意事項</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

主治医連絡票

作成日：平成 年 月 日

医療機関名 御中
主治医 先生(宛)

事業所名	
所在地	
TEL	
FAX	
担当者	

いつもお世話になります。下記の件について情報提供をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

※なお、この照会を行うことについては、

- ご本人及びご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意日：平成 年 月 日
- 同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏名	様	介護度	要支援	1	2			
	住所			要介護	1	2	3	4	5
	生年月日	明大昭 年 月 日生		歳	申請中				
連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など								
	<input type="checkbox"/> 医療系サービス導入にあたり、主治医の意見など								
	<input type="checkbox"/> ケアプランの確認								
	<input type="checkbox"/> その他 ()								

【相談内容及び連絡事項】

--

【主治医記入欄】

今後の連絡方法	<input type="checkbox"/> この用紙に記入し返信します。 <input type="checkbox"/> 面談で伝えます。 <input type="checkbox"/> 電話で話をします。 <input type="checkbox"/> つまりケアネットで連絡します。
---------	--

【主治医からの回答・助言等】

--

上記のとおり連絡いたします。

平成 年 月 日

主治医

印

入院時情報提供書 (居宅介護支援事業所 → 病院・診療所)

資料5

病院・医院

作成日： 年 月 日

ご担当看護師様

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

基本情報

フリガナ 氏名	性別 男性・女性	生年月日	M T S	年	月	日()
住所	自宅電話番号 () -					
フリガナ 家族氏名	続柄	同居の有無	同居 別居			
住所	電話番号 () -					
住環境 一戸建て マンション アパート等 階段等の有無(有 無)	緊急時 連絡先	①	()	-		
		②	()	-		
入院日	年	月	日	入院理由		
生活状況						

介護保険等情報

要介護度			有効期間		被保険者番号
要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	申請中	年 月 日 ~ 年 月 日		
サービス利用者状況	訪問介護・訪問看護・通所介護・福祉用具貸与・その他()				
障害等認定	難病(疾患名) 身障()級 精神()級 療育(A B・無)				

疾患及びADL情報

障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2						
認知症高齢者の日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M						
現病歴・既往歴								
A D L 等 状 況	食事	食事	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助					義歯(有 無) トロミ(有 無)
		形態	主=常食・粥・ミキサー食・ 副=常食・ソフト食・ムース食・ミキサー食等					
	排泄	排泄	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助					
		失禁	1 あり 2ときどき 3 まれにあり 4なし					
		方法	トイレ・Pトイレ・おむつ・カテーテル等					
	着脱	上着の着脱	1 自立 2 見守り(介護者の指示含む) 3 一部介助 4 全介助					
		ズボン・パンツの着脱	1 自立 2 見守り(介護者の指示含む) 3 一部介助 5 全介助					
	入浴	洗身	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助					形態 一般浴・リフト浴・特殊浴
	移動	歩行	1 つかまらずに可 2 何かにつかまれば可 3 できない					
		移乗	1 自立 2 見守り(介護者の指示含む) 3 一部介助 5 全介助					
方法(屋内)		屋内=独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子(自走・介助)・その他						
認知症等の症状								

退院に向けてのお願い

- 1)退院が決まり次第、ご連絡をいただければ幸いです。
- 2)必要に応じて退院の情報提供をお願い致します。

事業者名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

受取日

受取者

【服薬状況】

家族構成図(キーパーソン☆・同居者を○で囲む)

備考

看護サマリー(退院)

印刷日:
記入者:

資料6

フリガナ		ID		性別		血液型	
氏名				生年月日		職業	
				年齢			
住所						TEL	
連絡先名1		連絡先住所1					連絡TEL1①
連絡先コメント1						連絡TEL1②	
連絡先名2		連絡先住所2					連絡TEL2①
連絡先コメント2						連絡TEL2②	
対象期間							
入院日		退院日					
診療科		病棟		主治医		担当NS	
病名				身体情報			
現病名				身長(cm)			
				体重(kg)			
				BMI			
術式							
禁忌・感染症・障害				家族構成			
既往歴							
サマリー情報							
看護の経過							
退院指導							
患者への病状説明							
本人家族の受け止め方							
備考							

次回外来日	
次回外来受診診療科	
その他	
ADL	
移動	
移動(具体的状況)	
食事	
食事(食事の種類)	
食事(具体的状況)	
排泄	
排泄(具体的状況)	
排泄(最終排便日)	
入浴・保清	
入浴・保清(具体的状況)	
入浴・保清(最終入浴日)	
衣類着脱	
衣類着脱(具体的状況)	
睡眠(睡眠剤服用)	
睡眠(具体的状況)	
内服	
内服(具体的状況)	
障害	
障害(具体的状況)	
その他	
継続される問題	
継続される問題	
備考	
退院時処方	
師長サイン	
備考	

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間 (年 月 日～ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	様 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)									
患者住所	電話() -									
主たる傷病名										
現在の状況 (該当事項に○等)	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用量・用法									
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知症の状況	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	
		要介護認定の状況	自立	要支援 (1 2)			要介護 (1 2 3 4 5)			
		褥瘡の深さ	NPUAP分類		Ⅲ度	Ⅳ度	DESIGN分類		D3	D4
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃ろう:チューブサイズ) 日に1回交 8. 留置カテーテル (サイズ) 日に1回交 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他(
留意事項及び指示項目										
Ⅰ 療養生活指導上の留意事項										
Ⅱ 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装置・使用機器等の操作援助・管理 4. その他										
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)										
緊急時の連絡先 不在時の対応法										
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護および複合型サービス利用時の注意事項等があれば記載して下さい。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 :指定訪問看護ステーション名 たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 :指定訪問介護事業所名)										

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

医 師 氏 名

印

訪問看護ステーション

様

居宅療養管理指導 在宅患者訪問薬剤管理指導 依頼書

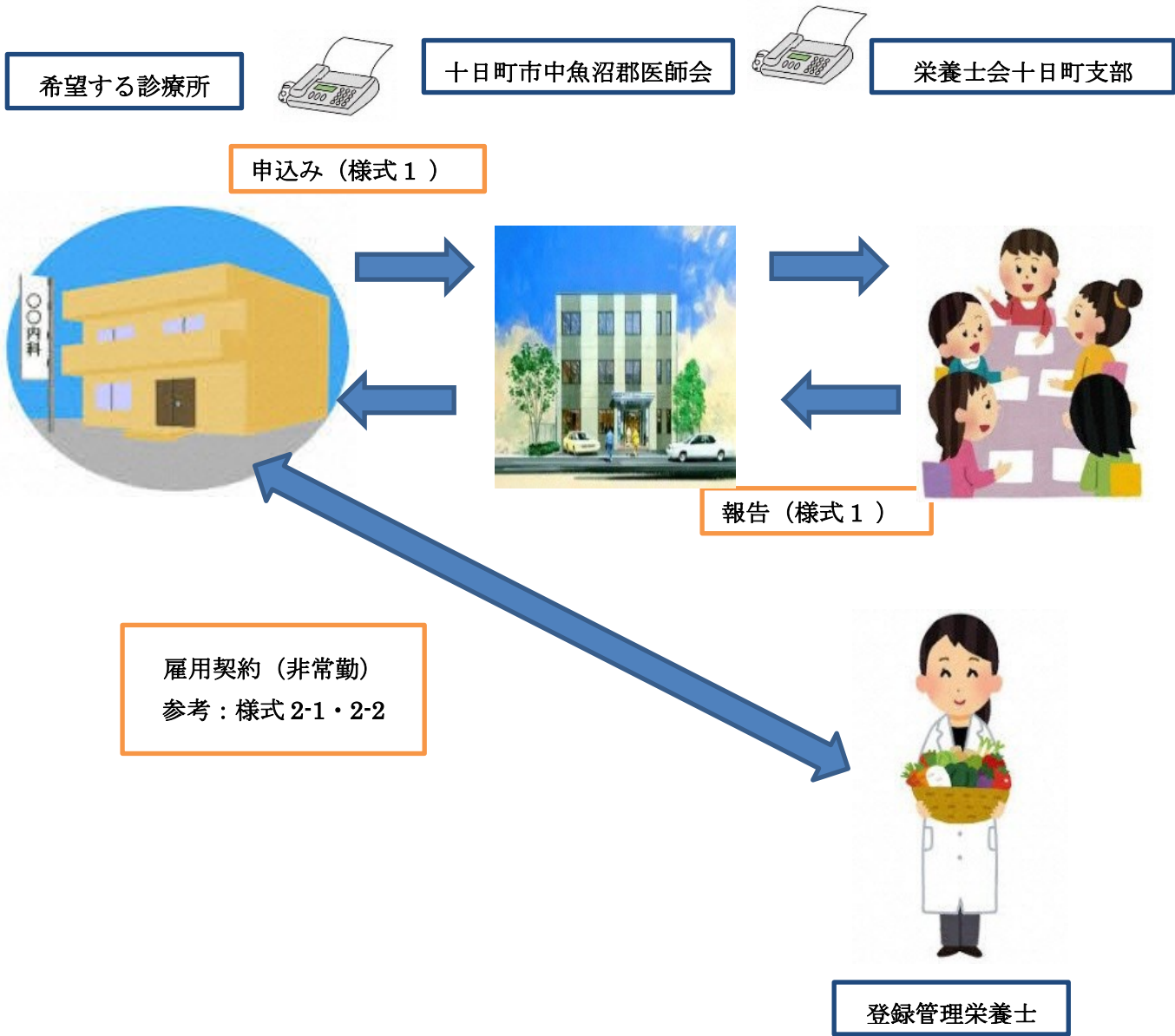
依頼年月日： 年 月

日

		医療機関
薬局 殿		住 所
		電 話
		F A X
		医 師 名
		印
患 者	患者番号	
	患者氏名	様 性別
	生年月日	
	住 所	
	電 話	
介 護 度 : 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		
ケアマネジャー:		
疾患名		
既往歴・経路		
使用薬剤		
訪問により期待すること	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 薬の配送、配置
服薬にあたっての状況	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 寝たきり患者 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 認知症患者 <input type="checkbox"/> 失語症
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ストーマの処置

十日町地域栄養サポートシステム事業

システムの申込みから登録管理栄養士の派遣まで



様式No.	No.1
様式名称	地域栄養サポートシステム事業申込書兼報告書
使用目的	事業利用初回のみ提出
運用ルート	申込み書：診療所→医師会→栄養士会 報告書：栄養士会→医師会→診療所

地域栄養サポートシステム事業申込書

年 月 日

十日町市中魚沼郡医師会 御中
(FAX 025-752-1422)
栄養士会十日町支部 御中
(FAX 025-752-7067 窓口:蕪木管理栄養士)

診療所

地域栄養サポートシステム事業を次のとおり申し込みます。

記

1 診療所名

- _____
- ① 住所：
② TEL： ③ FAX：
④ 担当医師名：

2 希望月

月から

- 3 希望曜日 第1希望 第 週・ 曜日（午前・午後）
第2希望 第 週・ 曜日（午前・午後）

4 その他(特記事項)

地域栄養サポートシステム事業報告書

年 月 日

十日町市中魚沼郡医師会 御中
(FAX 025-752-1422)
診療所 御中

栄養士会十日町支部
(窓口:蕪木管理栄養士)

上記で申込のありました管理栄養士の派遣について、以下のとおり決定しましたので報告します。
なお、日程や内容等の詳細につきましては、事前に管理栄養士と連絡・調整をお願いします。

記

1 管理栄養士氏名及び連絡先

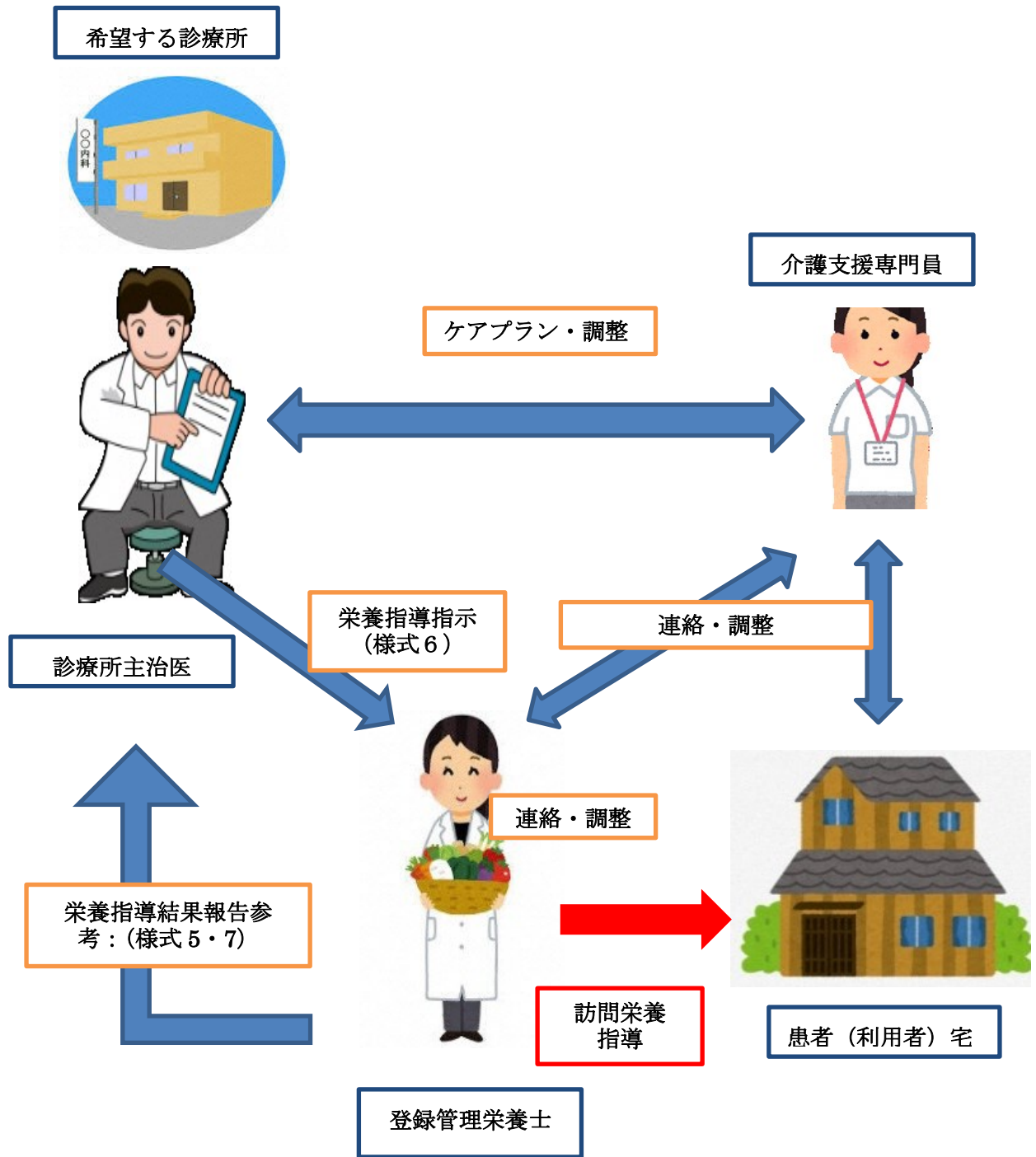
- ①氏名
②住所
③TEL ④FAX

2 栄養指導実施可能日

月から 第 曜日（午前・午後）

3 その他(特記事項)

訪問栄養指導の場合



※介護支援専門員が関わらない場合もあります。

様式No.	No.6
様式名称	栄養指導指示書（訪問用）
使用目的	訪問栄養指導の指示（病院からの転院時は情報提供書を添付）
運用ルート	主治医（→看護師）→登録管理栄養士

作成年月日	年 月
-------	-----

氏名			生年月日	年	月	日
			(歳)			
住所	TEL - -			家族構成	: 人	
				食事づくり担当者	: _____	
主疾患名			既往歴			
病状・経過						
身体状況	身長	cm	体重	kg	BMI	腹囲
						cm
	※ 過去6か月の体重の変化 → <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少					
服薬状況	<input type="checkbox"/> 血糖降下剤 () <input type="checkbox"/> インスリン () <input type="checkbox"/> 血圧降下剤 () <input type="checkbox"/> 利尿剤 () <input type="checkbox"/> 脂質異常症用剤 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
栄養問題	食欲不振・脱水・褥瘡・嚥下障害・肥満・便秘・下痢・慢性疾患食事療法 食事介助 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) その他 ()					
日常生活自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
要介護認定	要支援	1	2	要介護	1	2
					3	4
装着・使用医療器機等	1) 経管栄養（経鼻・胃ろう・他）			使用栄養剤（）		
	2) 吸引器			3) 酸素療法（ ℓ/min）		
	4) TPN（中心静脈栄養）			5) PPN（末梢静脈栄養）		
	6) 留置カテーテル			7) 気管カニューレ		
	8) 人工肛門			9) 人工膀胱		
	10) その他					
療養生活上の注意事項	1. リハビリテーション					
	2. 褥瘡の場所・程度					
	3. 装置・使用医療器機等の管理					
	4. その他（）					
指示栄養量	<input type="checkbox"/> 指示エネルギー（）kcal <input type="checkbox"/> たんぱく質（）g <input type="checkbox"/> 脂質（）g <input type="checkbox"/> 塩分（）g <input type="checkbox"/> その他（）					
	※ PFCエネルギー比は、通常時は、P：20%未満、F：20以上25%未満、C：70%未満で指導					
算定対象疾患	医療・介護保険共通	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 膵臓食 <input type="checkbox"/> 心疾患等に対する減塩食 <input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く) <input type="checkbox"/> クロウン病及び潰瘍性大腸炎による腸管機能低下に対する低残渣食 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下困難のための流動食 <input type="checkbox"/> 潰瘍食(十二指腸潰瘍、消化管術後) <input type="checkbox"/> 高度肥満症(肥満度+40%以上またはBMI30kg/m ² 以上) <input type="checkbox"/> 高血圧に対する減塩食(食塩6g未満) <input type="checkbox"/> 低栄養状態にある患者に対する食事				
	介護保険のみ	<input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食				
	医療保険のみ	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> フェニールケトン尿症食 <input type="checkbox"/> 楓糖尿病 <input type="checkbox"/> ホモシスチン尿食 <input type="checkbox"/> ガラクトース血症食 <input type="checkbox"/> 治療乳 <input type="checkbox"/> 無菌食				
指示事項	<input type="checkbox"/> 食事摂取量と栄養状態のチェック <input type="checkbox"/> 調理指導・買い物指導 <input type="checkbox"/> ヘルパー指導 <input type="checkbox"/> 状態に合わせた食事内容・形態などの指導 <input type="checkbox"/> 栄養補助食品・介護用食品・介護食器等の紹介 <input type="checkbox"/> 食生活プラン（プログラム）の作成 <input type="checkbox"/> その他 []					
主治医	担当ケアマネ		担当管理栄養士			

病院からつなぐ訪問栄養指導の場合

希望する診療所



診療所主治医

介護支援専門員



医療情報提供
+
栄養情報提供
(様式7)

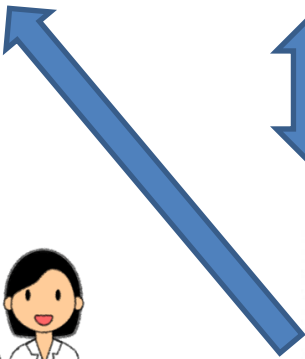
入院・退院時情報提供



病院主治医



病院管理栄養士



ご利用
ください!

診療所と連携した地域栄養 サポートシステム

このような不安や心配がある
利用者さんはいませんか？



・食事管理がうまくできない。
・術後の食事がスムーズに
いかない。

・水分がとれず、脱水の
リスクがある。

・食べたり、飲んだりすると
むせてしまう。
・咀嚼・嚥下障害がある。

・食事が摂れず、低栄養状態
である。
・食べやすい食事の工夫が
必要。



管理栄養士が安定した栄養・食生活を送ることができ
るようお手伝いします！

実施内容

診療所または利用者宅での栄養指導（保険適用）

＜ご本人やご家族への訪問栄養指導の例＞

- ・病状に合わせて配慮しなければならない食品や調理についての指導
- ・適正な食事量の提案
- ・症状（状態）に合わせた調理法の指導
- ・栄養補助食品、介護用食品、介護食器等の紹介



十日町地域では、診療所や利用者宅で在宅療養における食生活を支援するため、医師会と栄養士会による「地域栄養サポートシステム」を行っています

詳しくは裏へ

対象者

<診療所での栄養指導>

診療所に受診する患者のうち、厚生労働大臣が定める特別食(腎臓食、肝臓食、糖尿食等)を医師が必要と認めた者またはがん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者

<訪問栄養指導>

通院等が困難で、診療所医師が訪問診療(往診)等を行っている患者のうち、厚生労働大臣が定める特別食(腎臓食、肝臓食、糖尿食等)を医師が必要と認めた者またはがん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者

実施医療機関 (H30.4.1現在)

大熊内科医院
富田医院

本町クリニック
田中外科医院

池田医院
大淵内科クリニック

山口医院(袋町)
中央クリニック

保険適用

<診療所での栄養指導>

・医療保険利用の場合

外来栄養食事指導料(初回:260点、2回目以降:200点)
集団栄養食事指導料:80点

<訪問栄養指導>

※介護保険認定を受けている方は介護保険利用が優先されます。

・医療保険利用の場合

在宅患者訪問栄養食事指導料(単一建物診療患者が1人:530点、単一建物診療患者が2人~9人:480点、単一建物診療患者が10人以上:440点)

・介護保険利用の場合

① 居宅療養管理指導(単一建物居住者が1人:537単位、単一建物居住者が2~9人:483単位、単一建物居住者が10人以上:442単位)

* 要介護認定を受けている場合に適用

② 介護予防居宅療養管理指導料(単一建物居住者1人:537単位、単一建物居住者2~9人:483単位、単一建物居住者10人以上:442単位)

* 要支援認定を受けている場合に適用

(各保険点数・単位は平成30年4月1日現在)

十日町地域の地域栄養サポートシステム申込について

介護支援専門員からのお申し込みは、利用者様のかかりつけ医にご相談ください。

※病院にかかっている場合は、病院の管理栄養士が対応できる場合がありますので、担当医にご相談ください。

問合せ先

・新潟県栄養士会十日町支部

TEL 025-752-2478 FAX 025-752-7067(担当:蕪木管理栄養士)

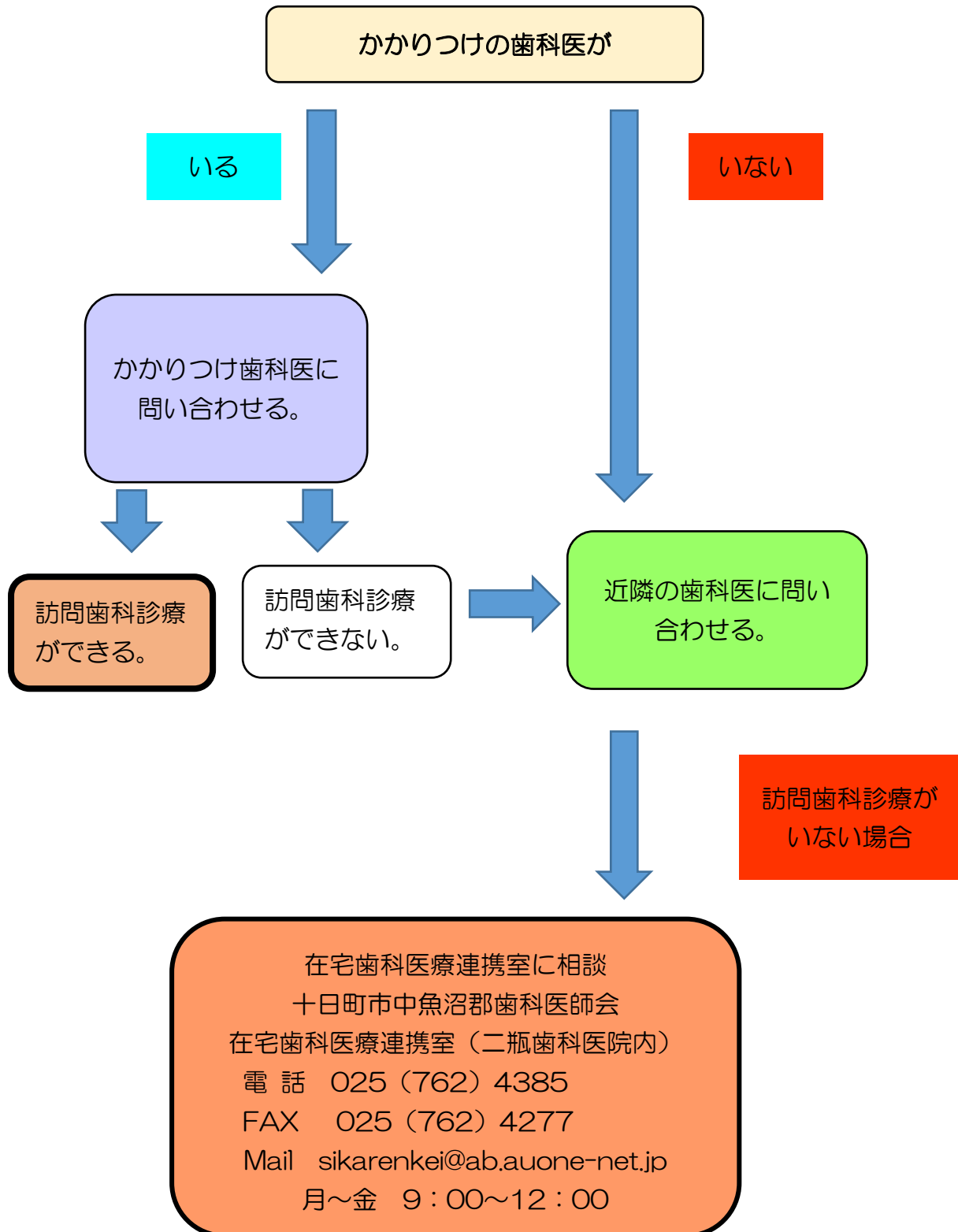
・十日町保健所(十日町地域振興局健康福祉部)

TEL 025-757-2401 FAX 025-757-2474(担当:地域保健課管理栄養士)

「お家で歯の治療ができます！」

「歯の治療は通院できないから」とあきらめないでご相談ください。

治療を希望する方



「通院できないから・・・。」
あきらめないでご相談下さい。

在宅歯科医療連携室は、県民の皆様と歯科診療所をつなぎます。
相談は無料です。
お気軽にご相談下さい。



お家で 歯の治療が できます！

在宅歯科医療連携室のご案内

在宅歯科医療連携室は、介護が必要で、歯科医院への通院が困難な高齢者の方などを対象とした在宅歯科医療の申し込みや、歯や歯ぐきの痛み、入れ歯がこわれた、合わない等、歯やお口のことなどで困っている方の相談に対応します。

ご家族はもとより、介護サービスを担当している施設、事業所の方、医療機関の方々等、お気軽にご相談下さい。
「口腔ケアは介護の基本」口腔ケアは誤嚥性肺炎やインフルエンザを予防します。介護施設職員を対象とした口腔ケア実地研修も行っています。



～相談は無料です!～



在宅歯科医療連携室をご利用ください

※祝日・お盆・年末年始は除きます。

連携室名	所在地 住所	電話	受付時間	
			曜日	時間
◆新潟市にお住まいの方				
新潟市在宅歯科医療連携室	〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号 新潟市総合保健医療センター 4階	025-244-5231	月～金	9:00～17:00
◆佐渡市にお住まいの方				
佐渡在宅歯科医療連携室	〒952-1548 佐渡市相川羽田町58 まもる歯科内	080-2131-9100	月～金	9:00～12:00
◆上越市・妙高市・糸魚川市にお住まいの方				
上越歯科医師会 在宅歯科医療連携室	〒943-0804 上越市新光町1丁目10番16号 上越歯科医師会館内	025-527-2844	月・水・金 火・木	10:00～12:00 13:00～17:00 13:00～17:00
◆柏崎市・刈羽村にお住まいの方				
柏崎市在宅歯科医療連携室	〒945-0061 柏崎市栄町18-31 柏崎市歯科医師会館内	0257-32-5161	月～金	10:00～13:00
◆長岡市(川口地区、中之島地区を除く)・出雲崎町にお住まいの方				
長岡歯科医師会 在宅歯科医療連携室	〒940-0857 長岡市沖田1-232-1 長岡歯科医師会館内	0258-32-1430	月～金	9:00～17:00
◆小千谷市・魚沼市・長岡市(川口地区)にお住まいの方				
小千谷市在宅歯科医療連携室	〒947-0028 小千谷市城内2丁目6番5号 小千谷市健康センター内	0258-89-8114	月・水・木 (お盆実施)	10:00～15:00
◆十日町市・津南町にお住まいの方				
十日町市中魚沼郡歯科医師会 在宅歯科医療連携室	〒948-0006 十日町市四日町1462	025-762-4385	月～金	9:00～12:00
◆南魚沼市・湯沢町にお住まいの方				
南魚沼歯科医師会 在宅歯科医療連携室	〒949-6680 南魚沼市六日町657 ベルベディア305号室	080-9083-4934	月～金	9:00～13:00
◆三条市にお住まいの方				
三条市歯科医師会 在宅歯科医療連携室	〒955-0061 三条市林町1丁目22-10 皆木ビル2F	0256-46-0815	月～金	9:00～12:00
◆加茂市・田上町にお住まいの方				
加茂・田上在宅歯科医療連携室	〒959-1326 加茂市青海町1-9-1 (加茂病院内)	0256-53-8211	月～金	9:00～12:00
◆見附市・長岡市(中之島地区)にお住まいの方				
見附市在宅歯科医療連携室	〒954-0111 見附市今町4-10-21 (はやかわ歯科医院内)	0258-89-7547	月～金	9:00～12:00
◆燕市・弥彦村にお住まいの方				
燕・弥彦在宅歯科医療連携室	〒959-0231 燕市吉田日之出町1番2号	0256-78-8110	月～金	9:00～12:00
◆五泉市・阿賀町にお住まいの方				
五泉市阿賀町歯科医師会 在宅歯科医療連携室	〒959-1862 五泉市旭町3-45マンション旭205	0250-47-8839	月～金	10:00～13:00
◆新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町にお住まいの方				
かえつ在宅歯科医療連携室	〒957-0054 新発田市本町1-16-14 (新発田地区救急診療所内)	0254-28-8451	月～金	9:00～15:00
◆村上市・関川村・粟島浦村にお住まいの方				
村上市岩船郡在宅歯科医療連携室	〒958-0857 村上市飯野3-10-11 (中野歯科医院内)	0254-62-7747	月・火・水・金	9:00～12:00 15:00～17:00

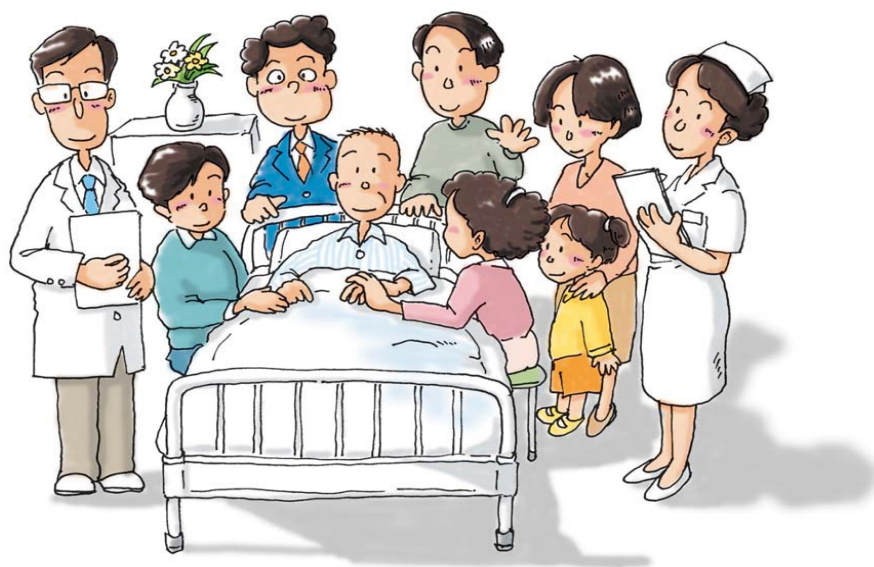
新潟県歯科医師会基幹連携室

☎025-283-3030 FAX 025-283-6692

〒950-0982 新潟市中央区堀之内南 3-8-13

終末期の過ごし方について

(在宅編)



平成27年度

十日町市在宅医療連携モデル事業

作成：在宅看取り等マニュアル作成班

人生の最期を看取るということは、ご家族にとっては気がかりなことや、どうしてあげたらいいかわからないといったことが多くあると思います。そこで、看取りの時にみられる疑問について、いくつかお答えいたします。

Q1 これからどうなるのでしょうか

1週間前頃～の変化



だんだんと眠る時間が長くなっていきます。

夢と現実を行ったり来たりするような状態になることがあります。その時できること、話しておきたいことは先送りにせず、伝えておくようにしましょう。

1、2日～数時間前の変化



声をかけても、目を覚ますことが少なくなります。

眠気が増すことがあります。眠気があることで、苦痛がやわらげられます。

80%くらいの方はゆっくりこのような経過をたどります。
20%くらいの方は上記経過がなく、急に息をひきとられることがあります。

その他、よくある変化として



食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みにくくなったりむせたりする。



おしっこの量が少なく濃くなる。



つじつまが合わないことを言ったり、手足を動かすなど落ち着かなくなる。



のどもとでゴロゴロという音がすることがあります。

唾液をうまく飲み込めなくなるためです。眠っていらっしゃることが多いので苦しさは少ないことが多いです。



呼吸のリズムが不規則になったり、息をすると同時に肩や顎が動くようになります。

呼吸する筋肉が収縮するとともに、肺の動きが悪くなって首が動くようになります。「あえいでいるように見える」ことがありますが、苦しいからではなく、自然な動きですので心配ありません。



手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります。

血圧が下がり循環が悪くなるためです。

全ての方が同じ経過を経るものではなく、その方によって異なります。

Q2 苦しさは増すのでしょうか

Q 寝ている状態で苦しさは感じないの？

A 深く眠っているときは苦痛を感じていないと考えられます。

眉間のシワや手足の動きなどで判断できます。



Qもう話ができないの？

A 深く眠った場合は、言葉で会話する事は難しくなりますが、聞こえている事もありますので、話しかけてください。



Q3 つじつまが合わず、いつもと違う行動をとる

何か話しているがよく分からない



どのようなことを話そうとしているか想像してみます。本当にあった昔のこと、今気になっていることやしておきたいこと、あるいは口の渇きやトイレに行きたいと伝えようとしていることもあります。

また、時間や場所、家族のことが分かりにくくなることがありますので、つじつまが合わない時は、本人の言うことを否定せずにつきあい、傷つけないような会話をします。

そばで何をしていたか分からない・・・
話ができないことがつらい・・・

普段通りに声をかけたり、静かに足をマッサージしたり、家族で話している声が聞こえるだけでもホッとされることがあります。

また、胸に手をあててやさしくさするのによいです。



Q4 のどが「ゴロゴロ」する

どうしてこのような症状が起こるのでしょうか

からだが弱ると、うとうとと眠ることが多くなります。そうすると、唾液がうまく飲み込めなくなるため、のどに唾液がたまって「ゴロゴロ」する状態になります。

ゴ
ロ
ゴ
ロ
・
・
・



この症状は約 40%の方に起こる、自然な経過の一つです。

また、深く眠っている場合は強い苦痛はありません。

表情でつらいかどうかの判断ができます。

症状を和らげるための方法は

分泌物を吸引器で吸い取る場合があります。

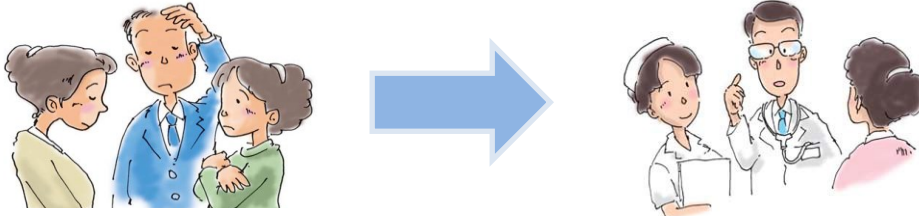
分泌物の状態によっては繰り返しの吸引が苦痛となる場合があります。

分泌物を取り除いても一時的なもので、同じ状態になることが多いので、自宅では口腔内のふき取りにとどまることもあります。



他に対処方法はないのでしょうか

どのような対処が良いかは、その人によって違います。かかりつけ医とご家族一緒に話し合う機会を持ち、相談して決めていきましょう。



Q5 これからの過ごし方について

かかりつけ医の指示で在宅の看護行為を「訪問看護師」が行います

訪問看護師は定期的に体の状態をみます

脈の数や触れ方、手足の温かさ、息の仕方などから体の状態を判断します。

訪問診療医（かかりつけ医）へ報告し、指示を受けながら看護します。



日々の生活が安楽に過ごせるようお手伝いします。

- 体を動かさなくても床ずれができないように、観察し体の位置やマットの工夫について家族に指導します。
- 本人の状態にあわせて、清潔について家族に指導します。
- お腹の張り具合などをみながら排尿や排便の調整をかかりつけ医に相談しながら行います。



ご家族の心配事が少なく、希望がかなえられるようお手伝いします。

医療についてご家族の心配事や希望があるときは、かかりつけ医に連絡し相談しながら、調整いたします。



ご家族はいろいろな心配があると思います

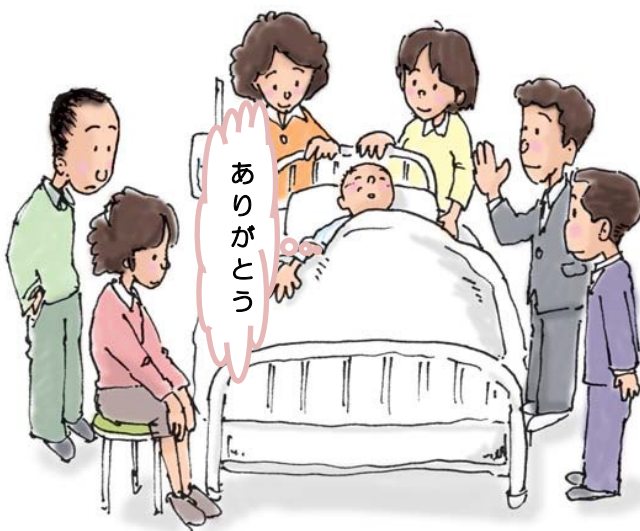
少しでも口から摂らせてあげたい。
食べさせたい。

元気になってほしい
頑張ってもらいたい

できることはすべてして
あげたい。

脱水になったら苦しむ
のではないかと心配

食べられないことで
衰弱してしまうのではないかと
心配



では、家族ができることはどんなことがありますか？！

ご本人が休まれているとき、こんなことをしてあげてください



足をやさしく
マッサージする



ご本人のお気
に入りの音楽
を流す



いつものように
ご家族で普段の
話をする



唇を水や好きな
飲物でやさしく
湿らせる

少しでも食べさせてあげたい！



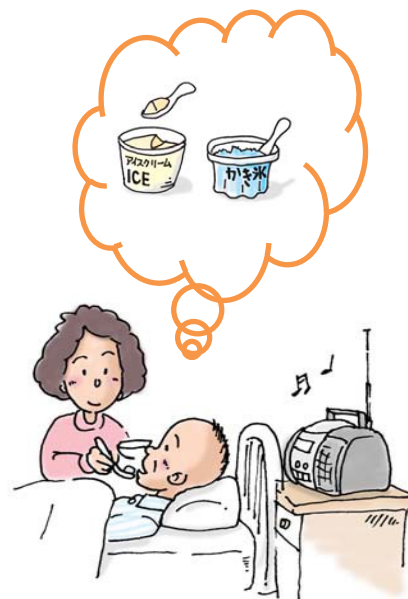
食べやすい形、固さなどの工夫や
栄養補助食品などの利用もよいでしょう。

家族はご本人の好きな物食べさせたり、
家族と一緒に食事することもよいと思います。

できることはすべてしてあげたい！

食事が十分とれなくても、うがいや口の中を
きれいにすると喜ばれることが多いようです。

また、家族のことを話すことやそっと一緒に
いることで本人は安心します。



Q6 知っておきたい医療の知識

①「老化する」ことについて

老化の症状が進んでくると、徐々に食事や
水分をとる量が少なくなってきます。

これは老化そのものに伴う症状で「食事が
とれないから病気が進んだ」「食べる気がない
から激励する」といった状態ではありません。



②心臓や呼吸の蘇生について

突発的な不整脈や事故ではなく、全身の状態が悪くなった場合、人工呼吸や心臓マッサージなど心肺蘇生で回復できることはありません



人工呼吸や心臓マッサージそのものが本人にとっては苦痛となる可能性があります。

直前までお元気だった場合を除くと、心肺蘇生は行わずに静かに見守ってあげるのがよいと思います。

③ 脱水について

脱水傾向にあることが苦痛の原因になることはほとんどありません。

むしろ本人にとって、やや水分が少ない状態の方が苦痛を和らげることがあります。

また、点滴などで水分や栄養を入れたとしても、うまく吸収できないので、体の回復にはつながりません。

逆にむくみや胸水、腹水などの副作用が出ることで、苦痛になりますので注意してください。



引用：OPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）HP
[<http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori02.pdf>]

在宅医療の住民啓発チラシの使い方

高齢者のサービス、特に介護保険サービスが適正に利用できることをめざして、住民向けにわかりやすいチラシを作成しました。



《配布先》

病院・診療所（医師・看護師）の相談や介護支援専門員、地域包括支援センターなどの活動時に配布します。

《配布対象者》

主に新規介護認定希望の方。
介護保険サービスを勧める方がいいのか、又はその他のサービスの方がいいのか迷った時に便利です。

《配布の仕方》

フローチャートになっていますので、対象者に説明しながら配布します。



《チラシの内容》

- 家族の役割。本人が希望した場合の在宅介護の勧め。
- 困っていることと手伝ってほしいことを明確にし、無駄な介護認定申請をしなくても、他の高齢者サービス利用が使えることもあること。
- 行政や医療、地域包括支援センターの相談窓口を明確化した。
- 特に地域包括支援センターに相談することで、いろいろなサービスがわかる。



初めての
の

要介護認定の申請をお考えの方へ

～ 必要なサービスを使って 自宅で暮らそう ～

ご家族の方へ



- 要介護認定申請はあわてて申請しなくても大丈夫です。申請日にさかのぼって介護サービスを受けることができます（暫定プラン）ので、介護サービスの利用が必要となっても間に合います。
- おとしよりは、子や親戚が頼りです。「公のサービスを使っているから」「ケアマネジャーがいるから」といって、家族が何もしなくていいことはありません。他人や公的制度ではできないことが多くあります。ケアマネジャーと協力しながら、できることから一緒に支援をしましょう。
- 入院時や要介護認定調査の際は、家族が立ち会うことで、日ごろの様子が分かり、正確な調査ができます。
- 住宅改修をはじめ、各種支援制度は必要になったときに利用しましょう。介護保険料の財源は無限ではありませんし、住民の相互扶助で成り立っています。不必要なサービス利用は介護保険料を増額させます。本人の自立や重度化防止につながるものか、もう一度考えてみましょう。
- 本人が望む自宅での生活は本人に活力を与えてくれます。訪問診療や訪問看護、ヘルパーなどの必要な介護サービスは利用しましょう。家族も安心して自宅での介護ができます。ぜひ、ケアマネジャーに相談してください。

ご存知ですか？ 介護保険法

第1条は介護保険の目的であり、「医療・介護の従事者は介護保険を利用する者の『歳をとっても元気でいたい』という尊厳を守り、その自立を助けること、重度化防止に努めること」です。

第4条は「健康の保持増進と能力の維持向上に努める」という国民の義務と責務を定めて、国・地方公共団体に対して「可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を送りたい方の希望が叶うよう、関係機関の他職種との連携を努めること」を定めています。

もしも介護が必要になったら (高齢者介護編)

1 あなたの生活形態について

- ひとり暮らし
- 高齢者のみ世帯
- 子ども家族等と同居

2 日常生活での困りごとはありますか

☞ 困っていることリスト

- 足腰が弱くなった
- 布団からの起上りがつらい
- ひとりで通院が困難になった
- 日用品の買い物ができない
- 家が散らかっている・汚い
- 洗濯物がたまっている
- 食事が作れない
- お風呂に入れない
- ひとりでトイレができない
- 物忘れが多くなった
- その他()
- 預貯金の出し入れができない

認知症などで「金銭管理ができない」方のために「**日常生活自立支援事業**」や「**成年後見人制度**」があります

地域包括支援センターにご相談ください

認知症や持病・治療のことでお困りの場合は

専門医にご相談ください

まずは**かかりつけ医**にご相談ください

3 それは自分や家族で解決できますか

☞ 困ったことがあったら



ひとりでできるか不安・心配になったら

4 何か手伝ってほしいことはありますか

☞ 手伝ってほしいことリスト

- 手すりを付けたい
- ベッドを借りたい
- 病院に付き添ってほしい
- 買い物を代行してほしい
- 掃除を手伝ってほしい
- 洗濯を手伝ってほしい
- 料理を手伝ってほしい
- 配食サービスを使いたい
- 入浴を介助してほしい
- トイレを介助してほしい
- ポータブルトイレを購入したい
- 認知症を予防したい
- その他()



5 介護(予防)サービスを希望しますか

☞ ご家族の負担を少なくしたい場合

あわてて介護認定を申請しなくても大丈夫です！
現在の困りごとからどんな介護サービスを利用したいか考えてみましょう！

【介護保険給付サービス】

- デイサービス(入浴ありなし)
- 短期入所
- 訪問介護(食事・掃除)
- 訪問看護
- 住宅改修
- 福祉用具貸与・購入

機能訓練や支援を受けて自立した生活を希望される方は

介護予防・日常生活支援事業 (要支援1・2の人・事業対象者)

- 訪問型サービス
- 通所型サービス

一般介護予防事業 (65歳以上)

地域包括支援センターにご相談ください

困りごと、手伝ってほしいことの相談窓口

- 高齢者のよろず相談は **地域包括支援センター**
- 入院されている方は **各病院の地域連携室**
- ちょっとした困りごとは **十日町地域シルバー人材センター**
- 介護保険などの相談は **市役所・町役場**
津南町福祉保健課 保険班
十日町市医療介護課 介護保険係
医療・おとしより支援係

要介護認定を申請ください

お住まいの**市役所・町役場**の窓口で介護認定の申請をしましょう。

利用希望者に**お願いしたいこと**

- ① かかりつけ医の意見書が必要です。**かかりつけ医の受診**をお願いします
- ② 認定調査への協力・**ご親族の立会**をお願いします

【介護認定がなくても受けられるサービス】

- 傾聴ボランティア
- 緊急通報体制等整備事業
- 家事型ホームヘルプ
- 配食サービス
- ・事業者
- ・市町村
- 生きがい活動支援通所事業
- 地域のお茶の間
- 地域の運動教室
- 生活管理指導短期宿泊
- 自宅以外の住居
- ・冬期共同高齢者住宅
- ・有料老人ホーム
- ・サービス付高齢者住宅
- 要介護世帯除排雪援助事業

困ったとき、助けてもらいたいとき、悩まず相談ください!!

行政相談窓口	住所	電話	摘要
十日町市医療介護課 医療・おとしより支援係	十日町市千歳町3丁目3	025(757)9758	相談・総合事業
十日町市医療介護課 介護保険係	十日町市千歳町3丁目3	025(757)3757	要介護認定
津南町福祉保健課 保健班	津南町大字下船渡戊585	025(765)3114	要介護認定・総合事業

地区の 包括支援センター	住所	電話	担当地区
十日町 北地域包括支援センター	十日町市下条3丁目485-1	025(761)7406	下条・中条・川西
十日町 東地域包括支援センター	十日町市新座甲609-2	025(750)5380	十日町・新座・大井田
十日町 中地域包括支援センター	十日町市千歳町2丁目3-6	025(755)5115	川治・六箇・吉田
十日町 南地域包括支援センター	十日町市新宮乙195-3	025(758)2324	水沢・中里
十日町 西地域包括支援センター	十日町市松代3559-2	025(597)3805	松代・松之山
津南町 地域包括支援センター	津南町大字下船渡戊585	025(765)5455	津南町

入院・受診中の 相談窓口	住所	電話	摘要
新潟県立十日町病院	十日町市高田町3丁目南32-9	025(757)5566	地域医療連携室
新潟県立松代病院	十日町市松代3592-2	025(597)2100	地域連携担当
津南町立津南病院	津南町大字下船渡丁2682	025(765)3314	地域連携室

終末期医療

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える

ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと**です。
患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、**将来の医療及びケアを具体化すること**を目標にしています。



日本医師会キャラクター 日医君



日本医師会

＊ はじめに

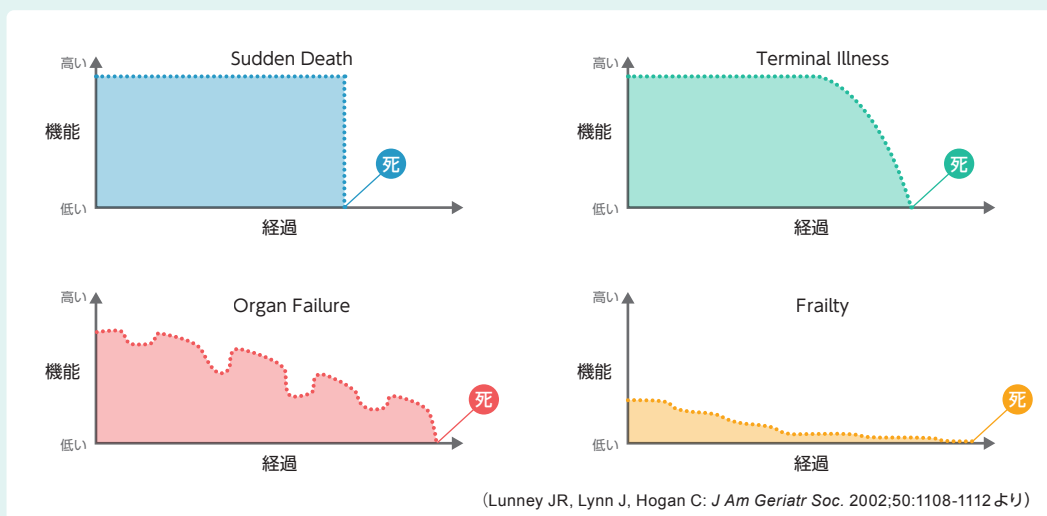
超高齢社会を迎え、患者さんの人生の締めくくりに、家族や医療・ケア関係者等がどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題となっています。

患者さん一人ひとりの希望に沿った生き方を実現するためには、その意思を十分に尊重し、患者さんにとって最善となる医療及びケアをより一層充実させていくことが望まれます。

しかしながら、人生の最期に至る軌跡は多様(図)であり、患者さんの意思も変わることが考えられます。

かかりつけ医等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さん本人の意思を明らかにできることから、患者さんやそのご家族等と医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行うことが重要です。孤立死・孤独死を防ぐことにもなります。

図 人生の最期に至る軌跡



■: 急性期医療等における急性型

■: がん等の亜急性型

■: 高齢者等の慢性型(呼吸不全等)

■: 高齢者等の慢性型(フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会: 終末期医療のあり方について-亜急性型の終末期について. 2008 より)



超高齢社会を迎えたわが国の現状と将来推計

- 2016年時点における日本の高齢化率(65歳以上人口の割合)は27.3%です。2035年には33.4%、2061年には40%に達すると見込まれています。
- また、75歳以上の人口の割合は、2015年時点で12%(1,612万人)ですが、2030年には20%(2,278万人)まで増加すると推計されています。
- 2030年の高齢者世帯に占める独居高齢者の割合は36.2%に達すると推計されています。数としても約130万世帯増加し、全世帯の14%が高齢単身世帯になる見込みです。

(東京大学高齢社会総合研究機構: 東大がつくった高齢社会の教科書. 東京大学出版会, 2017より)

❁ なぜACPのような工夫が必要なのですか？

- 患者さんが望む医療及びケアについて、その意思を確認できなくなるときが、いつ訪れるのかを予測することは困難です。
- 一方、終末期においても患者さんの尊厳ある生き方を実現するためには、**患者さんの意思が尊重された医療及びケア**を提供することが重要です。
- 患者さんの意思を尊重し、その人生にとって最善となることが見込まれる医療及びケアが実現することは、**残されたご家族等にとっても、極めて重要な意味**を持ちます。
- 予測されない急激な変化が起こることもありますので、**患者さんが意思を伝えられるときから、その意思を共有しておく**ことが重要です。たとえば、高齢者健診などをきっかけに、話し合いの機会をもつことも考えられます。

❁ ACPの留意点がありますか？

- ACPは、**前向きにこれからの生き方を考える仕組み**です。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD (Advance Directive ; 事前指示) の作成も入ることがあります。
- 主体はあくまでも**患者さん本人**です。
- 患者さんの意思は変化する可能性がありますので、**繰り返し話し合う**ことが重要です。
- **地域で支える**という視点から、**かかりつけ医を中心に**、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の**多職種で、患者さんの意思に寄り添う**ことが理想です。
- その場で決まらないこともあります。話し合いの内容は、**その都度、文書にまとめておく**ことが大切です。
- まずは、**話し合いのきっかけをつくったり、話し合いのプロセスの場を提供する**ことが重要です。



❁ ACPでは何を話し合えばよいのですか？

将来の変化に備え、患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、その人生の締めくくりの時期に寄り添うために必要と考えられる内容について話し合うことが必要です。

たとえば…

患者さんの状況

- 家族構成や暮らし方はどのようなものですか？
- 健康状態について気になる点はありませんか？
- 他にかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ など

患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからどのように生きていきたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？
（会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

医療及びケアについての希望

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さんやそのご家族等と話し合いを重ねていくことが重要です。

❁ ACPのまとめ

- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、**尊厳ある生き方を実現することがACPの目的**です。
- 医療及びケアの提供は、**患者さんの意思が一番大事**です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできるときから**繰り返し話し合い**を行い、**その意思を共有**することが重要です。
- 患者さんの**意思が確認できなくなったとき**にも、それまでのACPをもとに**患者さんの意思を推測**することができます。
- **かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支える**という視点が重要です。

詳しくは、日本医師会のホームページをご覧ください
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html





発行：一般社団法人 十日町市中魚沼郡医師会

つまり医療介護連携センター

〒948-0082

新潟県十日町市本町2丁目226番地1

市民交流センター「分じろう」4階

電話 025 (752) 3606 FAX 025 (750) 1422

HP <http://www.tokamachi-tsunann-med.jp/>