

ちた在宅医療・介護連携ガイドブック

令和5年6月改訂版

知多市在宅医療・介護連携推進事業

はじめに

知多市は平成 27 年度から在宅医療・介護連携推進事業を開始し、そこで在宅医療・介護連携体制に関するワーキンググループを立ち上げ、24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築について検討してきました。その中で、連携体制を構築するために、多職種連携のルールを統一していくということが課題となりました。そこで、名古屋市・名古屋市医師会が作成した名古屋市版医療介護連携ガイドラインを参考にして医療と介護の連携ポイントをまとめた知多市在宅医療・介護連携ガイドラインを作成しました。

在宅から病院、病院から在宅や在宅療養中の医療と介護の連携では、多くの課題があります。在宅療養者の生活の場面のうち、医療と介護が共通する 4 つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識し、令和 3 年度から在宅医療・介護連携推進に関するワーキンググループで再度ガイドラインを見直すとともに、名称を「ちた在宅医療・介護連携ガイドブック」に変更しました。

このガイドブックでは、第 1 章 在宅療養時の連携、第 2 章 入院時の連携（在宅から病院）、第 3 章 退院時の連携（病院から在宅）、第 4 章 看取りに向けての連携に分け、それぞれの専門職の役割毎に連携ポイントをまとめました。

このガイドブックが多職種間で活用され、より一層在宅医療と介護の連携が推進し、在宅療養者にとってよい支援につながれば幸いです。

<知多市の在宅医療・介護連携推進事業の目指す姿>

誰もが自分らしく最期まで安心して

住み慣れた地域でいきいきと暮らせる

目次

第1章 在宅療養時の連携

1. 主治医のポイント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
 - (1)窓口の明確化
 - (2)ケアマネジメントへの協力
 - (3)療養者の入院時の対応
2. ケアマネジャーのポイント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
 - (1)主治医との連携
 - (2)歯科医との連携
 - (3)調剤薬局との連携
 - (4)訪問看護事業所との連携
 - (5)リハビリテーション事業所との連携
 - (6)サービス担当者会議
 - (7)緊急時の対応について
 - (8)よりよい連携のために
3. 介護サービス事業所のポイント・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
 - (1)緊急時の対応について
 - (2)サービス担当者会議
 - (3)主治医との連携及び介護サービス事業所間の連携

第2章 入院時の連携（在宅から病院）

1. ケアマネジャーのポイント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
 - (1)療養者が入院した場合～入院直後～
 - (2)療養者が入院した場合～入院中～
2. 病院のポイント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
 - (1)療養者が入院した場合～入院直後～
 - (2)療養者が入院した場合～入院中～

第3章 退院時の連携（病院から在宅）

1. 多職種共通のポイント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
 - (1)退院カンファレンスについて
 - (2)退院カンファレンスの開催基準の目安
2. ケアマネジャーのポイント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
 - (1)退院カンファレンスを行う場合
 - (2)退院カンファレンスを行わない場合

3. 病院のポイント	11
(1) 退院カンファレンスを行う場合	
(2) 退院カンファレンスを行わない場合	

第4章 看取りに向けての連携

1. 療養者・家族の意思決定支援	12
(1) ACPのプロセス	
(2) ACPのプロセスにおいて話し合う内容	
(3) ACPを始めるタイミング	
(4) ACPについての会話のポイント	
(5) 療養者の意思が確認できない場合	
2. 在宅看取りの条件	14
3. 情報共有の必要性	14
4. 身寄りのない人の場合	15

付録

1. 参考様式（主治医連絡票、医療と介護の連携シート）	17
2. 訪問看護の医療保険と介護保険の使い分け	20
3. 作成の経緯	21

第1章 在宅療養時の連携

1. 主治医のポイント

(1) 窓口の明確化

- ① 在宅医はケアマネジャーや介護サービス事業所等関係者からの問い合わせ窓口を明確にする。
- ② 病院はケアマネジャーや介護サービス事業所等関係者からの外来受診等問い合わせ窓口を明確にする。

<外来時の問い合わせ窓口>

病 院	提 出 先
公立西知多総合病院	患者サポートセンター T E L 0562-33-5500 (代表) F A X 0562-33-0010 (直通)
知多小嶋記念病院	地域連携室 T E L 0562-54-2333 (代表) F A X 0562-54-2332 (代表)
西知多リハビリテーション病院	受付 T E L 0562-54-3500 (代表) F A X 0562-54-3502 (代表)

(2) ケアマネジメントへの協力

- ① サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席する。
- ② サービス担当者会議へ出席できない場合は、意見照会に回答する。
- ③ 医療依存度の高い療養者、独居高齢者（昼間独居、一時的な独居状態等も含む）、認知症の方等療養上注意を必要とする場合は、緊急時や急変時の連絡体制や対応をあらかじめ在宅医や訪問看護、ケアマネジャー等と協議する。
- ④ ケアマネジャーの求めに応じて、療養者の医療サービスの利用に当たって、必要性の有無と医学的観点から留意事項の指示を出す。その場合において、ケアマネジャーから居宅サービス計画が交付されるので受け取る。

(3)療養者の入院時の対応

在宅医は療養者が入院する場合、又は入院した場合は、速やかに診療情報提供書を入院先の医療機関へ送付する。

2. ケアマネジャーのポイント

(1)主治医との連携

<主治医との関係構築>

新規に療養者を担当することになった場合、担当することを主治医に必ず連絡する。

<主治医への連絡手段>

- ① 面会することが望ましい。
- ② 面会することが困難な場合は主治医連絡票等で連絡を取る。
- ③ 介護支援専門員等の身分証明証を携帯の上、医療機関へ直接主治医連絡票等持参することが望ましい。
- ④ F A Xで送付する際は、送付後にF A Xが送付先に届いているか確認する。
- ⑤ 電話での相談や情報照会はできるだけ避けるようにする。
※主治医連絡票は付録参照

<訪問診療・往診の導入>

- ① 療養者に訪問診療・往診（以下「在宅医療」）が必要となった場合は原則として主治医に在宅医療の依頼をする。その際必ず療養者や家族から主治医に相談してもらう。ただし、療養者や家族が相談できない場合は、代わりにケアマネジャー、訪問看護師等が相談する場合もある。
- ② 主治医が在宅医療を行えない場合は、療養者や家族の希望を聞き、主治医に了解を得たうえで対応可能な在宅医を探す。その際は主治医に在宅医宛てに診療情報提供書の作成を依頼する。
- ③ ちた梅子ネットワークの活用を検討する。

<在宅医を探す方法>

- ① 主治医から在宅医を紹介してもらう。
- ② 訪問看護等、医療系サービスを利用している場合は利用している医療

系サービス事業所に相談する。

- ③ 知多市在宅ケアセンターに相談する。

<医療系サービス等の導入>

療養者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療系サービスの利用を希望している場合や必要な場合には、療養者の同意を得て主治医の意見を求めなければならない。その場合において、居宅サービス計画書を作成した際には、主治医に交付しなければならない。

<受診前の情報提供>

療養者が自分の状態を正確に主治医へ伝えられない場合は、病状や在宅療養時の様子などあらかじめ情報収集し、できる限り主治医に伝えられるよう、ちた梅子ネットワーク等活用して情報提供を行う。

(2) 歯科医との連携

- ① かかりつけ歯科医を把握する。
- ② 療養者に訪問歯科診療および訪問口腔ケアが必要と考えたら、原則として療養者や家族からかかりつけ歯科医に相談してもらう。ただし、療養者や家族が相談できない場合は、代わりにケアマネジャー、訪問看護師等が相談する場合もある。
- ③ かかりつけ歯科医が訪問歯科診療を行っていない場合は、対応可能な歯科医を探す。

<訪問歯科医を探す方法>

- ① かかりつけ歯科医から対応できる歯科医を紹介してもらう。
- ② 知多市保健センターに相談する。
- ③ 知多市在宅ケアセンターに相談する。

(3) 調剤薬局との連携

- ① かかりつけ薬局を把握する。
- ② 薬剤師による居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）は処方医の指示により行われることに留意する。
- ③ 薬剤師による居宅療養管理指導が必要と考えた場合は、処方医及びかかりつけ薬局の薬剤師に相談する。（療養者等の意向、居宅療養管理指導が

必要と考えた理由等)

- ④ かかりつけ薬局が居宅療養管理指導を行っていない場合は、対応可能な薬局を探す。

<訪問薬剤師を探す方法>

- ① かかりつけ薬局から対応できる薬局を紹介してもらう。
- ② 愛知県薬剤師会ホームページ (<http://www.apha.jp>) の「在宅医療受入薬局リスト」を参考にする。
- ③ 知多市在宅ケアセンターに相談する。

(4)訪問看護事業所との連携

- ① 訪問看護は主治医の指示により行われることに留意する。
- ② 訪問看護が必要と考えた場合は、主治医に相談する。(療養者の意向、訪問看護が必要と考えた理由、どこの事業所に依頼するか等)
- ③ サービス担当者会議等によりサービス導入前に処置等看護の内容やリハビリテーションの内容、注意事項、緊急時の対応等について関係職種間で情報共有を行う。サービス担当者会議の開催が困難な場合は、訪問看護師等が主治医に内容の確認及び打ち合わせができるように調整する。その際、訪問看護師が事前に打ち合わせた内容はケアマネジャーに情報提供する。
- ④ 訪問看護指示書の作成依頼は、療養者や家族から主治医に訪問看護を利用したいという意思を伝えた後、訪問看護師やケアマネジャーから依頼する。
- ⑤ 療養者の状態によりサービス導入後にケアプランの修正が必要な場合があるので、主治医や訪問看護との連携を密に行う。
- ⑥ 訪問看護は介護保険が優先だが、疾患等により医療保険の対象となる場合があるので注意する。(付録参照)

(5)リハビリテーション事業所との連携

- ① リハビリテーションは医療保険や介護保険など制度を問わず、リハビリテーションを行う療法士の所属する医療機関又は事業所の医師の指示に基づいて行われることに留意する。
- ② リハビリテーションが必要と考えた場合は、主治医に相談する。(療養者の意向、リハビリテーションが必要と考えた理由、どこの事業所に依

頼るか等)

- ③ 医療機関又は事業所によっては、診療情報提供書が必要となるところがあるので、それに係る費用の発生等についてあらかじめ療養者へ説明しておく。
- ④ 医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションは併用できない。そのため、介護保険のリハビリテーションを計画する際には、医療保険における疾患別リハビリテーションを受けていないかを確認する。
- ⑤ 医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を計画する場合には、主治医だけではなく、疾患別リハビリテーションを提供する医療機関の合意を得るようにする。
- ⑥ 訪問リハビリテーションと訪問看護事業所の療法士によるリハビリテーションは併用が出来る。
- ⑦ 訪問看護事業所の療法士がリハビリテーションを行う場合は、主治医による指示を文書で受けなければならない。また、具体的な指示が必要となるため注意する。

(6) サービス担当者会議

- ① サービス担当者会議は必要時に開催する。(新規サービス利用時、更新時や区分変更時等状態が変化した時)
- ② 原則、主治医へ参加を依頼するのが望ましい。(特に新規、更新時や区分変更時等状態が変化した時)
- ③ 医療依存度の高い療養者、在宅医療を行っている療養者については、往診の時間に合わせる等、主治医の予定を考慮して参加を依頼する。
- ④ 開催後は議事録等を作成し関係者間で議事内容を共有することが望ましい。
- ⑤ やむを得ず出席できない事業所には、意見照会を依頼する。また、必要があれば、主治医にも意見を求める。(受診時、FAX、ちた梅子ネットワーク)

(7) 緊急時の対応について

- ① 療養者の身体状況や病状に変化があった際の緊急時の対応方法や連絡体制をあらかじめ整備する。
- ② 主治医や利用する介護サービス事業所の連絡先を把握し、緊急時には直

接主治医や他の介護サービス事業所が連絡を取り合うことの可否についてあらかじめ確認する。

(8) よりよい連携のために

- ① 療養者の要介護・要支援認定の際には有効期限の切れる1～2ヶ月以上前に、主治医へ「主治医意見書」の作成に際して参考になる情報を必要に応じて提供する。
- ② 「介護保険主治医意見書用問診票」を必要に応じて療養者の受診時に持参してもらうかケアマネジャーが主治医へ送付する。
- ③ 初回認定時、更新認定時、区分変更時に作成した居宅サービス計画書は必要に応じて主治医に提出する。
- ④ 個人情報の取り扱いに注意し、情報共有をする。
- ⑤ 地域での支援チームを編成する際には、フォーマルな医療や介護の関係者だけでなく、高齢者相談支援センターとも連携を図りながら、地域住民等インフォーマルな関係者との連携も考慮する。
- ⑥ 主治医から医療機関への紹介、訪問看護の指示書、訪問リハビリテーションで診療情報提供書が必要となる場合、費用が発生するので、あらかじめ説明をして、療養者や家族から同意を得る。
- ⑦ ちた梅子ネットワークを積極的に活用し、連携を図る。

3. 介護サービス事業所のポイント

(1) 緊急時の対応について

- ① 療養者の身体状況や病状に変化があった際の緊急時の対応方法や連絡体制をあらかじめ整備する。
- ② 主治医や利用する介護サービス事業所の連絡先を把握し、緊急時には直接主治医や他の介護サービス事業所が連絡を取り合うことの可否についてあらかじめ確認しておく。

(2) サービス担当者会議

- ① サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席する。
- ② やむを得ず出席できない場合は、サービス担当者会議の前までに、意見照会に回答する。

(3)主治医との連携及び介護サービス事業所間の連携

- ① 緊急時以外の主治医や他の介護サービス事業所への相談事項に関しては、原則としてケアマネジャーを通じて連絡を取る。
- ② ケアマネジャーを介さずに主治医や他の介護サービス事業所へ連絡を取った場合は、その内容をケアマネジャーへ情報提供をする。
- ③ 既往の疾患等の把握に努め、サービスの提供中に想定されるリスクを十分考慮した上でサービスを提供する。特に療養者の身体に係るサービスを提供する事業所は、サービス中止の基準や禁忌事項の把握に努める。
- ④ ちた梅子ネットワークを積極的に活用し、連携を図る。

第2章 入院時の連携（在宅から病院）

1. ケアマネジャーのポイント

(1)療養者が入院した場合～入院直後～

- ① 可能であれば家族等から病名、入院している診療科、病棟、入院日、退院予定の目安を確認する。これらの情報を把握しておくことと病院に問い合わせたときにスムーズな対応が期待できる。
- ② 「医療と介護の連携シート」（以下、「連携シート」とする）を病院に提出する。連携シートは入院後、できるだけ早期に病院へ提出すると治療の参考になる。また、入院直後に病院から求めがあった場合等、状況に応じて提供する。
- ③ 「連携シート」は原則すべての入院患者が対象である。
- ④ 「連携シート」の項目は最低限必要な情報としているため、療養者の状況に応じて不足部分は別紙に補足し、病院訪問、電話連絡等で情報提供をする。
- ⑤ ケアマネジメントを行う上で療養者の病状や状況に応じて必要な情報は異なる。情報共有の基本は面談であり、「連携シート」は情報共有の補助ツールであるため、適宜情報を収集するように努める。
- ⑥ 「連携シート」は文章での提供を前提とするため、記載するにあたっては、療養者や家族に開示が難しい情報は、提供方法を配慮する。
- ⑦ 療養者や家族が何らかの問題を抱えている場合やケアマネジャーの支援が早急に必要となることが予測されるケースに関しては「連携シート」

提出時にその旨を伝える。

- ⑧「連携シート」はちた梅子ネットワークのポータルサイトからダウンロードが可能である。

※「連携シート」は付録参照

(2)療養者が入院した場合～入院中～

- ① 病院から情報収集する場合は、その病院の窓口を確認する。その窓口「連携シート」を提出している旨を伝え、問い合わせる。問い合わせの際には、担当ケアマネジャーであることを証し、どのような情報を聞きたいか明確にする。連絡をしないで直接病棟へ出向き医療スタッフから情報収集することは控える。
- ② 療養者の入退院の情報を把握するのはケアマネジャーの務めなので、病院からの情報を待つだけでなく、療養者の入院中の情報は自ら進んで収集する。ただし、療養者の同意がない場合は、情報が得られないこともある。

2.病院のポイント

(1)療養者が入院した場合～入院直後～

- ① 「連携シート」の提出先となる窓口や希望する提供方法を明確にする。
- ② 「連携シート」の提出がなくても、介護サービスの利用について把握した場合は、療養者や家族に担当ケアマネジャーの確認を行い、情報提供を求める。
- ③ ケアマネジャーから提供された情報は、入院時のカルテ等で管理ができるように病院内で調整し、担当医師や病棟スタッフ等院内で共有されるようにする。

<連携シートの提出先>

病 院	提 出 先
公立西知多総合病院	患者サポートセンター T E L 0562-33-5500 (代表) F A X 0562-33-0010 (直通)
知多小嶋記念病院	地域連携室 T E L 0562-54-2333 (代表) F A X 0562-54-2332 (代表)
西知多リハビリテーション病院	回復期連携室 T E L 0562-54-3503 (直通) F A X 0562-54-3505 (直通)

※上記以外の場合は、直接問い合わせを確認する。

(2)療養者が入院した場合～入院中～

- ① ケアマネジャーからの問い合わせの窓口やその方法を明確にする。
- ② 入院時にケアマネジャーから情報があつた療養者については、ケアマネジャーに情報提供を行い、連携の促進に努める。
- ③ 退院が決まったら、速やかにケアマネジャーへ情報提供をする。

<入院中の問合せ窓口>

病 院	窓 口
公立西知多総合病院	患者サポートセンター T E L 0562-33-5500 (代表)
知多小嶋記念病院	地域連携室 T E L 0562-54-2333 (代表)
西知多リハビリテーション病院	回復期連携室 T E L 0562-54-3503 (直通)

※上記以外の場合は、直接問い合わせを確認する。

第3章 退院時の連携（病院から在宅）

1. 多職種共通のポイント

(1)退院カンファレンスについて

- ① 退院後の療養生活の課題等について関係者で情報共有を行い、支援内容や方法を確認するために行う。
- ② 退院する前に医療や介護の関係者が顔を合わせ、お互いに問題点を共有し、検討する場面を見ることで不安を抱えた療養者や家族が、退院時に安心感を持つことができる。
- ③ 状況に応じて、オンラインで退院カンファレンスを行う。

(2)退院カンファレンスの開催基準の目安

- ① 新規で在宅ケアチームを編成する場合。
- ② 既存の在宅ケアチームは編成されているが、入院治療により医療依存度が重度化、またはADL・IADLが低下し療養環境の再構築が必要な場合。
- ③ 独居、老々介護、認知症世帯等当事者から適切な情報収集が困難な場合。
- ④ 医療・看護・介護の継続性に問題がある場合。
- ⑤ 在宅看取りの可能性がある場合。

2. ケアマネジャーのポイント

(1)退院カンファレンスを行う場合

- ① 退院カンファレンスは、その必要性を病院が判断し、病院主導で進めていくもので、サービス担当者会議とは異なる。ケアマネジャーが、退院カンファレンスを希望する場合、病院と相談する。
- ② ケアマネジャーは、退院カンファレンスの前に確認したい点や質問事項等、要点を整理しておくことよい。可能であれば、質問事項を事前に病院に伝えておく。
- ③ 診療所や病院の医師、看護師は通常の診療・看護業務を中断して退院カンファレンスに参加するので、必要以上に拘束しない配慮が必要で、概ね30分を目安に実施されることが多い。
- ④ 退院カンファレンス前に、病院の医療ソーシャルワーカーや看護師を通して十分に病状や今後予測されるリスクを把握した上で、退院後に開始・再開を想定する介護サービス事業所に対し、想定されるケア内容等の情報収集を実施する。また食事制限や入浴、リハビリテーション等の中止基準や禁忌事項について、主治医等より聴取する。
- ⑤ 「連携シート」を持参して情報を収集し、完成した「連携シート」は利

用する介護サービス事業所に送付する。

- ⑥ 退院カンファレンス前に、看護サマリーが病院から提供された場合で、配付の依頼があれば、関係事業所に情報提供する。
- ⑦ 退院カンファレンス直後に、サービス担当者会議を行う予定があり、病院の担当者等に参加を希望する場合は、事前に依頼しておく。
- ⑧ 在宅看取りの可能性がある場合は、療養者や家族の意向、緊急時の対応方法を確認する。

(2)退院カンファレンスを行わない場合

- ① 「連携シート」を利用し、入院中の情報を収集する。
- ② 病院の医療ソーシャルワーカーや看護師を通して十分に病状や今後予測されるリスクを把握した上で、退院後に開始・再開を想定する介護サービス事業所に対し、想定されるケア内容等の情報収集を実施する。また食事制限や入浴、リハビリテーション等の中止基準や禁忌事項について、伝達する。
- ③ 完成した「連携シート」は利用する介護サービス事業所に送付する。

3. 病院のポイント

(1)退院カンファレンスを行う場合

- ① 再入院のリスクを軽減するために在宅生活をより明確にイメージし、退院後の療養生活に必要な事項を入院中に再確認し、退院に向けて調整をする。
- ② 事前にケアマネジャー等から問い合わせがあった場合は、院内スタッフ等に確認して回答を準備する。
- ③ 退院カンファレンスの参加人数に応じ、病棟のカンファレンスルームや面談室等の場所を準備する。(個人情報に配慮する)
- ④ 退院カンファレンスの参加者を療養者や家族に事前に伝え、気軽に発言できるように配慮する。
- ⑤ 退院カンファレンスには看護サマリー等を提供し、その後に療養者の状態や状況が変化した場合は、ケアマネジャーや関係事業所に必ず連絡をする。
- ⑥ 退院カンファレンス前に、可能であれば前日までに、看護サマリーをケアマネジャーに提供する。

- ⑦ 退院カンファレンス直後に、ケアマネジャーと関係事業所でサービス担当者会議を行う予定がある場合は、可能な限り、参加することが望ましい。

(2)退院カンファレンスを行わない場合

- ① 医療依存度の高い療養者や終末期の場合、ケアマネジャーや訪問看護師より入院前の情報が提供されている場合は、ケアマネジャーや訪問看護師に必要な情報を提供する。
- ② 入院中の情報提供の求めに対し、提供していく。

第4章 看取りに向けての連携

人生最終段階における医療・介護は医師から適切な情報提供と説明がなされた上で療養者と医療・介護支援チームとが十分話し合い、療養者の意思決定を基本とし、決定していくことが重要である。療養者の意思は変化しうるものであることを踏まえ、療養者の意思を医療・介護支援チームと繰り返し話し合い、療養者が望んでいる医療・介護を実現するため、多職種と連携する必要がある。看取りに向けての連携には、各専門職のACPの取り組みが必要である。

1.療養者・家族の意思決定支援

自分らしい最期の迎え方について、療養者の意思に基づき、療養者や家族、医療・介護支援チームで合意形成し、意思決定支援を目指す。

ACP：アドバンス・ケア・プランニングとは

将来の医療・ケアについて、療養者を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス。

(1)ACPのプロセス

- ① 将来の医療・ケアについての話題の導入。
- ② 話題の促進。
- ③ 話し合いの内容の記録、代弁者の指名とその周知。
- ④ 振り返りと書換え。
- ⑤ 療養者の希望を現場に反映。

(2) ACPのプロセスにおいて話し合う内容

本人の価値観、信念、思想、信条、人生観、死生観、気がかり、願い、人生の目標、医療ケアに関する選好（意向）、療養の場や最期の場に関する選好（意向）、代弁者、代弁者の裁量（誰にどこまで）等
→知多市版エンディングノート「私のきもち」を活用

(3) ACPを始めるタイミング

療養者が話し始めた時、病状の変化があった時、病状が落ち着いた時、医師から病状説明があった時、介護が必要となった時、生活環境が変わる時等。

(4) ACPについて会話のポイント

- ① 療養者が自分の病気をどのくらい理解しているか尋ねる。
- ② 「もしものとき」について考えた「経験」の有無を尋ねる。

(5) 療養者の意思が確認できない場合

療養者の意思が確認できない場合は、次のような手順により、医療・介護支援チームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が療養者の意思を推定できる場合は、その推定意思を尊重し、療養者にとっての最善の方針をとる。
- ② 家族等が療養者の意思を推定できない場合は、療養者にとって何が最善であるか、療養者に代わる者として家族等と十分に話し合い、療養者にとっての最善の方針をとる。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・介護支援チームに委ねる場合には、療養者にとっての最善の方針をとる。

<参考>

人生の最終段階における医療体制整備事業あいちACPプロジェクト相談対応力向上研修会テキスト 2019年

厚生労働省「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」2018年3月

日本老年医学会倫理委員会エンドオブライフに関する小委員会「ACP推進に関する提言」2019年6月

2. 在宅看取りの条件

以下の条件が望ましい。

- ・ 療養者や家族に在宅看取りの意思がある。
揺れる思いに寄り添う。
- ・ 医療や介護の適切な支援がある。
主治医が在宅医療できるか確認し、在宅医療できない場合は在宅医療ができる主治医を紹介してもらう。
切れ目ない支援を行う医療・介護支援チームを作る。
療養環境を整える。(要介護度の見直しやサービスの再調整等)
- ・ 症状のコントロールができています。
急変時の対応について話し合っておく。
症状のコントロールができない時は入院も検討し、病院との連携を日頃から取っておく。

3. 情報共有の必要性

在宅療養を支援する上で、入退院を繰り返すことが増えてくるため、医療・介護関係者は常に共通の認識を持てるよう、情報共有することが重要となる。

支援に関わる多職種は特に以下について情報共有しながら支援をしていく。

- ・ 療養者の身体的・精神的状態。
- ・ 療養者・家族が病気、状態、治療方法についてどのように理解しているか。
- ・ 療養生活についてどのような意向があるか。
- ・ 緊急時の対応はどのようにしたらよいか。(緊急時の連絡先や方法)

※意思や意向は揺れ動くものなので、支援している多職種で療養者・家族との対話を続け、内容を記録に残し、支援チームで情報共有をしていく。

※情報共有に際しては、ちた梅子ネットワークを積極的に活用する。

4. 身寄りのない人の場合

少子高齢化が進む中、単身世帯の増加や頼れる親族がいない人が増加している。そのため、身寄りのない人、家族や親族への連絡がつかない状態にある人、家族の支援が得られない人でもその人の意思が尊重され、安心して看取りができるように支援していく必要がある。

そのため、より早期にACPをスタートし、多職種でこまめに療養者の意思を確認し、情報共有しながら支援をしていく必要がある。特に人間関係の情報を得ておく。(親族関係、緊急時の連絡先、手続等してくれる人、友人、知人、民生委員等地域の人等)

また、判断能力の低下に備えて、成年後見制度や日常生活自立支援事業等の権利擁護の制度の利用についても検討していく。また、死後事務についても誰が行うのか話し合っておく必要がある。

<参考>

山縣 然太郎「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」2019年5月

付 録

1. 参考様式

主治医連絡票

年 月 日

医療機関名

_____先生御侍史

貴院に（入院・通院）中の下記患者様の介護支援専門員として担当をさせていただきます。今後の療養生活において、連携を図ってまいりたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

利用者	氏名		性別	男女
	生年月日	T・S・H	年 月 日生	
	住所			
	電話番号			
	要介護度	申請中 区分変更中 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		

事業所名	事業所名	
	住所	
	電話番号	
	FAX	
	介護支援専門員氏名	

※患者様の情報共有のために資料としてお役立てください。

ふりがな 利用者氏名	性別 男・女	情報収集先機関名
既往歴 1. 2. 3. 4.		電話番号
服薬状況 無・有 麻薬 無・有 (内服：自立・一部介助・全介助・その他)		面談日 年 月 日
		所属・職種・氏名
		入院期間 入院日 年 月 日～退院(予定)日 年 月 日
	疾病の 状態	主病名 退院時主症状 服薬状況 無・有 麻薬 無・有 (内服：自立・一部介助・全介助・その他) (特記事項) (感染症・投薬の注意事項(薬剤名、投与経路等)等)

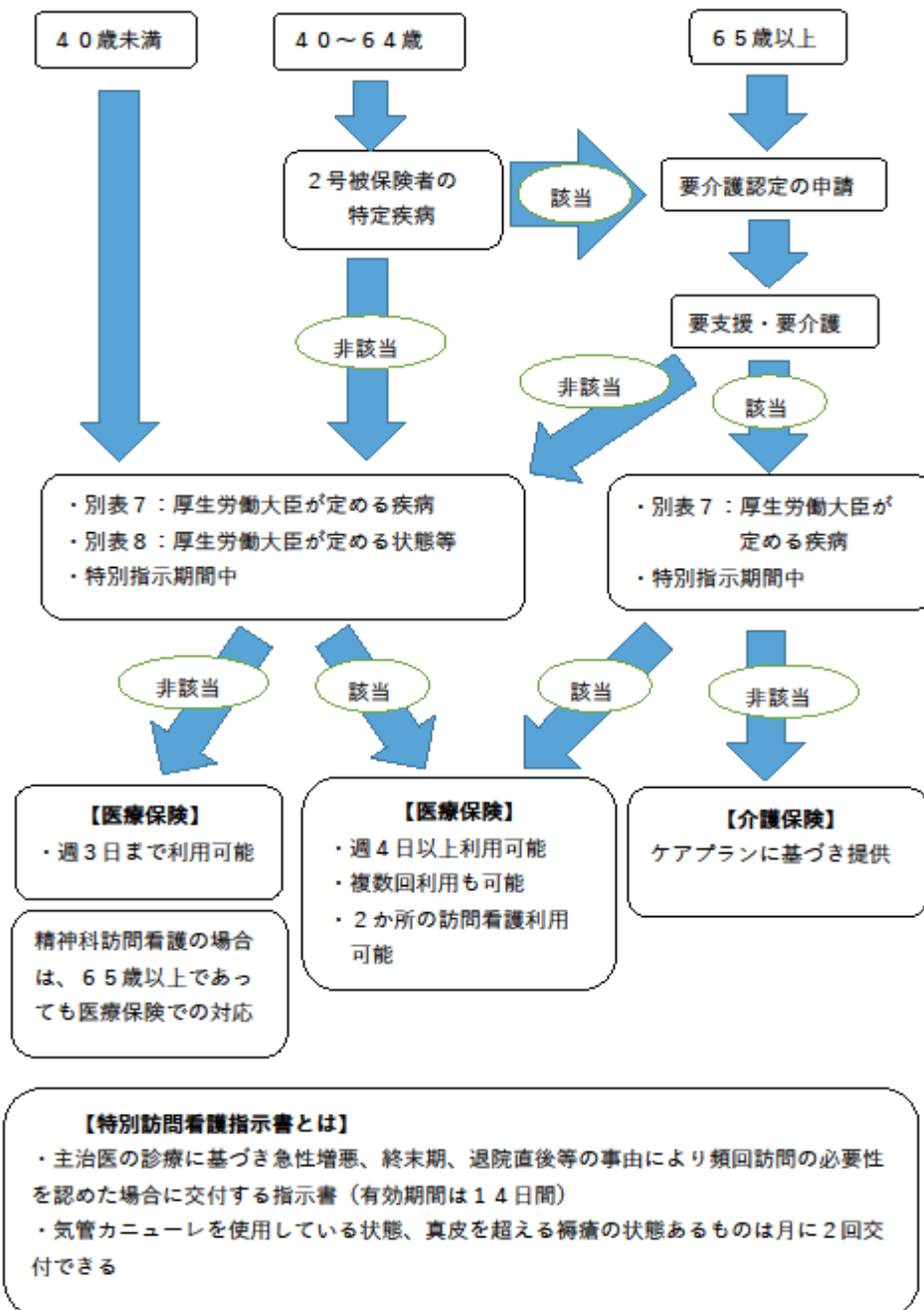
▼入院時情報提供欄(別添資料 無・有→ 枚) ▼退院・退所情報記録欄(面談結果をまとめるための欄です)

特別な 医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養(経鼻、胃瘻) 喀痰吸引 褥瘡の処置 カテーテル その他() 皮膚トラブル 無・有() 褥瘡予防マット 無・有	特別な 医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養(経鼻、胃瘻) 喀痰吸引 褥瘡の処置 カテーテル その他() 皮膚トラブル 無・有() 褥瘡予防マット 無・有
食事摂取	自立 見守等 一部介助 全介助 嚥下状況(良・不良)咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) とろみ 無・有(% ・水分のみ) 食事体位 補助食品 食事制限 無・有	食事摂取	自立 見守等 一部介助 全介助 嚥下状況(良・不良)咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ ソフト食・普通/経管栄養) 食事体位(G-up) とろみ 無・有(% ・水分のみ) 補助食品() (特記事項) (食事制限などの内容等) ・制限 無・有 制限量/日 kcal・水分 ml・塩分 g
口腔清潔	自立 見守等 一部介助 全介助 齲歯 無・有	口腔清潔	自立 見守等 一部介助 全介助 齲歯 無・有 口腔内の状態(良好・不潔) 清潔の方法
移動	自立 見守等 一部介助 全介助 (手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子 ・ストレッチャー)	移動	自立 見守等 一部介助 全介助 (手引き・ 杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー) (特記事項) (独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)
入浴	自立 見守等 一部介助 全介助 行っていない (自宅・デイ・入浴サービス) シャワー・清拭	入浴	自立 一部介助 全介助 不可 行っていない ・入浴の制限 無・有(シャワー・清拭・その他)
排泄	自立 見守等 一部介助 全介助 オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ) 尿器・ポータブルトイレ・カテーテル等 排便	排泄	自立 見守等 一部介助 全介助 オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ) 尿器・ポータブルトイレ・カテーテル等 排便
夜間の 状態	良眠・不眠・昼夜逆転(状態) 紙剤の使用 無・有	夜間の 状態	良眠・不眠・昼夜逆転(状態) 紙剤の使用 無・有
認知・ 精神面	認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 認知症の症状・精神状態	認知・ 精神面	認知症高齢者日常生活自立度() 精神状態(疾患) 無・有() (特記事項) (認知症の症状・原因疾患等)
リハビリ 等	・リハビリテーション 無・有 ・運動制限 無・有	リハビリ 等	・リハビリテーション 無・有() ・運動制限 無・有() (特記事項) (導入予定サービス等)
障害高齢者日常生活自立度 J12 A12 B12 C12 その他(意向、心身の状態や生活環境に関する特記事項など)		障害高齢者日常生活自立度 J12 A12 B12 C12 療養上の留意する事項(その他 NS、PTからの注意点など)	
		緊急時の対応(病院名)	

〔注〕入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の通知等による算定条件についてご確認ください。

2. 訪問看護の医療保険と介護保険の使い分け

訪問看護の医療保険と介護保険の使い分け



3. 作成の経緯

平成 27 年 11 月 9 日	在宅医療・介護連携体制に関するワーキンググループ
平成 28 年 3 月 17 日	在宅医療・介護連携体制に関するワーキンググループ
9 月 14 日	在宅医療・介護連携ガイドライン検討会
平成 29 年 1 月 23 日	在宅医療・介護連携ガイドライン検討会
令和元年 6 月 12 日	在宅医療・介護連携体制に関するワーキンググループ
9 月 10 日	在宅医療・介護連携体制に関するワーキンググループ
令和 2 年 1 月 16 日	知多市在宅医療・介護連携推進協議会で承認 「知多市在宅医療・介護連携ガイドライン」が完成

* 「知多市在宅医療・介護連携ガイドライン」の見直しを検討*

令和 3 年 10 月 7 日	在宅医療・介護連携推進に関するワーキンググループ
12 月 13 日	在宅医療・介護連携推進に関するワーキンググループ
令和 4 年 3 月 17 日	在宅医療・介護連携推進に関するワーキンググループ
6 月 23 日	在宅医療・介護連携推進に関するワーキンググループ
11 月 10 日	在宅医療・介護連携推進に関するワーキンググループ
令和 5 年 3 月 9 日	在宅医療・介護連携推進に関するワーキンググループ
6 月 29 日	知多市在宅医療・介護連携推進協議会で承認 「知多市在宅医療・介護連携ガイドライン」を改訂し 「ちた在宅医療・介護連携推進ガイドブック」が完成