

# 平成30年度第2回安城市地域ケア推進会議及び安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会

日時 平成30年5月17日(木)

午後1時30分～午後3時

場所 社会福祉会館 3階 会議室

## 1 会長あいさつ

## 2 議題

(1) (仮称) 在宅医療ガイドブックについて (資料1)

(2) 保健福祉部会からの提案事項 (自動消火器の給付対象者の拡大について) (資料2)

(3) 介護保険制度改正に伴う医療と介護の連携強化に関するお願い (ケアマネット部会)  
(資料3)

(4) サルビー見守りネットの運営について (資料4)

## 連絡事項

・介護保険利用の手引き及び安城市介護・高齢者福祉 (WEB版) について

・在宅医療・介護連携推進のための研修会 (資料5)

①地域包括ケア市民フォーラム開催時の多目的室の利用について

②テーマ：自立支援を目的としたリハビリテーションの視点を学ぶ～地域ケア会議に呼ばれたとき、お役に立てる療法士を目指して～ (訪問リハビリネット部会)

日時：平成30年6月22日(金) 午後6時から午後7時30分まで

場所：八千代病院 大会議室

講師：都築 晃 氏

③テーマ：エンドオブライフ・ケア研修会 (医師会部会)

日時：平成30年7月7日(土) 午後1時30分から午後6時まで

場所：医師会館 2階 大会議室

講師：杉浦 真氏

定員：30名 (事前申込制)



次回 平成30年6月21日(木) 午後1時30分～2時30分 社会福祉会館 会議室

タイトル(案)

- ①在宅医療サポートブック
- ②在宅医療ガイドブック～このまちでいつまでも～
- ③在宅医療ガイドブック～自分らしい最期の選択～
- ④在宅医療ガイドブック～住み慣れた自宅で自分らしい医療を～



これから迎える超高齢社会を前に、地域の実情や高齢者の希望に合わせた医療や介護の新しい仕組みが必要になっています。

このガイドブックでは、通院がむずかしい人が自宅などで受けられる医療サービスや日常生活を支える仕組みを紹介します。

## もくじ

在宅医療とは	p3
在宅生活を支える医療と介護	p4・5
安城市の在宅医療を支える活動	p6
在宅医療に向けたおもな準備	p7
在宅医療を支える医療資源	
かかりつけ医と病院	p8・9
訪問看護	p10
在宅歯科診療	p11
訪問服薬指導	p12
訪問リハビリテーション	p13
訪問栄養指導	p14

## Q&A(例)

- 在宅医療・介護の費用はどれくらいかかるの？
- 一人暮らしでも在宅医療は可能ですか？
- 専門医の診察を受けたいときはどうしたらいいですか？
- 在宅歯科診療の対象者の条件はありますか？
- 保険薬局に自宅へお薬を届けていただくことはできますか？
- 食べ物をうまく飲み込めません。どうしたらよいですか？
- 飲み込みのリハビリはどのようにしたらよいですか？
- 食べ物でむせてしまう人には何をたべさせたらよいですか？
- 栄養指導の費用はいくらくらいかかりますか？
- 介護が負担になったときにはどうしたらよいですか？
- 普段と様子が違うときにはどうしたらよいですか？

平成30年 月作成

制作 安城市役所高齢福祉課

編集協力 安城市地域ケア推進会議

安城市地域ケア推進会議を構成する部会

病院部会 医師会部会 歯科医師会部会 薬剤師部会

訪問看護ネットワーク部会 訪問リハネット部会 ケアマネット部会

デイネット部会 ヘルパーネット部会 施設部会 グループホーム部会

小規模多機能部会 住まい部会 地域支援部会 保健福祉部会

安城更生病院 八千代病院 在宅医療サポートセンター

# 在宅医療とは

通院が困難な患者のもとに医師が定期的に診療に伺い、計画的に治療・看護・健康管理などを行うものです。定期訪問に加え、緊急時には必要に応じて臨時往診や入院先の手配なども行います。

## 目的

病気の治療のほかに、転倒や寝たきりの予防、肺炎や床ずれなどの予防、栄養状態の管理など、予測されるリスクを回避し、入院が必要な状態を未然に防ぐことも大きな役割です。

## メリット

一人で通院受診することが困難な人にとって、介護者を伴っての通院や、医療機関・調剤薬局での待ち時間が無いため、身体的な負担が軽減されます。

## 在宅医療を受けられる人

赤ちゃんから高齢者まで年齢を問いません。

どのような病気や障害でも在宅医療を受けることができます。

在宅医療が可能かどうかの判断は、かかりつけ医が行います。



## 在宅医療を利用している代表的な病気をもった人

脳卒中、難病等で寝たきりになった人や足の障害などで通院できない人、COPD(慢性閉塞性疾患で酸素吸入をする人)、がんの終末期などで、住み慣れた家で過ごしたいと在宅医療を希望する人もいます。



治療最優先の「とことん型医療」

## 入院による治療と違う点

病院では治療が最優先され、ベッドの上で安静を強いられたり、入浴を制限されたり、食事内容も治療が優先されます。

生活重視の「まあまあ型医療」

在宅医療では食事や運動などと同様に医療を生活に必要な一つの要素と考えます。本人の人生観や価値観をくんだうえで、できるだけ生活習慣を変えず、住み慣れた自宅、地域で自分らしく過ごせるように訪問看護師、薬剤師、歯科医師などの医療スタッフや介護スタッフ、地域の見守りなど本人の周囲の人がチームを組んでその人の人生そのものを支えることを目標にしています。

「ほぼ在宅、時々入院」

## 入院医療も在宅医療も両方受けたいとき

専門的な病気の治療を続けたいと思う一方で、できるだけ家族と過ごしたいという思いも支えます。

そのような場合には日帰りや短期入院で病院の治療を受けながら、それ以外の日常は在宅医療を利用することができます。

病気の程度や家族の状況など、人それぞれ条件は違います。自分がどのように医療を受けたいかをかかりつけ医や病院の医師、退院調整看護師、医療ソーシャルワーカーな

## かかりつけ医と 病院医

ふだんの訪問診療は診療所のかかりつけ医、状態が悪化して入院して治療をする必要があるときは病院の主治医が、状態に応じて治療を担当します。かかりつけ医と病院の医師、2人の主治医がいることで、安心して医療を受けることができます。



Aさんは肺炎のために入院していました。高齢のために寝たきりの状態ですが、本人の希望もあり、住み慣れた家で療養することになりました。そんなAさんを支える仕組みを見てみましょう。

## 在宅生活を支える医療スタッフ

### 医療ソーシャルワーカー・ 退院調整看護師

病院内で患者やその家族から相談を受け、療養生活上の経済的、心理的、社会的問題などについて、医療スタッフやケアマネジャー、行政機関との調整をします。



在宅療養後方支援病院・地域包括ケア病棟  
急変時の受け入れ、医療的な処置が必要な人の介護者の休息のための入院受け入れをします。

## かかりつけ医

症状にあわせた処置をしたり、薬を処方したり、訪問看護師や理学療法士に指示書を書きます。また、Aさんに入院が必要になった時には、在宅療養後方支援病院での入院治療の指示や必要に応じ地域包括ケア病棟への入院を指示します。



地域見守り活動など  
住民同士のささえあい  
住み慣れた自宅で生活することで  
精神的な安らぎを得ることができます。



## 薬剤師

薬の説明や薬カレンダーにセットして、飲み間違いや飲み忘れを防ぎます。  
※介護保険(居宅療養管理指導)で提供される場合もあります。



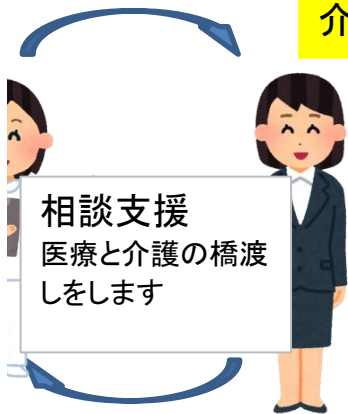
## 歯科医師・歯科衛生士

歯の処置や入れ歯の調整などだけでなく、口腔ケアも行います。口腔ケアは肺炎予防にもなります。  
※介護保険(居宅療養管理指導)で提供される場合もあります。



# 在宅生活を支える医療と介護

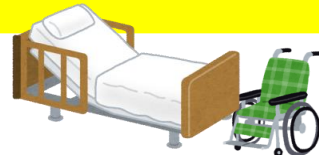
## 在宅生活を支える 介護保険サービスのスタッフ



相談支援  
医療と介護の橋渡しをします

**介護支援専門員（ケアマネジャー）**  
介護保険の認定を受けた人やその家族から相談を受け、介護サービスや医療サービスなど、療養生活する上で必要なサービスの調整を行います。

**短期入所・通所サービス**  
施設で提供される泊まり、通いのサービスです。日々の生活介護や介護者家族の休息などのために利用します。



**訪問介護（ホームヘルパー）**  
ホームヘルパーや介護福祉士が食事、入浴や排せつの介助（身体介助）や掃除・洗濯・買い物（生活援助）を行います。



**訪問入浴（看護師・介護員）**  
自宅に浴槽を持ち込んで、寝たきりの人の入浴介助をします。



## 栄養士・管理栄養士

病気の状態、栄養状態に適した食べ物や調理方法などの栄養食事指導を行います。  
※かかりつけ医の指示書が必要です。  
※介護保険（居宅療養管理指導）で提供される場合もあります。



## 看護師・保健師等

健康状態の観察や医師から指示された処置、身体の清潔や排せつなど療養生活の支援、栄養指導、リハビリテーションなどを行います。  
※かかりつけ医の指示書が必要です。

## 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

自宅のできるリハビリの指導をし、自分でできることを増やす支援をします。  
※かかりつけ医の指示書が必要です。  
※介護保険で提供される場合もあります。



# 安城市の在宅医療を支える活動

## 安城市在宅医療サポートセンター

### 在宅医療の相談窓口です!

こんな相談にお応えします

- 在宅医療ってどんなものがあるの?
- 病院に通うのが大変になってきた。往診してくれないかな?
- 認知症でも往診してくれるの?
- リハビリは家でできるの?
- 退院しても点滴が必要といわれて心配
- 家で最期を迎えることはできるの?
- 在宅医療を受けたいんだけどどうしたらいいの?

病後や高齢になってからも、住み慣れたご自宅で生活したいと考えている方やその方を支えるご家族が安心して生活ができるよう医療・介護関係者と連携を図り支援いたします。

安城市在宅医療サポートセンター  
安城市住吉町2-2-7 八千代病院内  
電話・FAX 0566-98-8330  
相談受付時間 平日 9:30~16:30

## サルビー見守りネット(電子@連絡帳)

在宅で療養する人の同意のもと、在宅療養に関わる多職種間で情報を共有するツールです。いつまでも住み慣れた地域で自分らしい人生を続けることができる地域包括ケアシステムを推進するうえで、多職種間でスムーズな連携体制を取るのに役立っています。

在宅医療・介護連携ネットワーク サルビー見守りネット

サポート窓口

ホーム サルビー見守りネットとは ご利用方法 ネットワーク同意手順 参加機関

多職種連携を支える情報共有基盤システム

### 地域医療・地域包括ケア統合ネットワークシステム

利用規約 利用方法 同意手順

安城市マスコットキャラクター サルビー

一覧を見る

# 在宅医療に向けたおもな準備

## かかりつけ医を決める

病院に入院中または通院

主治医・退院調整看護師・医療ソーシャルワーカーに相談

かかりつけ医が在宅医療を実施できない場合

かかりつけ医に通院

かかりつけ医に訪問診療や往診が可能かどうかを相談

かかりつけ医が在宅医療を実施できない場合

安城市在宅医療サポートセンター  
条件に合う医療機関を紹介します

## 公的サービスの準備

在宅医療を受ける人の年齢により、利用できる公的サービスは異なります。

対象者	制度	相談窓口
65歳未満で障害者手帳などの手帳の保持者または難病などで一定の障害のある人	障害者自立支援法	障害福祉課
65歳以上または40歳以上の特定疾病(脳血管疾患、関節リウマチ、がん末期等16の疾病)の人	介護保険法	高齢福祉課または地域包括支援センター

※介護保険サービスの詳細は『介護保険利用のてびき』または『安城市介護・高齢者福祉(WEB版)』をご覧ください。  
(スマートフォンにも対応しています。こちらのQRコードを読み取ってご利用ください)



## 自宅の療養環境の準備

トイレや浴室などへの手すりの取り付け、介護ベッドや車いす、ポータブルトイレの準備など、介護保険等公的サービスの適応になるものもあります。どのような環境が望ましいか、担当のケアマネジャーなど在宅のサービス担当者に相談しましょう。

## 訪問看護の準備

病院に入院中、または通院の場合は、主治医、医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師などに相談しましょう。  
また、自宅で生活している場合はかかりつけ医や、担当のケアマネジャーなど在宅のサービス担当者に相談しましょう。



# 在宅医療を支える医療資源



## かかりつけ医は在宅医療を推進します。

かかりつけ医は、なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師です。保健・介護・福祉関係者と連携し、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進します。(出典:「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日))

## 在宅医療で行われる診療

### 訪問診療

通院が困難で、かつ継続的な診療が必要な患者に定期的・計画的に医師がご自宅を訪問し、診療します。通常は月2回程度の頻度で定期訪問し、診察・治療、薬の処方、療養上の相談・指導などを行います。

### 往診

急な病状変化(発熱など)に対して患者やご家族からの要請に基づいて不定期に行われます。

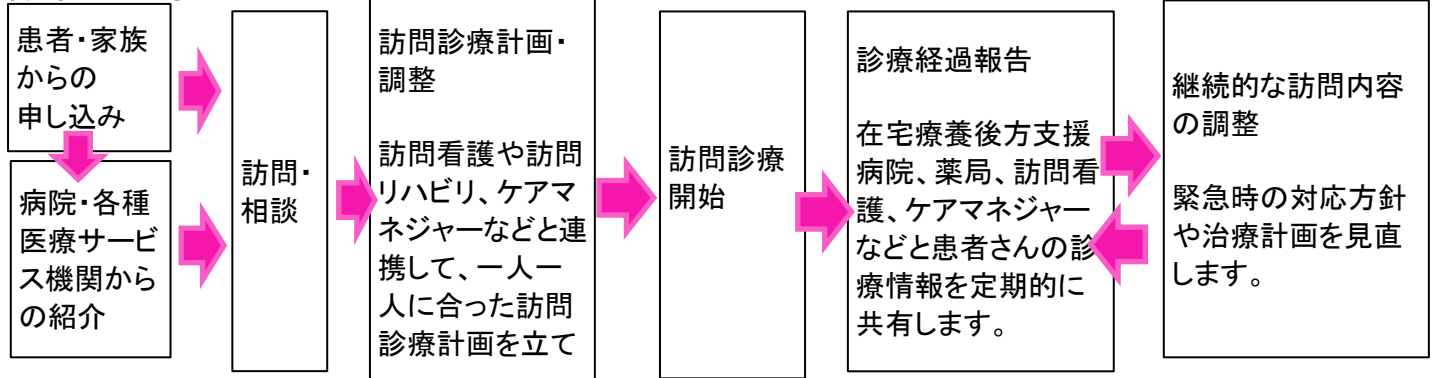
### 訪問診療でできる在宅療法の一例

- ・在宅酸素療法の管理
- ・各種薬剤の点滴・注射
- ・人工肛門の管理
- ・尿カテーテルの管理・処置
- ・高血圧、糖尿病などの慢性疾患に対する継続的加療
- ・がん末期などの緩和ケア(痛みの治療)、在宅での看取り



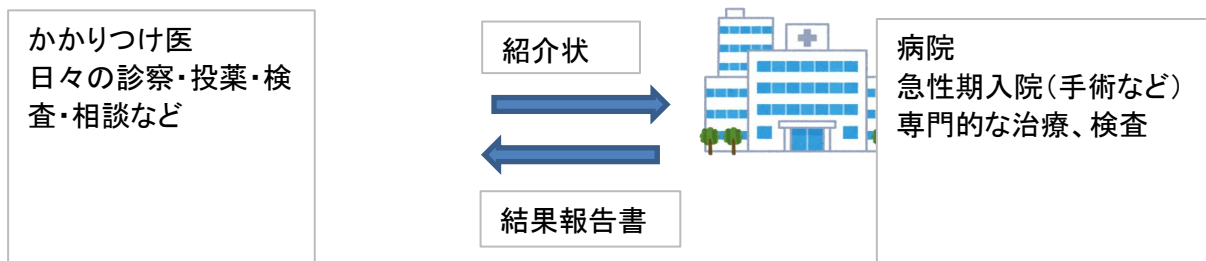
患者本人や家族が療養に必要な医療機器を安心して管理できるように医師や看護師が定期的にサポートします。

### 訪問診療のながれ



## 安城市内のかかりつけ医と病院との連携の仕組み

安城更生病院、八千代病院等総合病院では、地域のかかりつけ医と連携し、それぞれの役割に応じた医療を提供しています。日頃の健康管理をかかりつけ医が担い、専門的な検査や入院の必要な治療は病院が行います。病状が安定すれば患者さんと相談の上、かかりつけ医のもとで治療を続けていただきます。



「かかりつけ医」を通して受診をすると以下のメリットがあります。

初診でも予約が可能

直接専門医への受診が可能

検査のみの予約が可能

診察や検査も特別な予約枠があり、待ち日数や待ち時間が少ない。

かかりつけ医  
休日夜間急病診療所  
(第1次救急医療機関)  
入院を必要としない軽症者に  
処置や投薬治療を提供

連携

連携

八千代病院  
(第2次救急医療施設)

連携

安城更生病院  
(第3次救急医療施設)

入院を必要とする中等度・重症患者に対する救急・急性期から、回復期、慢性期、(リハビリ、レスパイト)在宅ケアまでを継続して支援する〈スーパーケアミックス〉を提供

心肺停止、脳卒中、大やけどなどの「生命の危機が切迫している」重篤患者に対し、高度な医療を24時間体制で提供

# 訪問看護

～赤ちゃんの看護から看取りまで～



訪問看護師は、かかりつけ医や病院の主治医、歯科医、薬剤師等とチームを組んで、「医療面の支援」を、また介護スタッフやケアマネジャーと連携して「生活面の支援」を行います。

病気に関することに専門的に観察・対応していくので、変化の兆候がある場合には早め早めに医師に連絡して適切な対応をとります。また、24時間連絡が取れる訪問看護事業所では即座の対応も可能です。

訪問看護は医療保険と介護保険のいずれかで利用することができます。

※どちらの保険が適応するかは訪問看護師にご相談ください。

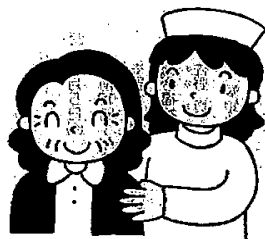
## 訪問看護でできること

主治医・かかりつけ医との  
連絡調整

認知症・精神疾患のケア

床ずれの予防・処置

リハビリテーション  
介護予防



生活しやすい環境整備、家族への  
サポート・相談

病状の観察や健康状態の  
管理

点滴・在宅酸素、人工呼吸器・カテーテル等医療機器の管理・処置

苦痛の緩和・看護

看取りの支援

## 訪問看護のながれ

患者・家族からの  
申し込み

医療機関・ケアマネジャーなどの  
申し込み

訪問・  
相談

訪問看護計画・調整  
かかりつけ医からの指示書に基づき、ケアマネジャーなどと連携して、一人一人に合った訪問看護計画を立てます。

訪問看護  
開始

経過報告

かかりつけ医、ケアマネジャーなどと患者さんの情報を定期的に共有します。

継続的な訪問内容の調整

状態の変化に合わせて援助内容の見直しをします。

# 在宅歯科診療

お家で歯とお口の健康をサポートします



在宅歯科診療とは、寝たきりや施設に入所し、歯科医院に通えない人のために、歯科医師や歯科衛生士が自宅または施設に訪問し、治療を行うことです。

虫歯や歯周病など、歯と口のトラブルを抱え、口腔内が不衛生になると肺炎の原因になったり、噛む力が衰え、認知症を招く可能性があります。元気に療養生活を続けていくために、歯と口のケアをしましょう。

## 在宅歯科診療でできること

- 歯の検診やお口についての健康相談
- 義歯作成
- 義歯調整
- 抜歯
- 虫歯の治療
- 歯石除去
- 歯周病治療
- 摂食、嚥下リハビリテーション



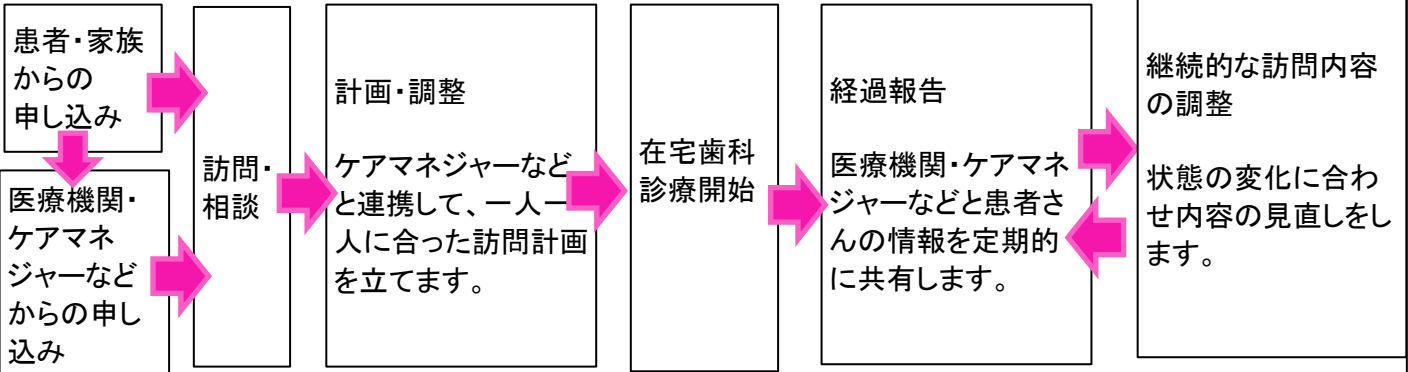
歯科医師会  
QRコード

歯とお口のトラブルで困ったら・・・

かかりつけの歯科医師に相談しましょう。

かかりつけの歯科医がない、またはかかりつけの歯科医が訪問診療をしていない場合は在宅医療サポートセンターに相談しましょう。

## 在宅歯科診療のながれ



# 訪問服薬指導



薬のことで困ったら、かかりつけ薬局に相談しましょう

## 服薬治療でよく起こる問題

薬の飲み方、使い方が分からない

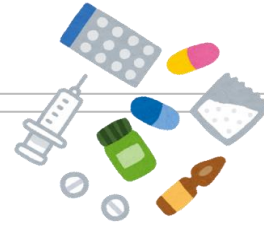
薬が飲みにくい

薬を飲んでも体調がよくなりません、または悪くなった

つい飲み忘れてしまう

薬の種類が多かったり、物忘れのために服薬時間や保管管理がうまくできない

薬を取りに行くことができない



## 服薬管理指導でできること

薬の効能・効果の説明

一般用医薬品や健康食品との飲み合わせ、食べ合わせの確認

副作用の有無の確認と医師への報告

薬の飲み忘れ防止のための工夫

(薬剤の一包化、お薬カレンダーなど)

薬が飲みにくい場合の工夫と提案

薬歴管理、残薬管理、廃棄等

生活習慣の指導

衛生材料、医療材料、特殊な食品などの供給

医療用麻薬の管理とその評価

中心静脈栄養輸液の調剤・管理(一部の薬局)

医療、介護スタッフへの情報提供



## 訪問服薬指導のながれ

患者・家族からの申し込み

医療機関・ケアマネジャーなどからの申し込み

訪問・相談

計画・調整  
ケアマネジャーなどと連携して、一人一人に合った訪問計画を立てます。

訪問服薬指導開始

経過報告

医療機関、ケアマネジャーなどと患者さんの情報を定期的に共有します。

継続的な訪問内容の調整

状態の変化に合わせて内容の見直しをします。

# 訪問リハビリテーション



「できる」を増やす支援をします

実際の生活場所で身の回りの動作、家事や趣味など、本人の「できるといいな」という気持ちを大切にします。

本人が実現したい目標を設定し、その実現に向けて個別のアドバイス、訓練や環境づくりを行うため、成果が実際の生活に結び付きやすいのが特徴です。

## 訪問リハビリテーションの具体的な支援内容



▲洗濯物を干す練習

趣味や活動を豊かにする活動  
(例:散歩・手芸・地域活動など)



▲買い物に行くための練習

社会生活に必要な活動  
(例:洗濯・掃除・調理など)



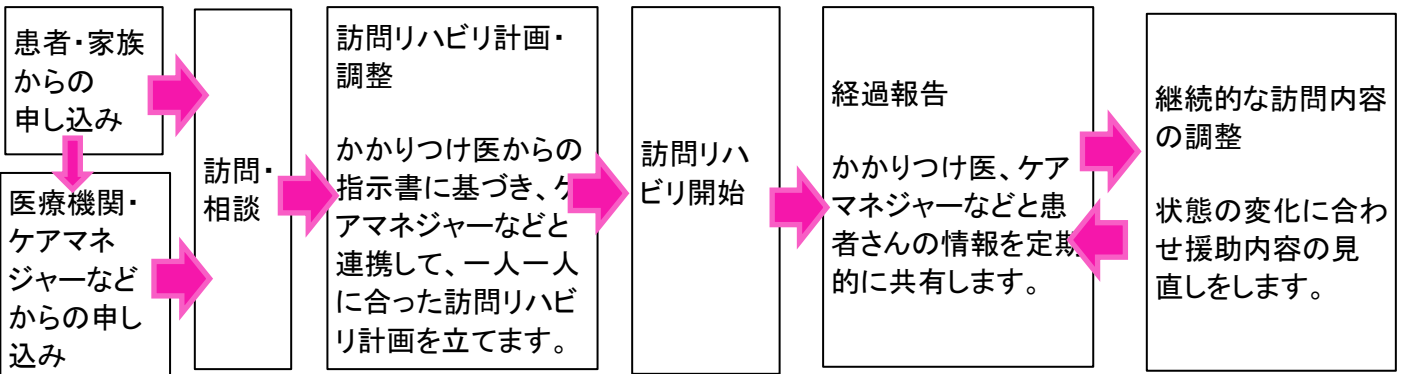
▲車いすへの移乗練習

日常生活動作  
(例:寝起き・立ち上がり・更衣など)



▲茶わんの持ち運び練習

## 訪問リハビリのながれ



# 訪問栄養指導

自宅での「食と栄養」に関わることを支援します

訪問栄養とは、通院・通所が困難な方(または、自宅での指導が施設での指導よりも有用性・必要性が高いと考える方)のために、管理栄養士がご家庭に定期的に訪問し、療養上必要な栄養や食事の管理および指導を行うものです。1回の訪問時間は、30分以上から1時間程度です。月の訪問回数は、原則2回まで

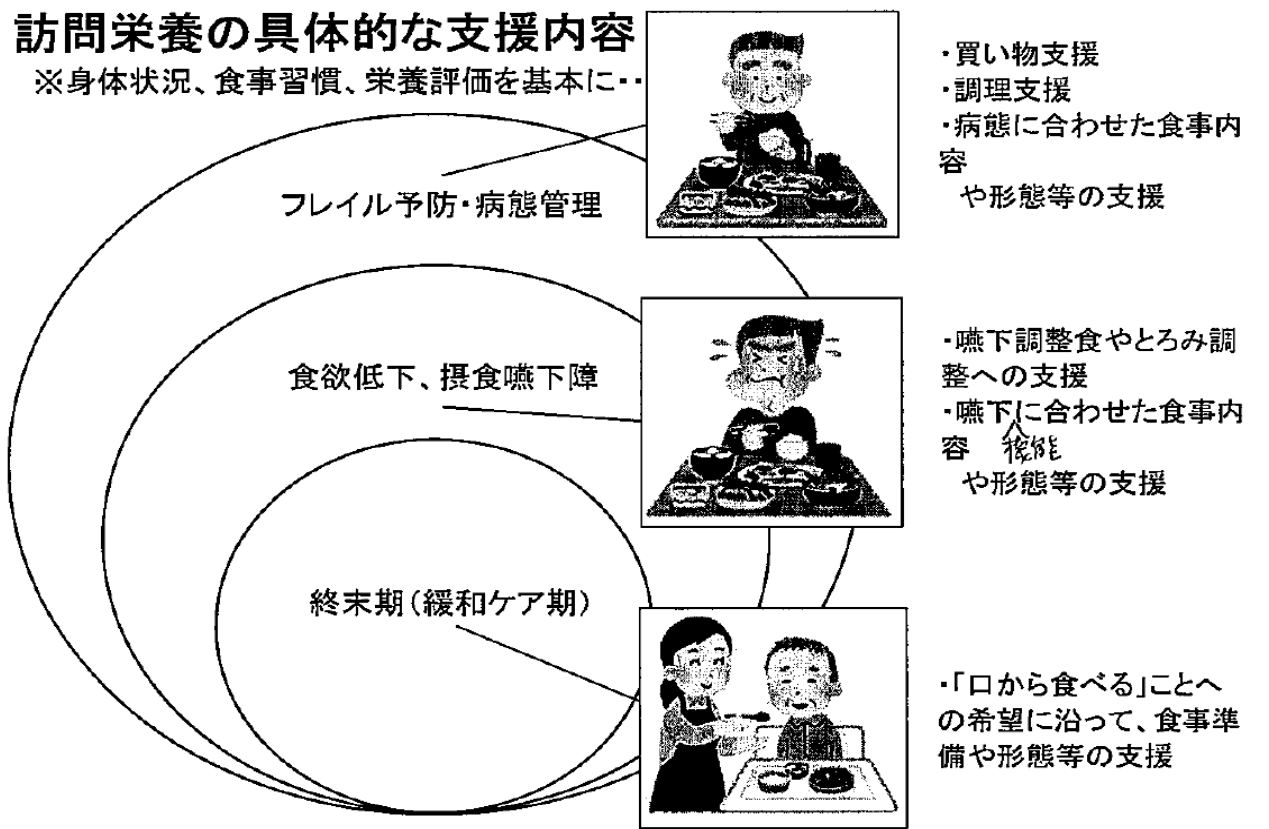
## どのような時に利用すればよいの？

(例)・退院後、どのように食事管理をすればいいかわからない

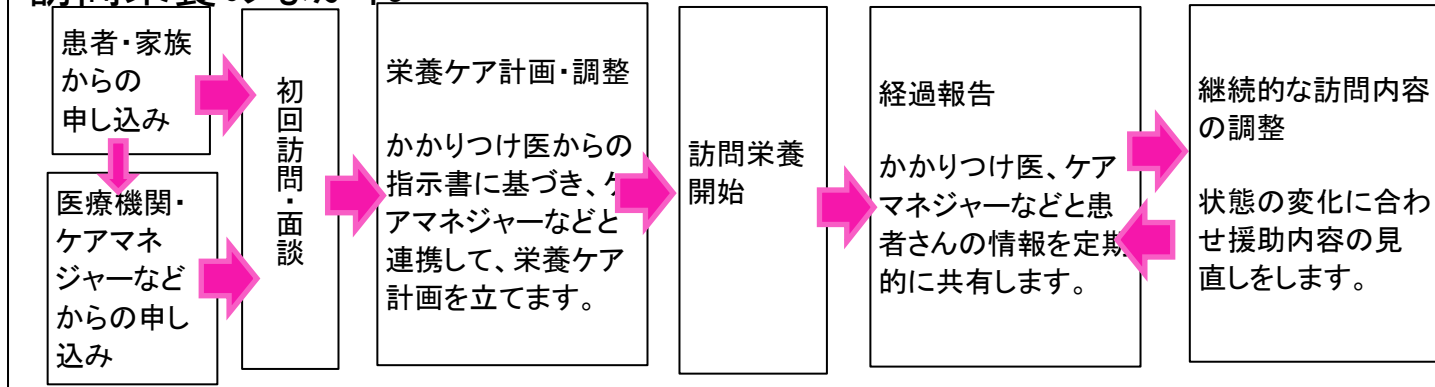
- ・食事管理がうまくいかず、体重も減少(増加)している
- ・治療食や、介護食の準備方法を教えてほしい
- ・食欲が低下し、食事摂取量が減り、身体が弱ってきた

## 訪問栄養の具体的な支援内容

※身体状況、食事習慣、栄養評価を基本に...



## 訪問栄養のながれ



## Q & A

問 在宅医療・介護サービスの費用はいくらかかるの？

⇒費用は次のとおりです。

医療保険

訪問診療・往診

訪問看護

訪問服薬指導

1か月あたりの自己負担限度額

介護保険 要介護度別の限度額

要支援1

要支援2

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

問 一人暮らしでも在宅医療は可能ですか

⇒可能です。医師や訪問看護師等の医療サービスだけでなく、訪問や通い・泊まり等の介護のサービス、地域住民の見守り等、関係者がチームを組んで役割分担をして関わることで、一人暮らしの人が終末期を自宅で過ごした事例もあります。

一人暮らしの人は増えていくと予測されるのでボランティア活動やご近所づきあいを利用して地域の互助(お互いに支えあう力)を上げる必要があります地域のつながりがとても大切です。

また、一人暮らしで誰もいないときに亡くなっても、訪問看護師や介護スタッフなど誰かが安否確認する仕組みがあれば、訪問医の診察で死亡診断書を作成することができます。これはある程度予期していた看取りであり、いわゆる孤立死とは異なります。



問 かかりつけ医がいるが、専門医(認知症など)の診察を受けたいときはどうしたらよいですか？

⇒ほかの医療機関で診察を受けたいときは、まずかかりつけ医に相談してください。かかりつけ医が専門医の診察が必要と判断すれば専門医療機関に紹介します。専門医療機関受診には、かかりつけ医の紹介状(診療情報提供書)が必要です。

問 訪問歯科診療について対象者の条件はありますか？

⇒通院が困難な人が対象になります。

問 保険薬局に自宅へお薬を届けていただくことはできますか？

⇒通院が困難で、医師から訪問薬剤管理指導の指示(処方箋に記載または口頭指示)があれば可能です。かかりつけの医師または保険薬局に相談してください。

問 食べ物をうまく飲み込めずにむせてしまいます。どうしたらよいですか？

⇒飲み込む動作が上手くできない状態を嚥下障害といいます。食べ物を上手く飲み込めないと食事がとりづらくなるため、「低栄養や脱水を起こす」「食べ物が喉に詰まって窒息する」といった危険があるほか、高齢者の命を脅かす病気「誤嚥性肺炎」を引き起こす原因にもなります。

嚥下障害は、高齢者であれば誰にでも起こり得る障害ですが、リハビリなどで飲み込む力を回復させることができる場合もあります。

また、嚥下障害のある人が食べにくい食品、誤嚥を起こしやすい食品をあらかじめ把握しておきましょう。

問 飲み込みのリハビリはどのようなしたらよいですか？

⇒飲み込む動作がうまくできない時は、かかりつけ医の指示で自宅で訪問看護師や訪問リハビリの療法士から嚥下訓練指導を受けることもできます。

問 食べ物でむせてしまう人には何を食べさせたらよいですか？

⇒「食事・栄養」は在宅療養の基本であり、大切な土台の一つです。障害の度合いと患者の嗜好に合わせて、とろみ調整食品やゼリー化補助食品を用いたり、ミキサーを使って食品の柔らかさや形状を調整したりします。また、かかりつけ医の指示があれば、通院が困難な方に対して栄養士が自宅を訪問し、食生活や栄養に関する様々な相談にのり、食の不安解決に向け支援します。

問 訪問栄養指導の費用はいくらくらいかかりますか

⇒1回の訪問時間は30分から60分で月2回まで訪問します。自己負担額は負担割合と医療保険と介護保険で異なりますが負担割合が1割の人の1回あたりの費用は〇〇〇円です。利用料のほかに交通費や、指導の内容によっては食材などの実費がかかる場合があります。

※訪問栄養食事指導とは、管理栄養士が傷病者も含めて個々のさまざまな症状・体質を考慮し、給食管理、栄養指導を行うことです。

## 問 介護が負担になったときにはどうしたらよいですか？

⇒長期にわたり在宅で療養を継続するためには、介護者の休養も必要です。家族内で役割分担をしたり、介護サービス(\*1)・医療(\*2)を上手に使い、自分の”息抜きの時間”を大事にして、心にゆとりを持てるようにしましょう。

### (\*1) 介護サービス

ケアプランにより、日帰りの介護サービス、ショートステイや老人保健施設入所などの一時的な入所による介護サービスを利用して介護者のリフレッシュをしましょう。

### \*2 医療

例えば八千代病院の慢性期病棟では、介護保険などのショートステイ利用が困難な方を対象に、短期入院(レスパイト入院)の受け入れを行っています。申し込みにはかかりつけ医の紹介状が必要です。



## 問 普段と様子が違う時はどうしたらよいですか。

⇒在宅医療では、夜間や休日にも対応できる体制をとっています。まずはふだんの状態をよく知っている訪問看護ステーションやかかりつけ医に連絡しましょう。

また、発熱時はどうするか、痛みが出たときはどうするか、呼吸や意識に異常が見られたときはどうするかなど、どのような時に病院受診するかを、あらかじめ医療スタッフと一緒に話し合っ、決めておくことをお勧めします。

# これからの生き方を考えましょう

**リビングウィル**（人生の最終段階における医療に関して、判断力のあるうちに意思表示しておくことをリビングウィルといいます。）

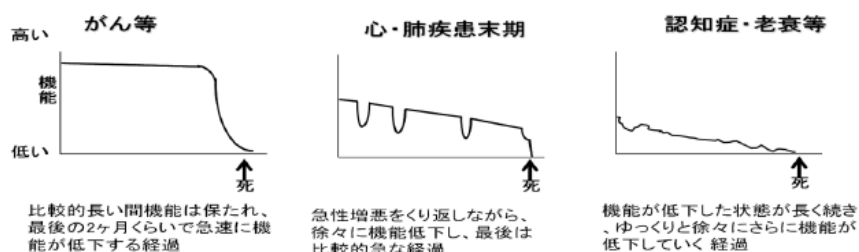
日頃から、療養や治療方針に関するご本人や家族の希望についてあらかじめ話し合ひましょう。その希望をかかりつけ医や看護師など周りに伝えてください。希望が変わった場合も同じです

”人生の最終段階”のとらえ方、進み方は人それぞれです。

いつか自分の力で動けなくなり、口から食べる力も衰え、自分がしたいことを伝えることができなくなる日がやってくるかもしれません。

そのような日に備えて、自分は何を大事にして暮らしていきたいか、”人生の最終段階”をどのように過ごしたいかを考えてみませんか。そして周りの人に「自分が望む人生の最終段階の過ごし方」を伝えてください。そしてその時々にも何度でも振り返り、考え直しができるように書き留めておくことをお勧めします。

## 終末期の軌道



Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285 7, 2001

暮らしの中で  
大事にしたいも  
のは〇〇です。

「とことん型医療」と  
「まあまあ型医療」  
今の私は「〇〇型医療」を  
望んでいます。  
望む医療処置は……、  
望まない医療処置は……です。

私が私の大切  
な人に伝えたい  
事は〇〇です。

もしもの時には  
治療方針を家族  
の〇〇に決めて  
もらいたいです。

## 裏表紙

### 関係機関連絡先

(在宅医療に関する相談窓口)

安城市在宅医療サポートセンター（八千代病院内） ☎98-8330

(40歳以上の介護保険の認定者、65歳以上の高齢者の相談窓口)

※お住いの地区の地域包括支援センターにご相談ください

東山	地域包括支援センターさとまち	☎ 96-3512
安城北	地域包括支援センター中部	☎ 71-0077
篠目	地域包括支援センター八千代	☎ 97-8069
安城南	地域包括支援センター更生	☎ 77-9948
安祥	地域包括支援センター松井	☎ 55-5355
安城西	地域包括支援センターあんのん館	☎ 71-3173
明祥	地域包括支援センターひがしばた	☎ 73-8210
桜井	地域包括支援センター小川の里	☎ 73-3535

(高齢者相談・支援に関する相談)

高齢福祉課 地域支援係 ☎ 71-2264

(障害者福祉サービスに関する相談窓口)

障害福祉課 障害福祉係 ☎ 71-2259

(入院中の方はそれぞれの病院にご相談ください)

安城更生病院 ☎  
八千代病院(患者支援センター) ☎ 33-9064

# 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

厚生労働省

改訂 平成30年3月

# 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

## 1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種 of 医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

## 2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

### (1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。

そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。



## 自動消火器の給付要件について（保健福祉部会）

自動消火器の給付	内容：一人暮らしの世帯で希望者に自動消火器を取り付ける。 対象：70 歳以上で所得税非課税の一人暮らし高齢者（認定者） 費用：無料 ※取り外し、破棄は自己負担
----------	---------------------------------------------------------------------------------------

## 【地域包括支援センターからの問題提起】 ※4 月保健福祉部会

- ・ 認知症で要介護認定を受けた高齢夫婦
- ・ 役割と生きがいの保持のため、炊事をしているが、火事が心配
- ・ 自動消火器を設置したいが、4 万円程度の費用は経済的に負担

→ 老老認認介護の世帯が多くなっており、同じような課題を抱えている世帯が増えてきた。また障害がある方の世帯も必要性を感じているのではないか？利用要件の見直しを考えていただけないか。

## 【給付対象者の検討】 ※5 月保健福祉部会

- ・ 利用要件に合致せずに利用できていない世帯の検討
- ・ 利用状況からこの制度の問題点の確認

↓

## 【給付対象者の拡大を提案】

- ・ 介護保険認定者や認知症を含む高齢者世帯や高齢者と障害者のみの世帯への拡大

介護保険制度改正に伴う医療と介護の連携強化に関するお願い (ケアマネット部会)

H30年度の制度改正 居宅介護支援における改定事項より抜粋

資料 3

医療と介護の連携の強化

ア 入院時における医療機関との連携促進

使用する  
連携シート

i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける。【省令改正】

ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。

iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。

③

イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携促進

i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。

ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。

iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

④

ウ 平時からの医療機関との連携促進

i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。【省令改正】

①

ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。【省令改正】

②

エ 医療機関等との総合的な連携の促進 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価する。  
(平成31年度から施行)

# 連 絡 票 (医療系サービスについて)

平素よりお世話になっております。医療系サービスの利用に対するご意見をいただきたく主治医意見欄にご記入くださるようお願いいたします。

平成 年 月 日  
※ 月 日 ( ) までにご返信をお願い致します。

送信先 主治医  先生 御中 侍史	発信元 事業所名 担当者 TEL FAX															
利用者	氏名 様 生年月日 M・T・S 年 月 日 住所															
介護度	要支援 要介護 有効期限 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日															
連絡事項 (ケアマネとして医療系サービスの必要な理由を必ず記入のこと)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">サービス</td> <td style="width: 25%;">訪問看護</td> <td style="width: 25%;">通所リハビリ</td> <td style="width: 25%;">訪問リハビリ</td> <td style="width: 20%;">短期入所療養介護</td> </tr> <tr> <td>期間</td> <td>自 年 月 至 年 月</td> <td>自 年 月 至 年 月</td> <td>自 年 月 至 年 月</td> <td>自 年 月 至 年 月</td> </tr> <tr> <td>頻度</td> <td>週に 日程度</td> <td>週に 日程度</td> <td>週に 日程度</td> <td>月に 日程度</td> </tr> </table>	サービス	訪問看護	通所リハビリ	訪問リハビリ	短期入所療養介護	期間	自 年 月 至 年 月	自 年 月 至 年 月	自 年 月 至 年 月	自 年 月 至 年 月	頻度	週に 日程度	週に 日程度	週に 日程度	月に 日程度
	サービス	訪問看護	通所リハビリ	訪問リハビリ	短期入所療養介護											
	期間	自 年 月 至 年 月	自 年 月 至 年 月	自 年 月 至 年 月	自 年 月 至 年 月											
	頻度	週に 日程度	週に 日程度	週に 日程度	月に 日程度											
○ 現在のサービス状況 □別紙ケアプランをご参照ください。																
サービス内容など	○ 現在のサービス状況 □別紙ケアプランをご参照ください。															

## 主治医意見欄

1) 医療系サービスが必要と思われる事由 <input type="checkbox"/> 利用者、家族、ケアマネの必要としている状態、内容で問題なし。 <input type="checkbox"/> その他、主治医として事由があれば下記にお書きください。				
医学的所見から下記のサービスの必要性、頻度				
サービス	訪問看護	通所リハビリ	訪問リハビリ	短期入所療養介護
必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
期間	<input type="checkbox"/> 上記の期間で可 <input type="checkbox"/> その他 ( 年 月 ~ 年 月 )	<input type="checkbox"/> 上記の期間で可 <input type="checkbox"/> その他 ( 年 月 ~ 年 月 )	<input type="checkbox"/> 上記の期間で可 <input type="checkbox"/> その他 ( 年 月 ~ 年 月 )	<input type="checkbox"/> 上記の期間で可 <input type="checkbox"/> その他 ( 年 月 ~ 年 月 )
頻度等	<input type="checkbox"/> 上記の頻度で可 <input type="checkbox"/> その他 1週間に 日程度	<input type="checkbox"/> 上記の頻度で可 <input type="checkbox"/> その他 1週間に 日程度	<input type="checkbox"/> 上記の頻度で可 <input type="checkbox"/> その他 1週間に 日程度	<input type="checkbox"/> 上記の頻度で可 <input type="checkbox"/> その他 月に 日程度
○ 療養上の留意点、利用者に指導している事、ケアマネへの希望、ご意見などがありましたらお書きください。				
平成 年 月 日 (氏名)				

## 連絡票（ケアマネ ⇄ 主治医・歯科・薬科）

平素よりお世話になっております。利用者様に対する先生のご意見をいただきたく、主治医等意見欄にご記入くださるようお願いいたします。

平成 年 月 日

送信先 主治医 歯科医 薬科	御中  先生  ご侍史	発信元 事業所名 担当者 TEL FAX
利用者	氏名	様  生年月日 M・T・S  年  月  日
	住所	
介護度	要支援      要介護	有効期限 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
連絡事項	<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"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医への意見・相談など <input type="checkbox"/> 利用者の状況についての相談 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになったあいさつ	
サービス内容 など	<input type="checkbox"/> 現在のサービス状況 <input type="checkbox"/> 訪問介護      週      回 <input type="checkbox"/> 訪問入浴      週      回 <input type="checkbox"/> 訪問リハ      週      回 <input type="checkbox"/> 訪問看護      週      回 <input type="checkbox"/> 通所介護      週      回 <input type="checkbox"/> 通所リハ      週      回 <input type="checkbox"/> 短期入所      月      回 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与      品目 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

返信不要 ・  月 日までにご返信をお願い致します。

利用者様の療養上の留意点、ご指導されている事、ケアマネへの希望、ご意見などがありましたらお書きください。

### 主治医等意見欄

平成 年 月 日 (氏名) \_\_\_\_\_

○ 居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について  
 (平成 21 年 3 月 13 日老振発第 0313001 号厚生労働省老健局振興課長通知)

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p data-bbox="224 252 996 276">居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例の提示について</p> <p data-bbox="163 352 1055 408">標記について、今般下記のとおり定めたので御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図ると共に、その運用に遺漏のないようにされたい。</p> <p data-bbox="163 416 1055 472">なお、当該様式は当該加算の算定を担保するための標準様式例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。</p> <p data-bbox="600 515 622 539">記</p> <p data-bbox="163 584 577 608">・入院時情報連携加算に係る様式例 (別紙 1)</p> <p data-bbox="163 616 533 639">・退院・退所加算に係る様式例 (別紙 2)</p>	<p data-bbox="1198 252 1848 276">居宅介護支援費の退院・退所加算(Ⅰ)・(Ⅱ)に係る様式例の提示について</p> <p data-bbox="1075 352 1971 408">標記について、今般下記のとおり定めたので御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図ると共に、その運用に遺漏のないようにされたい。</p> <p data-bbox="1075 416 1971 472">なお、当該様式は当該加算の算定を担保するための標準様式例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。</p> <p data-bbox="1512 515 1534 539">記</p> <p data-bbox="1075 616 1512 639">・退院・退所加算(Ⅰ)・(Ⅱ)に係る様式例 (別紙)</p>

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

### 入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について					
患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日生	
住所	〒	電話番号			
住環境 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small>	住居の種類（戸建て・集合住宅）、__階建て、居室__階、エレベーター（有・無） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<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				<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<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				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的）	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )				

2. 家族構成/連絡先について					
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） <small>* <input type="checkbox"/> 日中独居</small>				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL		

3. 本人/家族の意向について	
本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について	
入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> その他（ ）

5. 今後の在宅生活の願望について(ケアマネジャーとしての意見)	
在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他( )
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要( )
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢 )
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める( <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)	
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり
	・具体的な要望( )

\* = 診療報酬 退院支援加算1, 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	( )回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)			
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状況		良	不良 ( )		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: _____ 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピ-)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: _____ ・管理方法: _____ )		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(リカナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( )回 / 月

\* = 診療報酬 退院支援加算1、2「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要区分変更 )		
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) ・要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先	施設名	棟	室			
	今後の医学管理	医療機関名：			方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入 安定( ) 不安定( )	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )					
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず					
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )				UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )				眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	<本人> 退院後の生活に関する意向						
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方						
	<家族> 退院後の生活に関する意向						

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)			
症状・病状の予後・予測		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。				
在宅復帰のために整えなければならない要件						
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)				会議出席
1	年 月 日					無・有
2	年 月 日					無・有
3	年 月 日					無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。



## 議題4 サルビー見守りネットの運営について

## 1) 市外事業者の登録について（承認事項）

## ① 碧南市民病院 医師（副院長） 金澤英俊（カナザワヒデトシ）

安城市医療・介護・福祉ネットワーク「サルビー見守りネット」利用規約

**第一章 総則**

（目的）

第1条 本規約は、安城市医療・介護・福祉ネットワーク「サルビー見守りネット」の利用に関し、必要な事項を定めることにより、安城市医療・介護・福祉ネットワーク「サルビー見守りネット」を適正かつ円滑に運営することを目的とする。

（定義）

第2条 本規約において、安城市医療・介護・福祉ネットワーク「サルビー見守りネット」（以下、「サルビー見守りネット」という。）とは、安城市内で医療や介護等を受ける療養者のプライバシー保護を厳重に図りながら、療養者情報の一部について参加機関を結ぶネットワークで共有し、診療・検査や日々のケア等から得られた多くの情報をもとに多職種連携を図り、療養者に質の高い医療・介護サービス等を提供することを目的とした仕組みを提供するものと定義する。

（中略）

（サービスの運営）

第4条 前条第1項に定めるサービスの運営は、安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会（以下、「協議会」という。）が行う。

2 前項のサービスの運営において、サルビー見守りネットのシステムの運用管理その他サービスの運用管理に関する業務は、協議会の事務局である安城市（以下、「サービス運用者」という。）が行う。

（中略）

**第二章 利用に関する事柄等**

（利用施設）

第7条 サルビー見守りネットを利用することができる機関、機関に属する施設、施設及び事業所（以下、「施設等」という。）は、次の各号に掲げる協議会に属する施設等、安城市地域包括支援センター、安城市**その他協議会で認められた施設等**（以下、「利用施設」という。）とする。

(1) 安城市医師会

(2) 安城市歯科医師会

(3) 安城市薬剤師会

(4) 安城市内の介護保険サービス事業所（訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などをいう。）

2 利用施設においては、サルビー見守りネットに関する責任者（以下、「施設責任者」という。）を置かなければならない。

3 施設責任者は、次条に規定する当該施設に属するシステム利用者の運用に関して全ての責務を負う。

（システム利用者）

第8条 サルビー見守りネットを利用することができる者は、利用施設に属し、次条第2項により専用のシステム利用者識別番号を付与された者（以下、「システム利用者」という。）とする。

## 平成30年度 安城市在宅医療・介護連携推進のための研修予定 (講師等の都合により変更する場合があります)

平成30年5月17日現在

日 時	主催する部会	内 容	講師	参加予定の部会	会場
9 月 1 日 土 PM		①地域包括ケア市民フォーラム 内容:患者・家族・医療者で行う協働意思決定 ②介護人材不足解消のため介護事業者のPRや就職相談、高齢者の就業相談、介護に関する相談などを多目的室で行う。	杉浦 真氏(安城更生病院在宅医療連携推進センター長) ・劇団サルビー見守り隊	一般	アンフォーレ ①ホール ②多目的室
11 月 17 日 土 PM		認知症を知る講演会 ・講演 ・寸劇で知ろう認知症	講師 調整中 ・劇団サルビー見守り隊	一般	市民会館 サルビアホール
5 月 25 日 金 18:00~	訪問看護ネットワーク部会 ケアマネット部会	訪問看護とケアマネジャーの相互理解を深めるための研修会		訪問看護ネットワーク部会 ケアマネット部会	総合福祉センター 会議室3
6 月 22 日 金 19:00~	訪問リハネット部会	自立支援を目的としたリハビリテーションの視点を学ぶ~地域ケア会議に呼ばれたとき、お役に立てる療法士を目指して~	都築 晃氏 藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター医療科学部リハビリテーション学科	すべての部会	八千代病院 大会議室
7 月 7 日 土 13:30~	医師会部会	安城市エンドオブライフ・ケア研修会	杉浦 真氏 安城更生病院在宅医療連携推進センター長	すべての部会 (定員30人)	医師会館 2F 大会議室
7 月 13 日 金 13:30~	デイネット部会	地域と事業所と他事業所との連携づくりについて		すべての部会 地域支援部会	市民会館4 視聴覚室(仮予約)
8 月 日	グループホーム部会 小規模多機能部会	認知症のBPSDについて/地域密着型施設のあり方	和田 行男氏	すべての部会	市民会館 大会議室(希望)
9 月 13 日 木 PM	保健福祉部会	(仮)支援における家族理解について ~8050問題を医療・介護・福祉はどう支えるか?~	高橋 健輔氏 名古屋市成年後見あんしんセンター	すべての部会	市民会館 大会議室(先行予約申請済)
10 月 18 日 木 PM	歯科医師会部会	口腔ケア研修会「口腔ケアの実際」	板倉 直美氏、中村 尚美氏 (公益社団法人愛知県歯科衛生士会三河南部支部)	すべての部会 (定員40人)	総合福祉センター 会議室3
11 月 日	施設部会	①多様化する介護従事者への対応 または ②介護現場での接遇・マナー		すべての部会	
12 月 1 日 土 14:00~	病院部会	多職種ワークショップ研修会 「多職種連携(IPW)の障壁を低くするためには」		すべての部会	安城更生病院 2F 大会議室
1 月 日	デイネット部会	魅力ある職場環境を整備しよう!		すべての部会	
2 月 日	薬剤師部会	在宅で薬剤師ができること	愛知県薬剤師会からの派遣講師	すべての部会	市民会館 視聴覚室(希望)
3 月 日	ヘルパーネット部会	生活サポーターとの連携		すべての部会	

## 地域包括ケア市民フォーラム開催時の多目的室の利用について

## ○市民フォーラム

日 時 平成30年9月1日(土) 午後2時～4時(予定)  
場 所 アンフォーレ ホール  
内 容 患者、家族、医療者で行う共同意思決定  
劇団サルビー見守り隊の寸劇

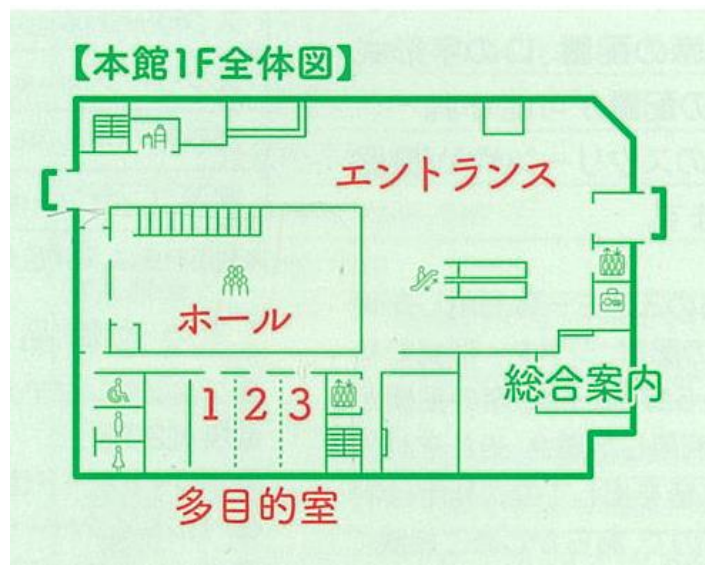
## ○多目的室での企画

開催日時・場所

日 時 平成30年9月1日(土) 使用可能時間 午前9時～午後4時30分  
場 所 アンフォーレ 多目的室(9m×13.4m)  
器 具 椅子60席、机20脚、展示用パネル13枚

予想される来場者

- ・市民フォーラムへの参加者  
→在宅医療、介護に興味を持って来場された方へ情報提供ができる  
例年、市民フォーラム聴講のため、開演前に行列ができています。その待ち時間を有効利用する。
- ・アンフォーレマルシェを目的に来る不特定多数のアンフォーレの来場者  
→在宅医療、介護などに興味薄い世代を取り込める良い機会ととらえる。



連絡先 地域支援係 71-2264 (担当:田中)

E-mail: [tanaka-yuka@city.anjo.lg.jp](mailto:tanaka-yuka@city.anjo.lg.jp)

# 介護保険 利用のてびき

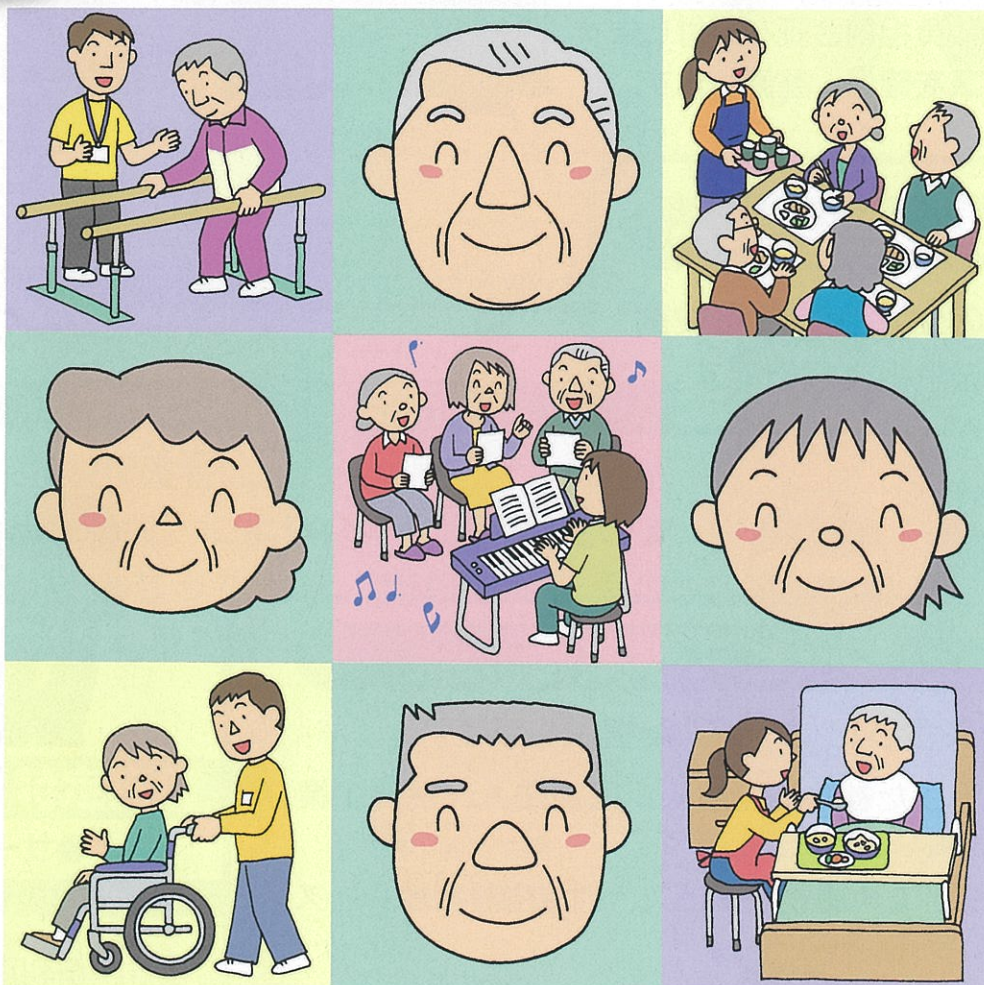
平成30年度  
介護保険制度改正対応版

いつまでも  
住みなれた地域で  
暮らしていくために

安城市  
介護・高齢者福祉  
(WEB版)  
5月配信!

介護に対する不安解消や介護情報提供の充実を図り、安城市の介護に関するもののほか、制度全般についての様々な情報をより多くの市民のみなさんに配信することを目的に「安城市介護・高齢者福祉(WEB版)」を提供します。本パンフレットのほか、介護保険の最新情報や、安城市内で利用できる介護サービスの事業者情報、介護や認知症に関するお役立ち情報、介護保険以外の高齢者福祉サービスなどを配信する予定です。

スマートフォンにも対応しています。こちらのQRコードを読み取ってご利用ください。



## 平成30年4月から介護保険制度が変わりました!

介護保険制度は3年に一度改正され、平成30年4月から新しい制度がはじまりました。該当部分には **改正ポイント** を記載しています。介護報酬の変更による利用者負担の変更や、8月から変更される改正点などがあります。