

なごや 在宅医療・介護連携 ハンドブック

「名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン」

発行 | 名古屋市・名古屋市医師会

作成 | 「名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン」
ワーキンググループ

ワーキンググループ構成団体

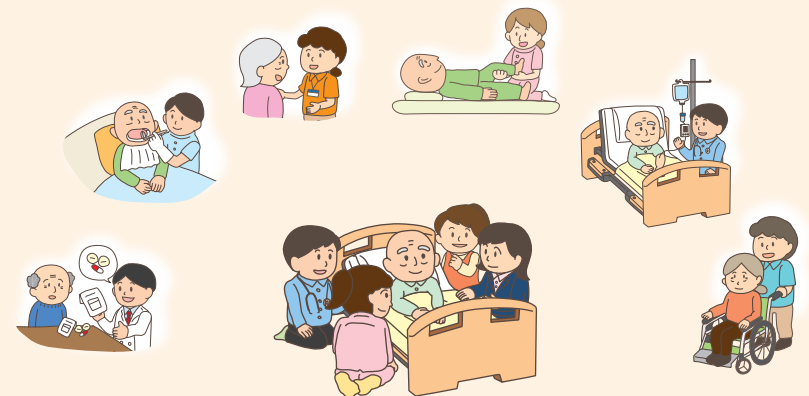
名古屋市医師会 名古屋市歯科医師会 名古屋市薬剤師会 名古屋市立大学病院
愛知県医療ソーシャルワーカー協会 名古屋市介護サービス事業者連絡研究会
千種区訪問看護ステーション部会
在宅医療を考える東区訪問看護ステーションの会
在宅医療を考える東区ケアマネジャーの会
中村区訪問看護ステーション委員会
中村区ケアマネジャー委員会
昭和区訪問看護委員会
昭和区ケアマネジャー委員会
中川区訪問看護ステーション委員会
中川区ケアマネジャー委員会
名古屋市健康福祉局(高齢福祉部・健康部)

このハンドブックは
はち丸在宅支援センターの
ウェブサイトでも
ご覧いただけます。



はち丸在宅支援センター 🔍 検索

<https://zaitakukaigo.nagoya>



令和元年6月発行

ご挨拶

平素は本会事業につきまして、格別のご理解ご協力を賜わり厚く御礼申し上げます。

また、日頃より在宅医療・介護連携推進事業にご協力いただき深く感謝しております。

さて、ご存知のとおり高齢者社会が進展する中、名古屋市民がいくつになっても、そして希望すればいつでも、安心・安全な在宅療養生活を送ることができるよう、在宅医療と介護に携わる多職種が連携し、療養者本人の意向を尊重した質の高いサービスを提供していくことが我々専門職には求められております。

本ガイドラインは、平成26年度に作成した初版を基に、多職種によるワーキンググループにて現場の状況を踏まえた議論を重ね、多職種が連携する主要な3場面〈在宅療養〉〈入退院〉〈看取り〉を取り上げ、各職種における他職種との連携ポイントをまとめました。

このハンドブックが、多職種間の連携の手引きとして活用され、名古屋市における在宅医療・介護に携わる多職種連携のより一層の推進と、多職種チームによるより良い支援につながりますことを祈念しております。

令和元年6月1日 名古屋市医師会 会長 服部 達哉

目次

多職種連携マップ	3	退院時の連携ポイント	
在宅療養時の連携ポイント	5	～退院の決定から退院～	19
かかりつけ医	5	多職種共通	19
ケアマネジャー	6	入院先医療機関	20
サービス事業者	8	看取りにおける連携	21
在宅医療の導入について	9	ACP:アドバンス・ケア・プランニング	22
入院時の連携ポイント		タイムライン(慢性疾患)	27
～入院直後から入院中～	12	タイムライン(がん)	29
入院先医療機関	12	人生の最終段階における	
かかりつけ医	13	医療・ケアの決定プロセスに	
ケアマネジャー	13	関するガイドライン	32
訪問看護事業者	17		

このハンドブックの 目的

名古屋市の在宅療養者が、
いつまでも安心・安全な在宅生活を送れるよう、
医療・介護の多職種が、
在宅療養者本人の意思決定を尊重し、
連携して支援するための指針とする。

療養者のための連携であること

医療・介護のサービスを受ける主体は、だれであるかを常に考えましょう。「療養者が何を望んでいるか」、それに向けて「何が課題であるか」、「どう解決し支援するか」を多職種で検討・共有し、協働していきましょう。

主体的かつ積極的に連携をしていくこと

「忙しい」「分からない」「大変」などを理由に、他職種にお任せとなったり、情報共有がおろそかにならないよう、多職種チームの一員として支援をしましょう。

療養者本人の意思決定を支援すること

関わる多職種が、本人と対話を続け、本人にとって望ましい決定ができるよう、支援を続けていきましょう。

多職種連携マップ

	入院先 医療機関	かかりつけ医	歯科医師	薬剤師	ケアマネジャー	訪問看護事業者 サービス事業者	
在宅		窓口の明確化 P.5 入院時の対応 P.5 在宅医療の導入 P.9~			かかりつけ医との連携 P.6 薬局との連携 P.7 在宅医療の導入 P.9~	《サービス事業者》 P.8 情報の収集 かかりつけ医・ サービス事業者間の連携	
緊急時の 対応	緊急時の対応 P.8						
サービス 担当者 会議		ケアマネジメントへの協力 P.5			サービス担当者会議の開催 P.7	《サービス事業者》 サービス担当者会議への参加 P.8	
入院時	窓口の明確化 多職種との 情報連携 P.12	入院先医療機関への情報提供 P.13			療養者の状況把握 P.13~ 窓口の確認 入院先医療機関への情報提供 入院先医療機関からの情報収集	《訪問看護事業者》 P.17 療養者の状況把握 療養者の情報提供 療養者の情報収集	
退院時	退院前 カンファレンスの 開催 P.20	退院前 カンファレンスへの参加 P.19~					

入院先医療機関

かかりつけ医

ケアマネジャー

訪問看護事業者
サービス事業者

共通事項

在宅療養時の 連携ポイント

かかりつけ医



窓口の明確化

- ◎多職種からの問い合わせ窓口・連絡可能な時間帯・手段等を明確にしましょう。

ケアマネジメントへの協力

在宅療養は医療サービスを始め、介護サービスも重要となるため、かかりつけ医としてケアマネジメントにも積極的に協力しましょう。

- ◎サービス担当者会議へは積極的に参加しましょう。
 - ・参加が困難な場合、必要な情報を文書、または、はち丸ネットワーク等のICTツールを活用して情報提供を行いましょ。
 - ・参加できない場合の意見照会に対する回答について、診療報酬(診療情報提供料)として取り扱う場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」の様式、または、これに準じた様式の文書により情報提供を行いましょ。
- ※診療情報の提供や意見照会に対する回答を行う際、保険診療の自己負担や文書料等の費用負担が発生する場合は、療養者、または、その家族に同意を得ましょ。

入院時の対応

療養者が入院する場合、迅速な情報共有が重要です。

- ◎速やかに診療情報提供書を入院先医療機関へ送付ましょ。
- ・診療情報提供書には、担当する居宅介護支援事業所、薬局、訪問看護事業所を記載ましょ。

ケアマネジャー



かかりつけ医との連携

療養者のかかりつけ医へ担当する旨を伝えましょ。
(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つても連絡を取りましょ)

◎かかりつけ医への連絡手段について

- ① 直接面会ましょ。
- ② 面会が困難な場合、主治医連絡票等を送付ましょ。
 - ・介護支援専門員証等の身分証明を携帯のうえ、直接、医療機関へ持参する。
 - ・FAXで送付する際は、送付後に送付先へ電話等で受信を確認する。

◎要介護・要支援認定の更新時について

- ・有効期限が切れる2ヶ月～1ヶ月以上までに、主治医意見書の作成に際して必要な情報を提供ましょ。必要に応じて、「介護保険主治医意見書用問診票」を療養者の受診時に持参してもらふ、もしくは、ケアマネジャーがかかりつけ医へ送付ましょ。
- ・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(ケアプラン)は、原則、かかりつけ医を始め、利用予定の介護サービス事業所等へ提供ましょ。

かかりつけ医への相談・情報の確認

電話での相談や情報照会ができるだけ避けましょ。

◎かかりつけ医への連絡手段について

- はち丸ネットワーク等のICTツールを活用ましょ。

サービス事業者



サービス担当者会議の開催

◎かかりつけ医を始め、介護サービス事業者などの関係者が全員参加できるように調整しましょう。

- 医療依存度の高い療養者については、特にかかりつけ医が出席できるように調整しましょう。
- かかりつけ医に、診療時間をあらかじめ確認のうえ連絡し、調整しましょう。(かかりつけ医が対応困難な場合、窓口受付者と調整を行う)
- 開催後は、議事録等を作成し関係者間で、話し合いの内容を共有しましょう。

薬局との連携

居宅療養管理指導(在宅患者訪問薬剤管理指導)は主治医の指示により行われることに留意しましょう。

◎居宅療養管理指導について

- 薬剤師による訪問や、服薬指導が必要と考えた場合、かかりつけ医に相談しましょう。
※療養者等の意向、居宅療養管理指導(在宅患者訪問薬剤管理指導)が必要と考えた理由等を相談しましょう。
- 薬局が居宅療養管理指導(在宅患者訪問薬剤管理指導)を行っていない場合、対応可能な薬局を探しましょう。

薬局の検索方法

- ① 名古屋市薬剤師会ホームページ(<http://www.nagoya-yakuzaishi.com>)の「在宅医療受入薬局リスト」を参考にする。
- ② 地区薬剤師会へ相談する。

サービス担当者会議への参加

◎サービス担当者会議へは積極的に参加しましょう。

- サービス導入前に、使用薬剤、処置等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いましょう。

情報の収集

◎既往疾患等の把握に努め、サービス提供中に想定されるリスクに十分考慮しましょう。

- 療養者の身体に係るサービスを提供する事業者は、サービス中止の基準や禁忌事項等の把握に努めましょう。
- 診察に付き添う場合は、療養者が自分の状態を正確にかかりつけ医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等を出来る限りかかりつけ医に伝えられるようあらかじめ情報収集しておきましょう。

かかりつけ医・サービス事業者間の連携

◎情報共有について

- かかりつけ医、薬局、訪問看護等への相談については、原則、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かかりつけ医や他の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しましょう。

緊急時の対応

緊急時、急変時の対応方針や連絡体制を、あらかじめ関係する多職種で話し合い、整備しておきましょう。

医療依存度の高い療養者、認知症の療養者、独居の高齢者の場合、いざという時の連携がスムーズにいこう準備が必要です。

在宅医療の導入について

訪問診療・往診の導入

訪問診療・往診(在宅医療)の導入については、療養者・家族の意向、関係するサービス事業者の助言を基に調整しましょう。

ケアマネジャー

◎かかりつけ医に相談するよう勧めましょう。

かかりつけ医による在宅医療の提供が困難な場合

- 1 かかりつけ医に、訪問診療が可能な医師を紹介してもらう。
- 2 各区はち丸在宅支援センターに相談する。
- 3 医療系サービスを利用している場合、医療系サービス事業所に相談する。

◎医療／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。

訪問歯科診療の導入

訪問歯科診療(在宅歯科医療)の導入については、療養者・家族の意向、関係するサービス事業者の助言を基に調整しましょう。

ケアマネジャー

◎かかりつけ歯科医に相談するよう勧めましょう。

かかりつけ歯科医による在宅歯科医療の提供が困難な場合

- 1 かかりつけ歯科医に紹介してもらう。
- 2 名古屋市在宅歯科医療・介護連携室に相談する。
(TEL:052-619-4188/FAX:052-619-4189)
- 3 地区歯科医師会に相談する。(愛知県歯科医師会、名古屋歯科保健医療センター HP(<https://nagoya-dc.jp/>))

◎医療／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。

訪問看護の導入

訪問看護サービスの対象者は、在宅において療養が必要な状態にあり、訪問看護が必要とわかりつけ医が判断した人です。

ケアマネジャー

- ◎訪問看護が必要と考えた場合、かかりつけ医に相談しましょう。
- ◎医療／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。
- ◎介護保険優先ですが、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しましょう(P11参照)。
- ◎訪問看護ステーションの選択は、かかりつけ医・本人・家族へ確認しましょう。

かかりつけ医

◎訪問看護が必要と判断した場合、「訪問看護指示書」を作成・発行しましょう。

訪問リハビリテーションの導入

訪問リハビリテーションについては、療養者・家族の意向、関係するサービス事業者の助言を基に調整しましょう。

ただし、リハビリテーションは医療保険や介護保険等の制度を問わず、リハビリテーションを行う療法士が所属する医療機関また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。

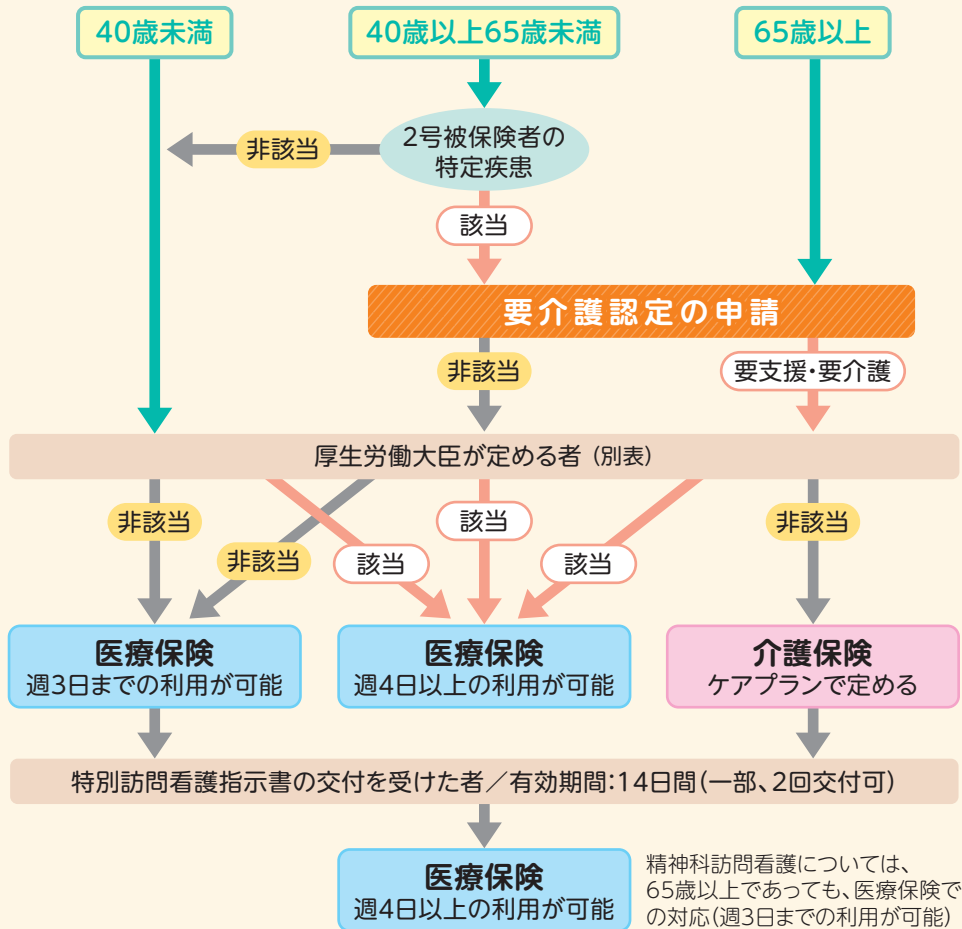
ケアマネジャー

- ◎医療／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。
- ◎かかりつけ医に相談するよう勧めましょう。

留意点

- 1 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。
- 2 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の実施を確認する。
- 3 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、かかりつけ医だけでなく、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。

◆ 訪問看護対象者



【別表】 介護保険の厚生労働大臣が定める疾病等(介護保険の訪問看護は行わない対象者)

末期の悪性腫瘍	進行性筋ジストロフィー症	脊髄性筋萎縮症
多発性硬化症	パーキンソン病関連疾患	球脊髄性筋萎縮症
重症筋無力症	多系統萎縮症	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
スモン	プリオン病	後天性免疫不全症候群
筋萎縮性側索硬化症	亜急性硬化性全脳炎	頸髄損傷
脊髄小脳変性症	ライソゾーム病	人工呼吸器を使用している状態
ハンチントン病	副腎白質ジストロフィー	

【特別訪問看護指示書とは】

患者の主治医が診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護の必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

特別訪問看護指示書を月2回交付できる者(有効期間:14日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

入院時の連携ポイント

～入院直後から入院中～

療養者が入院した場合、在宅での生活状況や家族構成、本人の意向、介護サービスの利用状況等の情報が、退院時のスムーズな連携につながります。入院時から始まる、多職種と医療機関の情報共有が重要です。

入院先医療機関

入院前、通院中から、多職種との連携を想定し、療養者のかかりつけ医、担当ケアマネジャー、訪問看護事業者、かかりつけ薬局等を把握するようにしましょう。必要に応じて、多職種へ情報提供することを、療養者に説明するようにしましょう。

窓口の明確化

- ◎多職種からの情報提供窓口・問い合わせ窓口・連絡可能な時間帯・手段などを明確にしましょう。

多職種との情報連携

- ◎多職種から得られた情報は、カルテへ一元管理できるように院内で調整し、担当医・病棟スタッフ等、院内で共有できるようにしましょう。
- ◎多職種からの情報がない場合でも、在宅での介護サービスの利用状況の把握に努めましょう。療養者・家族には、担当ケアマネジャーの確認を行い、情報提供を求めましょう。
- ◎かかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護事業者等から、情報提供された内容について不足している情報がある場合は、多職種と連携し、情報収集に努めましょう。

かかりつけ医

◎入院時に情報提供することが望ましいですが、やむを得ずできない場合は、入院後速やかに情報提供しましょう。

※診療情報提供書には、担当する居宅介護支援事業所、訪問看護事業所を記載する。

◎訪問看護ステーションから情報提供があった場合、訪問看護の情報(療養にかかる情報)を、診療情報提供書にあわせて提供しましょう。

ケアマネジャー

入院前、通院中から療養者の入院に備え、入院先医療機関と連携する必要性を説明し、了解を得ておきましょう。

療養者の状況把握

◎療養者が入院した場合、家族等から病名、入院している診療科・病院・病棟、入院日を確認するようにしましょう。

※これらの情報を把握しておくことで、入院先医療機関への問い合わせをした際にスムーズな対応が期待できます。

窓口の確認

◎入院先医療機関の問い合わせ窓口を確認しましょう。

入院先医療機関への情報提供

◎入院時または入院予約時に療養者が医療機関に対し、担当ケアマネジャー・かかりつけ医・訪問看護事業者が分かるようなもの(例:事業者の名刺や連絡先一覧)を、医療保険被保険者証や介護保険被保険者証・お薬手帳等とあわせて持参するよう、療養者および家族等に勧めましょう。

◎療養者の情報は、入院してから3日以内に入院先医療機関に提供しましょう。

情報は「入院時情報提供書」(P15・16参照)またはそれに準ずる書式で提供しましょう。

※3日以内に情報提供することができない場合は、7日以内を目安に速やかに情報提供しましょう。

※提供する文書には、タイトルに「入院時情報提供書」と標記しましょう。

◎情報提供する対象は、原則、入院した療養者すべてです。

◎ケアマネジメントを行う上で、療養者の病状や状況、ケースの内容に応じて必要な情報は異なります。必要に応じた情報収集に努めましょう。

◎「入院時情報提供書」は文書での情報提供です。情報共有の基本は対面であることに留意しましょう。

入院先医療機関からの情報収集

◎入院先医療機関に情報提供を行っている場合は、その旨を伝えて問い合わせましょう。その際、担当者には自分の身分を証し、療養者から情報提供を受けることについて、了解を得ていることを説明しましょう。

◎面会の約束をせずに直接病棟に出向き、スタッフから情報収集をすることは控えましょう。

◎情報収集する目的や、どのような情報を収集したいかを明確にしましょう。ただ情報が欲しいというだけでは、入院先医療機関からの情報提供が難しくなります。

◎療養者の入退院の情報を把握しましょう。入院先医療機関からの情報提供を待つのではなく、入院中から積極的に情報収集をしましょう。

※入院先医療機関は、電話等で相手が特定できない場合、個人情報を提供することができません。

※全ての療養者に、看護師や医療ソーシャルワーカー等の退院支援担当者がついているとは限りません。

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：
 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
住所	〒	生年月日	明・大・昭	年 月 日 生	
住環境	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)				
入院時の要介護度	特記事項()				
障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 □医師の判断				
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M □ケアマネジャーの判断				
介護保険の自己負担割合	□割 □不明 □障害など認定 □なし □あり(身体・精神・知的)				
年金などの種類	□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護 □その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	□独居 □高齢者世帯 □子と同居 □その他() *□日中独居				
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:	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	□ 居宅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	□ 居宅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。 □居宅サービス計画書1.2.3表 □その他()
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について(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	□独居 □高齢世帯 □子と同居(家族構成員数 名) *□日中独居 □その他()
世帯に対する配慮	□不要 □必要()
退院後の主介護者	□本シート2に同じ □左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力*	□介護力が見込める(□十分 □一部) □介護力は見込めない □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*	□なし □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	□希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	□希望あり □具体的な要望()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□希望あり

* = 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	□なし □あり()
A D L	移動	自立 見守り 一部介助 全介助	移動(室内) □杖 □歩行器 □車いす □その他
	移動(屋外)	自立 見守り 一部介助 全介助	移動(屋外) □杖 □歩行器 □車いす □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	
食事内容	食事回数 ()回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)	食事制限	□あり() □なし □不明
	食事形態 □普通 □きざみ □嚥下障害食 □ミキサー	UDF等の食形態区分	
	摂取方法 □経口 □経管栄養	水分とろみ	□なし □あり
	嚥下機能 □むせない □時々むせる	常にくむせる	嚥下 □なし □あり(部分・総)
口腔	口腔清潔	良 不良 著しく不良	口臭 □なし □あり
排泄*	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助	ポータルトイレ □なし □夜間 □常時
	排便	自立 見守り 一部介助 全介助	オムツ/パッド □なし □夜間 □常時
睡眠の状態	良 不良()	薬剤の使用	□なし □あり
喫煙	無 有(本数) / 日	飲酒	無 有(合杯) / 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 □なし □あり()
	聴力	問題なし やや難あり 困難	補聴器 □なし □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	□なし □幻視・幻聴 □興奮 □焦燥・不穏 □妄想 □暴力/攻撃性 □介護への抵抗 □不眠 □昼夜逆転 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □その他()		
疾患歴*	□なし □悪性腫瘍 □認知症 □急性呼吸器感染症 □脳血管障害 □骨折 □その他()		
入院歴*	最近半年間での入院	□なし □あり(理由: 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日)	
	入院頻度	□頻度は高い/繰り返している □頻度は低い/これまでにない □今回が初めて	
入院前に実施している医療処置*	□なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射() □その他()		

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	□なし □あり()	居宅療養管理指導	□なし □あり(職種:)
薬剤管理	□自己管理 □他者による管理(管理者:)	管理方法:	()
服薬状況	□処方通り服用 □時々飲み忘れ □飲み忘れが多い、処方を守られていない □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	(フリガナ)	電話番号	
医師名	(フリガナ)	診療方法・頻度	□通院 □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

「入院時情報提供書」は、はち丸在宅支援センターウェブサイトからダウンロードできます。

はち丸在宅支援センター 🔍 検索 <https://zaitakukaigo.nagoya>

訪問看護事業者

療養者の状況把握

◎療養者が入院した場合、家族等から入院日、病名、入院している病棟（診療科）を確認しましょう。

※これらの情報を把握しておくことで、入院先医療機関に問い合わせを行った際にスムーズな対応が期待できます。

療養者の情報提供

◎療養者の情報は、入院してから速やかにかかりつけ医および入院先医療機関に提供しましょう。

※速やかな情報提供は、適切な治療およびスムーズな退院支援につながる事が期待できます。

◎情報は訪問看護の情報(療養に係る情報)提供書(P18参照)、又はそれに準ずる書式を活用して提供しましょう。

情報提供する内容

- ・入院前の日常生活等の状況
- ・看護に関する情報
- ・療養者本人や家族の状況および同居の有無
- ・療養者の治療や療養に関する意向等

療養者の情報収集

◎退院時の調整に時間が要することがあるため、病状や経過等について、入院早期から積極的に情報収集するようにしましょう。

◎入院先医療機関の退院支援担当者の把握、担当医、担当看護師、医療ソーシャルワーカーとの情報共有は積極的に行いましょう。

訪問看護の情報(療養に係る情報)提供書(7版) 平成 年 月 日

(主治医 医療機関名) 殿

(入院又は入所先医療機関等) 指定訪問看護ステーション
(名称)
(所在地)
(電話番号) (FAX)
(管理者氏名) (担当者)

以下の利用者に関する訪問看護の情報(療養に係る情報)を提供します。

よりがな利用者名	性別	職業	生年月日	昭和	年	月	日 (EVALU1)	歳						
住所 電話	*		主治医氏名 医療機関名 住所											
家族、主な介護者等 (主: 主な介護者 ☆: キーパーソン 同: 同居)			介護支援専門員 *											
氏名	続柄	備考(連絡先)	主傷病名											
*	*	*	*											
			既往歴											
			アレルギー											
本人の 思 家 い 族	要介護度 *		日常生活自立度 *		認知度 *									
	障害者手帳 *		級 障害名											
	心理症状		抑うつ・不安・幻覚・妄想・睡眠障害・その他 ()											
	行動障害		暴力・暴言・叫声・拒絶・徘徊・不潔行為・異食・その他 ()											
訪問看護の目的・経過・看護内容 (訪問頻度: 回/)														
在宅での様子 経過 看護上の問題・評価・具体的ケア方法における留意点・継続すべき看護														
最終訪問(月 日)の状況														
心身の 状況 ・ 日常生活の 支援 状況	バイタル	血圧	脈拍	体温	酸素飽和度(%)	月	日	計測	身長 *	cm	体重 *	kg	月	日
	移動 *	手段 *	特記		視力 *	特記								
	意思疎通			聴力 *	特記									
	睡眠生活リズム													
	食事栄養	手段	量	特記		介助 *	尿意 *	便意 *	排泄方法					
		内容			尿回数	回/日	夜間排尿	回	便回数	回/日				
		介助 *	特記		排泄調整	内容		最終排便	月	日				
	清潔	方法	最終	月	日	介助 *	器具	最終交換		月	日			
	口腔ケ*	義歯 *	特記		品名	サイズ	次回		月	日				
	皮膚	特記		服薬状況										
特記														
医療処置														
在宅療養継続のための留意点														
特記事項														

0

*印は、ケアマネジャーが作成する「基本情報・情報提供書」をご参照下さい。

退院時の連携ポイント

～退院の決定から退院～

退院が決まったら、円滑に在宅に移行できるよう、退院後の療養生活について、本人の意向を踏まえた上で、退院後の課題等を入院先医療機関と多職種で情報共有しましょう。必要に応じて、退院前カンファレンスを行いましょう。在宅へ移行する前に、関係者が情報共有をする場面を直接見てもらうことで、療養者に安心感を持ってもらうことができます。

多職種共通

退院前カンファレンスについて

- 退院前カンファレンスは、入院先医療機関が主導で進めていくものです。サービス担当者会議とは目的・内容・参加者が異なるので、注意しましょう。
- 参加の依頼があった多職種は、出来るだけ参加しましょう。
- 開催の可否を判断するにあたり、入院時からの医療機関と多職種の連携、情報の共有が重要になります。
- 事前に退院支援担当者と連携し、本人の意向を踏まえた上で円滑に在宅生活に移行できるように、サービス調整のポイントを確認しましょう。
- カンファレンスの際に確認したい質問事項など要点を整理し、できれば事前に入院先医療機関に伝えておくのが望ましいです。
- 退院後の医療・介護のケアの内容について、中止基準や禁忌事項を確認しておきましょう。
- 入院先医療機関のスタッフは通常の診療等を中断して参加するため、短時間で効率的なカンファレンスが開催できるように準備をしましょう。※目安は30分以内です
- 多職種が開催を希望する場合、退院支援担当者とよく相談しましょう。

退院前カンファレンスの開催基準

- 新規で在宅ケアチームを編成する場合。
- 在宅ケアチームは既に編成されているが、入院治療により医療依存度が高くなったり、ADLが変化したりした場合。
- 独居・高齢夫婦・認知症世帯など、本人から適切な情報収集が困難な場合。
- 退院カンファレンスを行わずに退院した場合、医療・看護・介護の継続に不安や問題がある場合。

入院先医療機関

退院前カンファレンスの開催

- ◎事前に多職種から問い合わせ事項がある場合、院内スタッフ等と相談し、回答を準備しておきましょう。
- ◎参加者の人数に応じ、病棟のカンファレンスルームや面談室等の場所を用意しましょう。
- ※開催場所では、個人情報の保護に配慮する必要があります。
- ◎参加者については、事前に本人または家族に伝え、気兼ねなく発言できるよう配慮しましょう。
- ◎参加を依頼する多職種については、かかりつけ医やケアマネジャー等に相談して決めましょう。
- ※退院前カンファレンスへの参加が想定される職種：医師・訪問看護師・ケアマネジャー・歯科医師・薬剤師 等

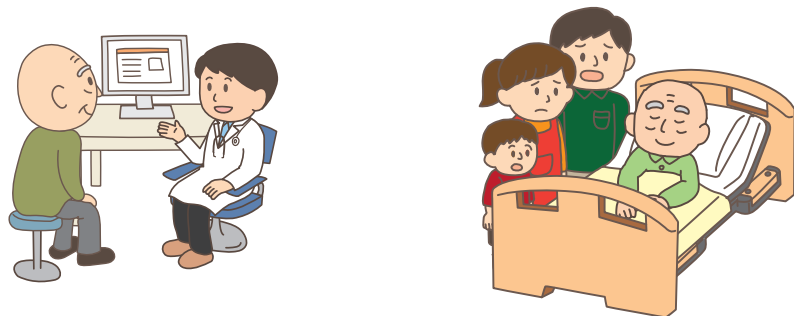
看取りにおける連携

人生最終段階の医療と介護のケアについては、医師から適切な情報提供と説明がなされたうえで、本人と医療・介護の多職種チームとの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、多職種のチームとして方針の決定を行うことが重要です。

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」が改訂されました。(P32参照)

このガイドラインでは、本人の意思は変わるものであり、支援する多職種が本人と事前に話し合いを繰り返すプロセスが重要である、とされています。これは、本人が、人生最終段階の医療とケアについて、家族・知人などと、また医療・介護の多職種チームと、事前に繰り返し話し合い、本人が望んでいることについて共有をするプロセス：**アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)**の考え方に基づいたものです。

在宅での療養生活から、
看取りに至る人生の最終段階までの連携には、
各専門職の**ACPへの取り組み**が必要です。



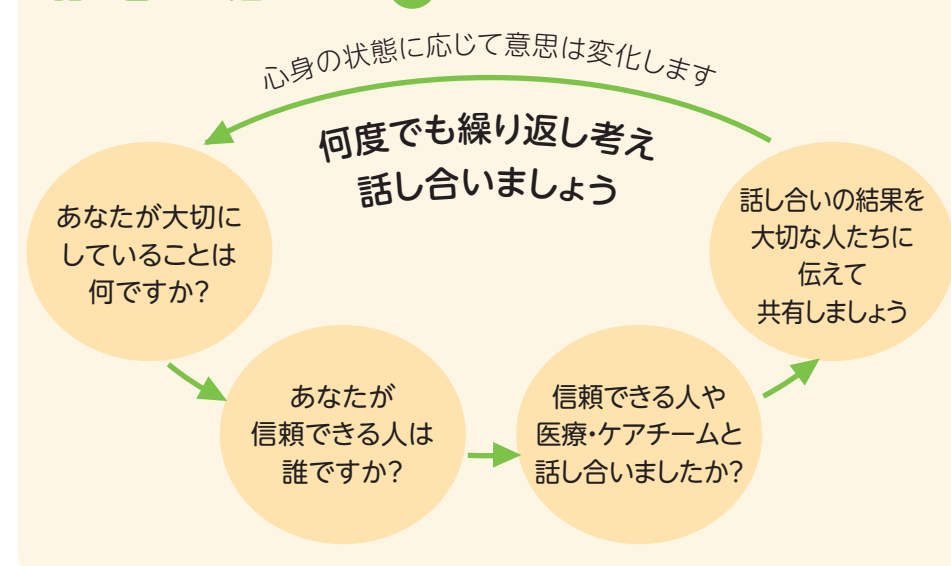
ACP:アドバンス・ケア・プランニング

ACP:アドバンス・ケア・プランニングとは、本人が将来に向け自分が望む医療や介護のケアについて最善の選択ができるよう、本人主体で医療・介護の多職種や家族等が**繰り返し話し合い**を行い、**本人の意思決定を支援するプロセス**、です。

話し合いの内容は、病状や予後の理解、本人の意向や気がかり、価値観や目標、そして治療や療養生活に関する希望等を含みます。

※**ACP**には**〈人生会議〉**という愛称もあり、普及啓発に使用されています。

話し合いの進めかた 例



※**AD:アドバンス・ディレクティブ**は、事前指示書と言われ、人生の最終段階に受ける医療について、意思を表明する書類です。本人の意思表示が難しい状態になっても、本人の意向を尊重した医療・ケアを行うことを目的とする点ではACPと同じですが、気持ち(決定)が変わることがある点、病状の理解/将来の状況について予想自体が難しい点、そして想定した状況と異なる状況が起きる点等が考えられ、継続的に検討する必要があります。

ADはACPのプロセスの一部となることはありますが、書くこと、残すことは目的ではありません。**本人、家族等と多職種による話し合いのプロセスが重要**です。

意思決定支援

ACPは
本人の意思決定を支援するというプロセスなしでは
成り立ちません

医療・介護の多職種は、在宅療養者本人の価値観や意向について、サービス提供時または面談時の対話等から情報を得て、それを本人と共有します。

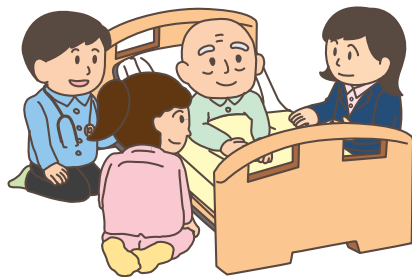
そして、今後の治療やケアについて複数の選択を示し、その内容を等しく伝えます。

多職種は、本人が自身の状態、病気と治療・ケアの内容を理解しているかを十分に配慮した上で、共有した選択肢から最善を選ぶことができるよう支援します。

このように一つひとつの選択について、**コミュニケーションを重ね、望ましい決定に向けて本人と多職種が対話を続け、本人の意思決定を支援**していきましょう。

※本人の意思が確認できない場合: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ります。

(詳しいプロセスについてはP32の「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」を参照してください。)



ACPのはじまり

ACPを始めるきっかけは、人それぞれ様々ですが、以下のような機会をはじまりとすることが望ましいです。

病院・診療所で

- 本人が話し始めたとき
- 今後機能が低下してくる状況を診断したとき
- 状態が悪化していることを他職種や他の医師から報告されたとき
- 病院への定期通院時
- 入院時面談
- 入院後の医師による病状説明のあと
- 入院後症状が落ち着いたとき
- 手術の前後
- 退院のメドが立ってきたとき
- 転院前
- 退院時カンファレンス
- 退院時カンファレンスの前後

在宅で

- 本人が話し始めたとき
- なにげない話題から...
- 「もしバナゲーム」
- 病院や診療所への定期通院後
- 病院や診療所での病名告知のあと
- 持病が悪化したとき
- 食事が摂れなくなってきたとき
- 入院が決まったとき
- 施設への入所が決まったとき
- 要介護認定の申請時
- 要介護認定の調査時
- 各職種の初回訪問時
- 訪問診療時
- ケアマネジャーの面談時
- 訪問看護師の訪問時
- サービス担当者会議 等

本人にとっては、ACPは自分のことを伝える機会です。「不安なことはありませんか」「どこで生活したいですか」等の問いかけだけでなく、なにげないやり取りからACPが始まることもあります。

情報共有をする

病院にいる期間が短くなり、療養者が、治療の場と生活の場である自宅を往来する事も多くなっています。支援にかかわる多機関の多職種が、療養者本人が自分の状態、病気、治療を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を持っているかについて、常に共通の認識を持って支援するためには**情報の共有が重要**です。

思いや決心は揺れ動くものという前提で、**多職種は対話と記録を続けて、多職種間で共有**しましょう。

※情報共有ツールとして、「はち丸ネットワーク」等のICTツールを積極的に利用しましょう。

療養者本人が病院でも在宅でもどこにいても、人生の最終段階に希望している医療とケアを受けることができるよう、ACPで本人の意思決定を支えましょう。



在宅での看取り

慢性疾患で自宅看取りとなったケース

タイムライン P.27・28

女性(90歳代) 【疾患名】慢性心不全 呼吸不全 【介護度】要介護4
【家族構成】夫は逝去 三男家族(三男夫婦・孫3人)と同居
主介護者は三男の妻

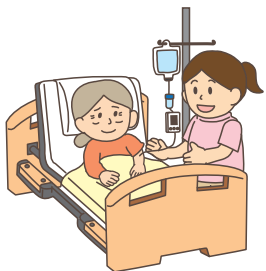
心不全の急性増悪で入退院を繰り返していた。在宅で関わっていた多職種は、訪問看護師、ヘルパー、ケアマネジャー、訪問診療医師。本人は「最期まで家で暮らしたいが、家族に迷惑がかかるので、施設でも病院でも良い」と言っていた。約2年間、ケアを継続する中で本人の思いを家族と共有し、家族も「このまま在宅で看取ろう」という気持ちへ変化。自宅での看取りとなった。

がんで自宅看取りとなったケース

タイムライン P.29・30

男性(70歳代) 【疾患名】直腸がん 肺・肝臓転移
【家族構成】妻と次女と同居 長女は別居
主介護者は妻

2年前にがんを患い、人工肛門を造設。治療(化学療法)を受けながら、調子の良い時は、妻と旅行に出かけていた。しかし、発熱、呼吸困難、食欲低下により入院となり、医師から終末期と説明された。本人は「家で過ごしたい」と医師に話し、同居家族も不安だったが、それを受け入れた。在宅で訪問看護師、ヘルパー、ケアマネジャー、訪問診療医師が関わり、退院後1ヶ月で自宅での看取りとなった。



本人

「人生、望んでも思い通りにならないことの方が多いのだから望まないほうがストレスがなくていい」
 「歳をとったら、誰でも死ぬもの。」
 「自分もその歳を超えている」

本人

「入院せずに家で過ごしたい」
 「家族に負担をかけたくない」

家族

「なるべく家で過ごせるようにしてあげたい」
 「急性増悪時は入院加療を」

本人

「猫は気ままでしょう？家は気ままでもんね、私もこのまま家で暮らしたい」
 「家族に負担をかけたくないので家でも施設でもよい」

家族

「在宅看取りをしてあげたいが、自分たちにできるだろうか」

家族

このまま家で看取りをしてあげたい

通院

病状/
治療の説明
サービスに関する
情報共有

在宅

入院/退院

- 在宅の医療・ケアの多職種と、在宅時の本人の意向や価値観、家族の思い等を病院と情報共有
- 病状の変化に伴い、今後についての話し合いを始める
- 入院～退院にいたる間、今後受ける治療・ケアについて、本人に説明し選択を支援する
- 病院そして在宅の多職種、また家族と、入院中の本人の意向について共有し、退院後の医療・ケアについて、本人の意思決定をサポートする

- 病気や本人の生活、家族に対する思い、そしてこれからについて等の継続した話し合い

入院/退院

入退院の繰り返し

在宅 訪問診療

- 在宅多職種での情報共有
- 本人の意向の変化、家族の思いの変化を把握
- 本人そして家族の意向の変化に伴い、具体的な医療・ケアについて選択肢の提示と意思決定のサポート
- 人生の最終段階の生活における変化に、柔軟に対応する在宅多職種による支援体制をつくる

看取り

- 状態の変化、いつもと異なる事への気づきを多職種で共有し、対応していく
- 24時間の連絡先提供と、緊急連絡時の訪問体制を整えておく
- 多職種誰もが、最期まで不安なくサービスに入ることができるよう、こまめに情報を共有

心不全等の慢性疾患はプロセスが長くなることが多く、様々な職種・機関が関わるため、各職種が本人の意向について共有し、つないでいくことが、ポイントになります。

通院

がんの告知
予想される病状
治療/ケアの説明

在宅

つなぐ

入院

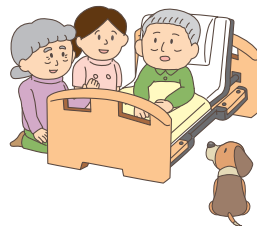
がん転移の告知
人生の最終段階についての説明

- 在宅時の本人の意向/家族の状況等を在宅の多職種から病院へ情報提供
- 病院で本人の思い、家族の認識も把握
- 本人にとっての最善を多職種で考える

- 病気や自分の療養生活、家族に対する思い等の把握

退院

- 退院に向けて、また退院時に本人の意向、家族の思いについて把握
- 今後の医療とケアについて話し合いの継続
- 病院・在宅の多機関/多職種での共有



本人

「家族に迷惑をかけるが、残りの時間は家で愛犬と家族と過ごしたい」

「延命治療はのぞまない。しかし痛みは取ってほしい」

家族

「夫の気持ちを大切にしたい」
「子どもも協力してくれるので、家で看取ってあげたい」

本人

「家に帰りたい、でも家族に迷惑がかかる」

「親も看取った自宅で自分も逝きたい」

家族

「介護できるだろうか」
「仕事で不在の日中は大変」
「でも家で見てあげたい」

本人

「治療は受けられる限り続けたい」

「生まれたこの家でずっと過ごしたい」

「家族には迷惑をかけたくない」

本人

「最期までこの家にいたい」

「入院しても治らないなら病院に行っても仕方ない」

「痛みは辛いので楽にして欲しい」

家族

「この家から送り出してあげたい」

「苦しむ姿は見たくない」

「自宅での看取りは不安」

本人

「この家で家族に囲まれて逝けたら幸せだな」

在宅 訪問診療

- 退院直後から本人の思いの変化を把握
- 状態の変化のたびに本人の意向を確認し家族、多職種と共有
- 最終段階の医療とケアについて本人/家族と在宅多職種間で話し合いの継続

看取り

- これまでの話し合いのプロセスで家族/多職種で共有している本人の意思決定に基づく看取り

がんの場合、最終段階では症状の変化も早い場合、多職種がスピード感をもって情報共有しながら、対応していくことが求められます

ひとり暮らしの場合

本人がひとり暮らしの場合でも、基本的に多職種で連携し支援をする事には変わりはありません。しかし、より早期にACPのプロセスをスタートする必要があります。

また、今までどのように生きてこられたか、そしてこの先、最終段階を含めどの様に生きていきたいかを本人が表明するにも、様々な職種から、継続的な働きかけが必要な場合もあります。

訪問した際など、多職種でこまめに意向を確認し、そして共有することは、ひとり暮らしの方の人生の最終段階をサポートする上で、繰り返すべき、重要なプロセスです。

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 改定：平成30年3月)

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の医療・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。

ひとり暮らしで最後まで自宅で生活を続けたケース

女性(90歳代)【疾患名】心不全 乳がん

【家族構成】義理の息子(別居/遠方に在住)

一人での外出が難しくなり、介護サービスの利用を開始する。心不全の悪化、乳がんの手術、骨折など、約12年間に複数回の入退院を繰り返した。

ヘルパーの毎日の訪問により、一人暮らしの生活を継続。最期の入院は、痛みにより動けなくなったためであった。しかしながら、従前の関わりから、「一人でも自宅で、管に繋がれずに過ごしたい」との希望を関係者で共有していた。義理の息子に本人の意向を伝え、最期を迎える覚悟で、自宅へ退院。退院日に、本人・訪問診療医師・訪問看護師・ケアマネジャー・ヘルパーで話し合いを行った。本人が望むケアを継続、20日間自宅で過ごされ、最期を迎えた。

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。

