

美浜町在宅医療・介護連携ガイドライン



Ver.2.0 / 2024年4月

美浜町地域包括ケアシステム推進協議会

在宅医療・介護連携部会

改訂履歴

版数	日付	内容
1.0	2023/02/09	初版
2.0	2024/04/25	3-[1]-(1) 2024 年度介護報酬改定による入院時情報連携加算の見直しに伴い、情報提供までの日数を変更 3-[3] 上記理由による変更

目次

1. ガイドラインについて	1
(1)目的	1
(2)ガイドラインの位置付けと対象.....	1
・個人情報の取扱いについて	1
2. 在宅療養時の連携	2
(1)主治医のポイント	2
(2)歯科医のポイント.....	2
(3)薬剤師(調剤薬局)のポイント.....	3
(4)ケアマネジャーのポイント	3
(5)介護サービス事業所のポイント	6
3. 入退院時の連携	8
[1]療養者(患者)の入院時の対応	8
(1)ケアマネジャーのポイント.....	8
(2)病院のポイント.....	10
[2]療養者(患者)の退院時の対応(病院から在宅).....	10
(1)ケアマネジャーのポイント.....	10
(2)病院のポイント.....	11
[3]入退院時連携フローチャート.....	12
参考様式.....	15
・情報連携シート	16
・問い合わせシート・カンファレンス(サービス担当者会議)開催依頼シート	18
・ご利用者・ご家族の方へのお願い「通院・入院時あんしんセット」	19
・これからも自分らしく生きていくための「私の大切な思い」って何?	20
・美浜町版エンディングノート「私の大切な思い」	21

1. ガイドラインについて

(1)目的

美浜町では、「住み慣れた みはま で 支え合い いきいきと暮らせるまちをめざして」を基本理念とし、それぞれが有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される体制『地域包括ケアシステム』の構築に努めています。

このガイドラインは高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療や介護をはじめ多様な関係者がどのタイミングで何を行う必要があるか、また大切にしたい視点などをまとめたものです。具体的な情報収集の方法や共有、支援の流れなどを参考に、医療や介護をはじめ多様な関係者がどのようなプロセスを経て在宅生活を支援しているのかを互いに理解し、協働して支援を行えるようになることを目的としています。

(2)ガイドラインの位置付けと対象

美浜町に居住し、支援を必要とする住民が町内の医療機関に入院し、退院後在宅に戻るまでのプロセスを想定して作成しています。疾病や生活環境により必要な情報や留意事項が異なることが考えられますが、このガイドラインでは共通して把握しておくべき事項や考え方をまとめています。医療機関と介護事業所等が連携を取りやすくするためのものであり、強制的な効力を持つものではありません。

なお、個人情報共有の際には、原則として療養者(患者)本人又は家族の同意を得る等個人情報の取扱いについて十分な配慮が必要です。

個人情報の取扱いについて

医療や介護をはじめ多様な関係者間の連携において、個人情報の取扱いには細心の注意を払わなければなりません。

しかし、個人情報の保護を優先するあまりお互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に療養者(患者)の不利益になります。個人情報の取扱いについては、個人情報保護委員会及び厚生労働省の『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス』を参考にしてください。

※『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス』は、個人情報保護委員会及び厚生労働省のホームページから入手できます。

2. 在宅療養時の連携

- 在宅生活の継続、容態の急変に備え、多職種との密な情報共有・連携体制の整備が重要です(医療依存度の高い療養者、認知症療養者、独居高齢者は、特にいざという時のスムーズな連携が必要です)。
- 医療機関の体制、機能、連絡相談窓口や地域の資源を把握しておくといいでしょう。
- 医療保険証、介護保険証、障害者手帳、特定医療費(指定難病)等公費負担医療の受給者証等を確認しましょう。

(1)主治医のポイント

A)窓口の明確化

- ◇ 主治医は、ケアマネジャーや介護サービス事業所等の多職種が問い合わせや連絡を取れる時間、手段を明確にしましょう。
- ◇ 病院は、ケアマネジャーや介護サービス事業所等の多職種が問い合わせや連絡を取れる窓口の部署、担当者、時間、手段を明確にしましょう。

B)ケアマネジメントへの協力

- ◇ サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席しましょう。
- ◇ サービス担当者会議へ出席できない場合は、必要に応じて情報を情報連携シートや診療情報提供書等の文書を浜力ツパいきいき電子@連絡帳等の ICT ツールを活用して情報提供しましょう。
- ◇ 医療依存度の高い療養者(患者)、独居高齢者(昼間独居等の一時的な独居状態も含む)、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訪問看護やケアマネジャー等と協議しましょう。

(2)歯科医のポイント

A)窓口の明確化

- ◇ 歯科医は、ケアマネジャーや介護サービス事業所等の多職種が問い合わせや連絡を取れる時間、手段を明確にしましょう。
- ◇ 歯科医院は、ケアマネジャーや介護サービス事業所等の多職種が問い合わせや連絡を取れる窓口の部署、担当者、時間、手段を明確にしましょう。

B) ケアマネジメントへの協力

- ◇ サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席しましょう。
- ◇ サービス担当者会議へ出席できない場合は、必要に応じて情報を情報連携シートや診療情報提供書等の文書を浜カップいきいき電子@連絡帳等の ICT ツールを活用して情報提供しましょう。
- ◇ 医療依存度の高い療養者(患者)、独居高齢者(昼間独居等の一時的な独居状態も含む)、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訪問看護やケアマネジャー等と協議しましょう。

(3) 薬剤師(調剤薬局)のポイント

A) 窓口の明確化

- ◇ 薬剤師は、ケアマネジャーや介護サービス事業所等の多職種が問い合わせや連絡を取れる時間、手段を明確にしましょう。
- ◇ 調剤薬局は、ケアマネジャーや介護サービス事業所等の多職種が問い合わせや連絡を取れる窓口の部署、担当者、時間、手段を明確にしましょう。

B) ケアマネジメントへの協力

- ◇ サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席しましょう。
- ◇ サービス担当者会議へ出席できない場合は、必要な情報を情報連携シートや診療情報提供書などの文書を浜カップいきいき電子@連絡帳等の ICT ツールを活用して情報提供しましょう。
- ◇ 医療依存度の高い療養者(患者)、独居高齢者(昼間独居等の一時的な独居状態も含む)、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訪問看護やケアマネジャー等と協議しましょう。

(4) ケアマネジャーのポイント

A) かかりつけ医との連携

① 連絡手段(相談・情報の確認)

- ◇ 医療機関との連絡方法(電話・FAX・問い合わせシート・浜カップいきいき電子@連絡帳等)については、窓口等に確認しましょう。
- ◇ 新規に療養者(患者)を担当することになった場合、担当することを主治医に知らせましょう。医療系サービスを利用していない療養者や医療依存度が低い療養者であって

も連絡を取りましょう。

- ◇ 相談や情報を確認する際は、直接面会することが望ましいでしょう。その際、介護支援専門員等の身分証明証を携帯しましょう。
- ◇ FAXで送付する際は、送付後、届いているか電話等で確認しましょう。
- ◇ 利用可能な場合、浜カップいきいき電子@連絡帳等のICTツールを活用しましょう。

② 訪問診療・往診の導入

- ◇ 療養者(患者)に訪問診療・往診(以下「在宅医療」)が必要となったら、原則として療養者(患者)又は家族から主治医に相談してもらいましょう。また、ケアマネジャーからも相談・依頼しましょう。
- ◇ 主治医が在宅医療を行っていない場合は、療養者(患者)又は家族が主治医に対応可能な医師を相談しましょう。
- ◇ 在宅医が決定したら、主治医が作成した診療情報提供書を本人又は家族が在宅医に渡すように依頼しましょう。
- ◇ 在宅医(窓口でも可)に自分がケアマネジャーであること、本人又は家族が診療情報提供書を持っていくことを事前に連絡しましょう。

B) 歯科医との連携

- ◇ 訪問歯科診療が必要と考えたら、原則として療養者(患者)又は家族からかかりつけの歯科医に相談してもらいましょう。ただし、療養者(患者)又は家族が相談できる歯科医がない場合は、代わりにケアマネジャーへ相談します。
- ◇ かかりつけの歯科医師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しましょう。

C) 薬剤師(調剤薬局)との連携

- ◇ 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しましょう。
- ◇ 薬剤師による居宅療養管理指導が必要と考えたら、処方医及びかかりつけ薬局の薬剤師に相談しましょう(利用者等の意向、理由等)。
- ◇ かかりつけの薬局が居宅療養管理指導を行っていない場合は、対応可能な薬局を主治医と相談しましょう。
- ◇ 「みはまちょうのちょっと困ったときの応援ガイド生活のお役立ち情報(お薬・移送編)」を参考にすると良いでしょう(美浜町役場福祉課・美浜町保健センター・美浜町総合公園体育館・河和児童館・美浜町生涯学習センター・美浜町社会福祉協議会・町内公民館など町内公共施設に設置)。

D) 訪問看護事業所との連携

- ◇ 訪問看護は主治医の指示により行われることに留意しましょう。

- ◇ 訪問看護が必要と考えたら、主治医に利用者の意向、理由等を明確にし、事前に相談しましょう。
- ◇ 訪問看護の必要性を問い合わせシート等により事前に主治医から指示を受けた後、訪問看護事業所に訪問看護を依頼しましょう。
- ◇ 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いましょ。
- ◇ 療養者(患者)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、主治医や訪問看護師との連携を密に行いましょう。

注意事項

- ◇ 訪問看護ステーションの選択は、主治医・療養者(患者)・家族へ確認しましょう。
- ◇ 疾患により医療保険の対象となる場合があるので、注意しましょう。

E) リハビリテーション事業所との連携

- ◇ リハビリテーションが必要な場合、主治医に相談し(利用者の意向、理由、事業所の選択等)、併せて問い合わせシート等にて必要性の有無を主治医に確認しましょう。
- ◇ 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しましょう。
- ◇ 医療機関又は事業所によっては、診断書が必要となる場合があります。療養者(患者)へそれに係る費用の発生等についてあらかじめ説明しておきましょう。

注意事項

- ◇ 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ません。
- ◇ 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ましょう。
- ◇ 訪問看護ステーションからリハビリテーションを行う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りません。

F) サービス担当者会議

- ◇ 原則、主治医へ開催の案内した上で、事前に確認した連絡方法(電話・FAX・問い合わせシート・浜カッパいきいき電子@連絡帳等)で主治医の意見を仰ぎましょう。
- ◇ 療養者(患者)、在宅医療を行っている療養者(患者)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しましょう。
- ◇ 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でしょう。
- ◇ やむを得ず、出席できない事業所には意見照会を依頼しましょう。

G) 緊急連絡網の整備

- ◇ 療養者(患者)の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網をあらかじめ整備しましょう。
- ◇ 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ましょう。

H) よりよい連携のために

- ◇ 療養者(患者)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しましょう。利用可能な場合、問い合わせシートや ICT を活用しましょう。
- ◇ 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しましょう。
- ◇ 地域での支援チームを編成する際には、地域包括支援センターや医療介護の関係者と連携を図りながら、地域住民等インフォーマルな関係者との連携も考慮しましょう。
- ◇ 主治医から医療機関への紹介、訪問看護の指示書、訪問リハビリの指示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(患者)・家族から同意を得ましょう。
- ◇ ACP(アドバンス・ケア・プランニング)に取り組むきっかけ作りとして美浜町版エンディングノート「私の大切な思い」(20 ページ参照)を活用しましょう。
- ◇ 療養者(患者)に身元保証又は権利擁護が必要と考えられる場合、行政もしくは地域包括支援センターに相談しましょう。

(5) 介護サービス事業所のポイント

A) 緊急連絡網の整備

- ◇ 療養者(患者)の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網をあらかじめ整備しましょう。
- ◇ 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ましょう。

B) サービス担当者会議

- ◇ サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席しましょう。
- ◇ やむを得ず、出席できない場合は、意見照会に回答しましょう。

C) 主治医との連携及び介護サービス事業所間の連携

- ◇ 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りましょう。
- ◇ 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しましょう。

D) 情報収集

- ◇ 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しましょう。特に療養者(患者)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ましょう。
- ◇ 緊急時、診察の付き添いをする場合は、療養者(患者)が自分の状態を正確に医師に伝えられない場合があるため、自宅での様子やサービス利用中の様子などできる限り主治医に伝えられるよう、あらかじめ情報収集しましょう。

3. 入退院時の連携

- 入院の際、早い段階で病院関係者と在宅関係者が療養者(患者)情報を共有し、双方が緊密に連携し在宅復帰に向けた支援を重ねることで退院が早くなり、退院後も円滑に在宅生活を送ることが可能になります。
- 医療機関と介護事業所等がそれぞれの強みを生かし、情報共有しながら連携して支援していくことが重要です。

[1]療養者(患者)の入院時の対応(介護保険の認定を受け、ケアマネジャーが決まっているとき)

- ◇ 在宅医は療養者(患者)が入院する又は入院した場合、速やかに診療情報提供書を入院先の医療機関へ送付しましょう。
- ◇ 診療情報提供書には、担当する居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)、薬局、訪問看護事業所を記載しましょう。

(1)ケアマネジャーのポイント ※浜カッパいきいき電子@連絡帳など ICT を活用しましょう!

A) 療養者(患者)が入院した場合～入院直後～

- ① 家族から必要な情報を聞き取りましょう。
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します。
- ② 情報連携シートを作成し病院に提出しましょう。
情報連携シートは入院が分かり次第、できるだけ早期(※)に病院に提出します。また、入院直後に病院から求めがあった場合等、状況に応じて情報提供します。

(※)入院時情報連携加算(Ⅰ):入院した日のうちに情報提供

↳入院日以前の情報提供を含む。

↳営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

入院時情報連携加算(Ⅱ):入院した日の翌日又は翌々日に情報提供

↳営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

情報連携シート作成時の注意点

- ・原則全ての入院患者が対象です。
- ・療養者(患者)の状況に応じて、不足する場合は別紙に補足し、訪問・電話連絡等で情報提供しましょう(シート内の項目は最低限必要な情報のため、空欄がないようにしましょう)。
- ・医療機関が療養者(患者)をイメージしやすいように、必要に応じてケアプランや既存の書類を添付する等工夫しましょう。
- ・療養者(患者)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場合は、情報連携シート提出時にその旨を伝えましょう。
- ・情報連携シートは、浜カッパいきいき電子@連絡帳ポータルサイトからダウンロード可能です。

情報連携シートの提出先

病院	連絡先
JA愛知厚生連 知多厚生病院	病診連携室 TEL:0569-83-1661 FAX:0569-83-1666
医療法人瑞心会 渡辺病院	地域連携室 TEL:0569-87-2111(代表) FAX:0569-87-2119(代表)
医療法人 浜田整形外科・内科クリニック	TEL:0569-82-5511(代表) FAX:0569-82-5513(代表)

※上記以外の場合は、直接問い合わせて確認しましょう。

B) 療養者(患者)が入院した場合～入院中～

① 病院の問合せ窓口を確認しましょう。

問い合わせる際には、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しましょう。

- ◇ アポイントなく病棟へ出向き、医療スタッフから情報収集することは控えましょう。
- ◇ 療養者(患者)の入院中の情報は自ら進んで収集しましょう。

② 退院に必要な調整しましょう。

居宅サービス事業所等に退院見込日等の情報を連絡、状況を共有、退院後の支援について考えましょう。

③ 退院に向け、療養者(患者)・家族の意向を確認しましょう。

問合せ窓口

病院	連絡先
JA愛知厚生連 知多厚生病院	医療福祉相談室(退院調整に関すること) TEL:0569-83-2207/FAX:0569-82-6173 病診連携室(問い合わせシートに関すること) TEL:0569-83-1661/FAX:0569-83-1666
医療法人瑞心会 渡辺病院	地域連携室 TEL:0569-87-2111(代表) FAX:0569-87-2119(代表)
医療法人 浜田整形外科・内科クリニック	TEL:0569-82-5511(代表) FAX:0569-82-5513(代表)

※上記以外の場合は、直接問い合わせて確認しましょう。

(2)病院のポイント

A) 療養者(患者)が入院した場合～入院直後～

- ① 介護保険サービスの利用状況を確認しましょう。
ケアマネジャーから情報連携シートの提出がない場合は、療養者(患者)や家族に担当ケアマネジャーを確認し、情報提供を求めましょう。ケアマネジャーから提供された情報は、担当医師や病棟スタッフ等院内で共有されるようにしましょう。

B) 療養者(患者)が入院した場合～入院中～

- ① ケアマネジャーと連携の促進に努めましょう。
必要に応じて、入院中の状況、見込み等ケアマネジャーに情報提供を行い、連携を図りましょう。

[2]療養者(患者)の退院時の対応(病院から在宅)

(1)ケアマネジャーのポイント

A) 退院カンファレンスを行う場合

- ① 確認したい点や質問事項等要点を整理しておきましょう。
どのような情報を聞きたいか明確にして、退院カンファレンス前に質問事項等を整理し、可能であれば、質問事項を事前に病院に伝えておきましょう。
- ② 計画書の原案を作成、提出しましょう。
療養者(患者)・家族の意向、病状理解の確認をしましょう。また、病院側に医療的指導・注意事項を確認し、計画書原案を作成しましょう。その際、退院後に開始・再開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依頼・必要な調整をしましょう。
計画書は退院カンファレンス当日(遅くとも退院後サービス利用開始日前)までに作成し、医療機関と介護事業所等へ提出しましょう。

退院カンファレンスの注意点

- ・退院カンファレンスは開催の必要性を病院が判断し、病院主導で進めるもので、サービス担当者会議とは異なります。ケアマネジャーが退院カンファレンスを希望する場合、病院と相談しましょう。
- ・医療機関の医師や看護師は、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よう配慮しましょう。
- ・退院カンファレンス前に、病院から提供された情報は、事前に関係事業所へ伝えましょう。
- ・退院カンファレンス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、事前に依頼しておきましょう。

B) 退院カンファレンスを行わない場合

- ① 積極的に入院中の情報を収集しましょう。
病院側に医療的指導・注意事項を確認し、計画書原案を作成しましょう。その際、退院後に開始・再開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依頼・調整をしましょう。また、病院側からの医療的指導・注意事項について伝達しましょう。
- ② 完成した計画書原案及び情報連携シートは、利用する介護サービス事業所等へサービス利用開始日前までに送付しましょう。

(2)病院のポイント

A) 退院カンファレンスを行う場合

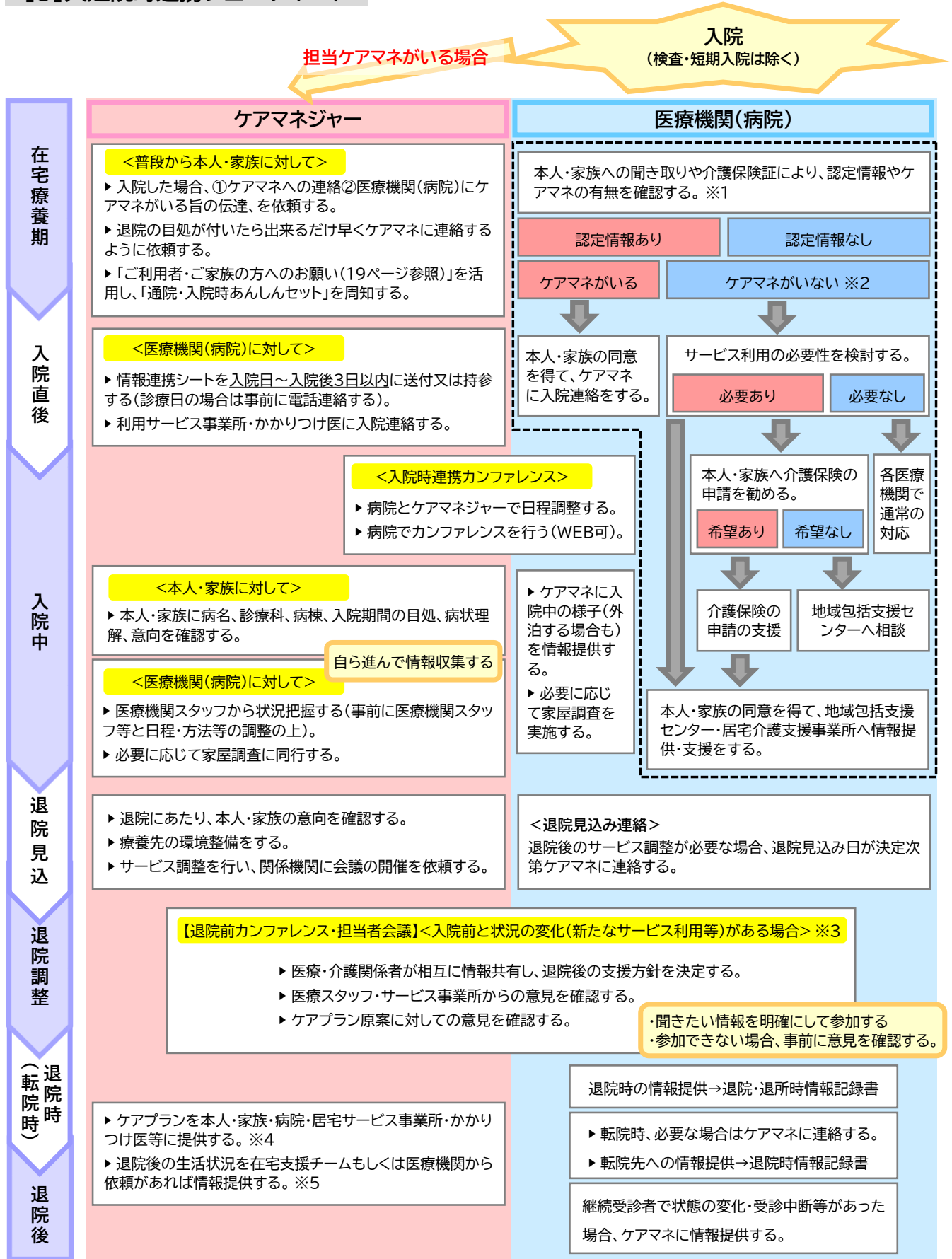
- ① 退院に向けての調整をしましょう。
再入院のリスクを軽減するために、在宅生活をより明確にイメージし、退院後の療養生活に必要な事項を入院中に再確認して、退院調整をしましょう。
- ② 事前にケアマネジャー等から問合せがあった場合、院内で確認して回答を準備しましょう。
- ③ 必要に応じて、看護サマリーを作成し提供しましょう。
医療依存度の高い療養者(患者)や終末期の場合で、訪問看護から看護サマリーが提供されている場合は、訪問看護に看護サマリーを提供しましょう。提供後に療養者(患者)の状態や状況が変化した場合は、関係事業所と連絡を取り合しましょう。

B) 退院カンファレンスを行わない場合

- ① 必要に応じて、看護サマリーを作成し提供しましょう。
医療依存度の高い療養者(患者)や終末期の場合で、訪問看護から看護サマリーが提供されている場合は、訪問看護に看護サマリーを提供しましょう。提供後に療養者(患者)の状態や状況が変化した場合は、関係事業所と連絡を取り合しましょう。

MEMO

[3]入退院時連携フローチャート



※表中では「ケアマネジャー」を「ケアマネ」と略しています。

介護認定を受けていない場合
担当ケアマネがない場合

地域包括支援センター

- ▶ 必要な場合は、本人・家族、医療機関スタッフから状況把握する(事前に医療機関スタッフ等と日程・方法を調整の上)。
- ▶ 医療機関担当者と連携し、介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援をする。
- ▶ 暫定サービスの開始が必要な場合、居宅介護支援事業所と連携する。

- ▶ 居宅介護支援事業所を紹介する。
- ▶ ケアプランを作成する。
- ▶ 在宅療養に関する様々な相談に対応する。
- ▶ 必要に応じて家屋調査に同行する。

- ※1 かかりつけ医・歯科医・調剤薬局を確認する。
- ※2 ◎ 退院調整が必要な療養者(患者)の目安に該当するか確認する。
◎ 本人・家族の了解を得て、居住地担当の地域包括支援センターに連絡する。
- ※3 経過、在宅療養での指導内容・注意事項・本人・家族の意向・病状理解の確認、居宅サービス事業所からの意見など
- ※4 居宅療養管理指導を算定する場合、歯科医・調剤薬局も併せて連絡する。
- ※5 必要に応じて、医療機関へモニタリング結果を1か月後フィードバックする(ニーズがある場合)。

《ケアマネジャーの支援ポイント》

<在宅療養期>

☞ 在宅療養期から急な入院等を想定し、医療機関に正しい情報が提供できるように把握しておく。

<入院直後>

☞ 退院支援を行うために、入院前の生活の状況など必要な情報を積極的に伝える。

☞ 医療機関(病院)に状況確認する上での窓口を確認する。

<入院中>

☞ 退院にあたり、病院と情報共有及び協力し、在宅療養に戻るため課題に対して調整する。

<退院見込>

☞ 速やかに介護サービスを調整する。

☞ 医療機関(病院)からの情報をサービス関係機関に提供する。

参考様式

送付先

発信元 記入日 年 月 日

【医療機関・サービス事業所】 【担当者】 【連絡先】TEL： FAX：	【事業者】 【担当者】 【連絡先】TEL： FAX：
--	---

氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 歳
----	---	----	--	------	--

住所

緊急連絡先	氏名	続柄	TEL	自宅： 携帯：
-------	----	----	-----	------------

収入	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> その他	(年金月額：)
----	--	----------

かかりつけ医		現病歴 既往歴
--------	--	------------

// 歯科	
-------	--

介護認定	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5 有効期限： 年 月末まで
------	---

持病の状況	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：
-------	------	---	-------

持病の状況	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位・処置等：
-------	----	---	---------

持病の状況	寝具	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベット【柵： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (点)】	<input type="checkbox"/> 特殊マット
-------	----	---	--------------------------------

ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	介助内容：
-----	----	---	-------

ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：
-----	----	---	-------

ADL	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：
-----	----	---	-------

ADL	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：
-----	----	---	-------

ADL	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ()	介助内容：
-----	-----	--	-------

ADL	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：
-----	------	---	-------

ADL	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位：)	介助内容：
-----	----	--	-------

ADL	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：
-----	----	---	-------

ADL	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ	カテーテル等 ()
-----	------	---	------------

ADL	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 清拭	介助内容：
-----	----	---	-------

ADL	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅風呂 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴	最終入浴： 年 月 日
-----	------	---	-------------

ADL	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：
-----	------	---	-------

ADL	睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 問題有 <input type="checkbox"/> 不明	問題点：
-----	------	--	------

物忘れ等症	()
-------	-----

家族構成	介護協力者				介護力・介護状況
------	-------	--	--	--	----------

キーパーソン：	氏名	生年月日	続柄	健康状態
---------	----	------	----	------

				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
--	--	--	--	--

				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
--	--	--	--	--

				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
--	--	--	--	--

サービス利用状況	()
----------	-----

備考	介護に関する本人・家族の意向、生活機能が入院前より低下した場合に生じると予想される問題点、退院に際しての留意点等
----	--

送付先：みどりの風 南知多病院の場合記載して下さい。

No.2

患者氏名：

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 【 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 級】 有効期限： 年 月末		感染症	HBs 【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】	
				HCV 【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】	
住宅	<input type="checkbox"/> 一戸建て【 階建】 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階【エレベーター： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】		梅毒 【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】	疥癬 【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】	
家族関係 意向 問題点	家族の受入： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良				
生活歴					
経過 現状 問題行為	<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 盗癖 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 【 <input type="checkbox"/> 長谷川式 <input type="checkbox"/> MMSE (点) 実施日： 年 月 日				
日中の 過ごし方					
対応 接し方					
障害高齢者の日常生活自立度		<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			
認知症高齢者の日常生活自立度		<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			
服薬状況 医療情報	眠前薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (服用時間： 時 分頃) 睡眠時間： 時間			
	薬の管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 病院・施設管理 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	予防接種	インフル	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (年 月)
	不眠時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【使用頻度： 回/ W程度】薬剤名：			
	不穏時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【使用頻度： 回/ W程度】薬剤名：			
	便秘時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【() 日便秘時 () 使用】			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ		
		夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ		
		尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ハルン <input type="checkbox"/> 不明【失禁： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】		
便意		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 不明【最終排便： 月 日】			
難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左】(対応方法：)				
備考					

※分かる範囲で記入して下さい。不明なところは記入していただくなくてもかまいません。

問い合わせシート・カンファレンス（サービス担当者会議）開催依頼シート

※どちらかを○で囲んでください

送信 枚数	枚
----------	---

<p>【送信者】</p> 事業者 担当者 TEL FAX	←問い合わせ日 年 月 日	<p>【返信者】</p> 事業者 担当者 TEL FAX
---------------------------------------	------------------	---------------------------------------

【問い合わせ先・担当者】 _____

下記の問い合わせに対し、ご回答の程よろしくお願いいたします。（返信希望 月 日迄）

氏名 _____ 生年月日 M・T・S 年 月 日 _____ 歳

住所 _____

【情報提供等の同意の確認】

下記問い合わせ、またそれに伴う情報提供について、同意します。

同意年月日 年 月 日 氏名 _____ 続柄 ()

※本人等が _____ により署名できないため、

<事業所> _____ <氏名> _____ が下記の者に確認しました。

確認年月日 年 月 日 氏名 _____ 続柄 ()

確認方法 対面 電話 メール その他 ()

【照会内容】

- 面接希望（誰と： _____ ）
- 介護サービス利用について
- 主治医意見書に関すること
- カンファレンス・サービス担当者会議開催依頼
（希望日を本人・家族・親族と調整の上、目的・出席予定者を記入）
- その他 (_____)

【回答欄】

_____ 年 月 日 担当者名 _____



ご利用者・ご家族の方への
お願い



通院・入院時あんしんセット

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーの名刺 |
| <input type="checkbox"/> 介護保険証 | <input type="checkbox"/> 緊急連絡先表 |
| <input type="checkbox"/> 各種受給者証 | <input type="checkbox"/> おくすり手帳 |
| <input type="checkbox"/> 各医療機関診察券 | <input type="checkbox"/> 美浜町版エンディングノート「私の大切な思い」
※作成している場合 (21ページ参照) |



☞ いつでも持ち歩けるように普段から一緒のケースに入れておきましょう。

- ▶ 入院したら…
- ▶ 病院から連絡が来たら…
- ▶ 退院が決まったら…

こんなときは
ケアマネジャーに
ご連絡ください！



居宅介護支援事業所 :

ケアマネジャー :

電話番号 :



これからも自分らしく生きていくための

私の大切な思い

って何？



「私の大切な思い」は、町内の医療・介護・福祉関係者のご協力のもと作成した、これからも自分らしく生きていくための美浜町版エンディングノートです。

これから何をしたいか、どう生きたいかを考えたり、家族や大切な人たちと話し合ったりするきっかけにしてみませんか。

エンディングノートとは

「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」・「人生会議」という言葉を聞いたことがありますか？ACP・人生会議とは、もしものときのため、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて前もって考え、家族や周囲の信頼する人たち、医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組みのことです。

エンディングノートに法的な効力はありませんが、いざという時のために、必要な情報や自分の思いをあらかじめ書いておくノートであり、ACPや終活に取り組む際に有効なツールとして用いられています。

「私の大切な思い」の特徴

「私の大切な思い」は今後やってみたいことや大切なことは何か、もしものときどのような医療やケアを望んでいるかについて考えるための冊子です。今の自分の人生の希望や大事なことを知る、気づききっかけづくりとなるように、毎日の生活がもっと充実したものになるように、との思いを込めて作成しました。

終活を自分らしく生きるための前向きな活動と捉え、取り組む人が少しでも増えるように、あなたの考えを簡単に書き込んで整理できるように、簡易的な内容となっています。

「私の大切な思い」を書いてみましょう

若い方から高齢者の方まで何歳からでも始めてみましょう。

自分にはまだ早いかなど思われている方もまず取り組んでみて、あなたのこれからの家族や大切な人たちと話し合うきっかけにはいかがでしょうか。

- ▶ 書きやすい部分から書きたい気分の時に書いてみましょう(すべて書けなくても大丈夫!)
- ▶ 年齢や身体の状態で気持ちは変化します。定期的にした内容を振り返ってみてください。
- ▶ いつでも書き直してできます！何度でも書き直してできるよう、鉛筆での記入が良いでしょう。

「私の大切な思い」の保管について

いざという時、あなた自身のことやあなたの希望を伝える冊子です。

もしものときに家族や大切な人たちがあなたの医療やケアについて難しい決断をする場合の助けとなります。家族や大切な人たちに保管場所を伝えておきましょう。

問合せ

美浜町役場福祉課

☎ 0569-82-1111

美浜町地域包括支援センター

☎ 0569-83-0294



2022年7月初版

今の私

氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒	電話番号 ()	・	携帯電話番号	・

医療機関名	主治医	電話番号
かかりつけ医		

氏名	私との関係	住所	電話番号
	〒		
	〒		
	〒		
	〒		
	〒		

持病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> なし		
服薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	



アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

私の大切な思い

最期の時まで自分らしく過ごすために、
もしもの時のことを考えてみませんか？

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) とは？

も しもの時に備えて、受けたい医療やケアについてあなたが大切にしていることや希望、思いを家族や大切な人、かかりつけ医をはじめとしたあなたが信頼する人たちと話し合っておくことです。

いつから始めるの？

今 から始めましょう。
元気な方でも、いつもしもの時を迎えるかわかりません。そうなる前に、あなたの希望や思いを整理して、家族や大切な人と話し合っておけば、自分で意思を伝えたり、判断することが難しくなくなった時に、家族などがあなたの希望に配慮した対応をしやすくなり、代わりに判断するときの悩みや負担を軽くすることができます。

今、医療や介護を受けている方は、あなたの思いや希望に沿った最適な選択ができるように、かかりつけ医をはじめとした医療や介護者とともに相談しながら考えてみましょう。

記入日.....年.....月.....日

氏名

記入者

これから私の

健康な時にしたいこと・好きなこと・気になること

病気になること

(1) 告知について (1つのみ選択)

- 病名や病状、残された時間 (余命) を教えてほしい
- 病名のみ教えてほしい
- 家族などに任せる
- 教えてほしくない

(2) 余命が短いと告げられたときに受ける治療について (複数選択可)

※該当項目に優先順位を記入してください。

- () 1日でも長く生きられるような治療を受け続けたい
- () 期間を決めて治療を受けて、それから考えたい
- () とにかく病気が治ることを目標に治療を受けたい
- () 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
- () 自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
- () 治療などに必要な費用を教えてもらってから考えたい
- () その他 ()

(3) 介護が必要になったとき過ごす場所について (1つのみ選択)

- 自宅
- 施設
- 病院
- 家族に任せる
- その他 ()

(4) 最期を迎える場所について (1つのみ選択)

- 自宅
- 施設
- 病院
- 家族に任せる
- その他 ()

あなたの代わりに判断するのは？ (1つのみ選択)

- 配偶者
- 親
- 子ども (氏名:)
- 兄弟 (氏名:)
- その他 ()

あなたにとって大切なこと (上位3つまで選択可)

- 大切な人との時間を大切にすること
- 他人に弱った姿を見せないこと
- 楽しみや喜びがあること
- 望んだ場所で過ごせること
- 社会や家族で役割を果たせること
- 人生をまっとうしたと感じること
- 身の回りのことが自分でできること
- 人の迷惑にならないこと
- その他 ()

大切な人へのメッセージ

(例) ご家族や友人、お世話になっている方に向けて、日ごろなかなか伝えられない感謝の思い、大切な思い出など

- この冊子に、法的な意味合いや拘束力はありません。
- 健康状態や環境の変化、気持ちの変化によって何度でも書き直すことができます。

