

和泉市
ケアマネジャーのための
急性期病院
入退院連携 Q&A 集
～第2版～

和泉市では、「和泉市市民を中心とした医療と介護の連携推進条例（平成25年施行）」に基づき、「地域包括ケアシステム」の確立をめざして、医療と介護両分野の専門職が、多職種連携により、様々な取り組みを継続して行っています。

「入退院支援」では、「和泉市入退院地域連携会議」を定期開催し、各種連携ツールの開発や課題の共有、そして平成29年3月に「入退院連携Q&A集」を発行しました。

今回、制度の改正はじめ種々の変更があったことから、内容を一部追加、修正を行い、第2版として発行することとなりました。

第2版が、今後のさらなる医療と介護の連携推進に役立ち、市民の皆さまにとって、安心して医療・介護サービスが受けられる一助となればと願っています。

※参考

[和泉市入退院地域連携会議メンバー]

「和泉市内急性期病院4病院（看護師・MSW 10名）」 「介護支援専門員協会和泉支部 1名」

「地域包括支援センター4包括（主任CM 4名）」

[事務局]

「和泉市在宅医療介護相談支援センター」「高齢介護室」

<注>

◎社会情勢や急性期病院の体制等により、入退院の連携方法が変更となる場合がありますので、各医療機関へのお問い合わせをお願いします。

2022年3月

和泉市医療と介護の連携推進審議会

【目 次】

【1】入院した時

- Q1: 担当してくれる看護師さんに「介護と看護との連携サマリー」を手渡したいのですが
どうすればよいですか? 1
- Q2: 担当しているご利用者様が入院した場合、病院から連絡をいただけますか? 1

【2】病院に情報を伝える（来院 1 回目）

- Q3: 訪問したい日に「受け持ち看護師が不在」や調整が困難な場合どうすればよいですか? ... 2
- Q4: 看護師さんとどんなやり取りをすればいいのですか? 3
- Q5: 看護師さんに詳細を伝えるために時間をとって欲しい時はどうすればいいですか? ... 3
- Q6: 退院前カンファレンス開催に向けて、入院期間を事前に知りたい場合はどうすれば
よいですか? 3

【3】入院加療中

- Q7: 転院する際の連絡はいただけますか? また、その時に提出した連携サマリーはどうなり
ますか? 4
- Q8: 転棟・転科する際の連絡はいただけますか? また、その時に提出した連携サマリーはど
うなりますか? 4

【4】退院の目途がたったとき

- Q9: 退院前カンファレンスが開かれない場合、連携サマリーはいつ受け取れますか?
..... 5

【5】退院に向けて情報収集を行う（来院 2 回目）

- Q10: 退院の目途が立ち情報収集を行うため病棟に訪問しますが、この時に連携サマリーを
受け取れますか? 6
- Q11: 介護と看護との連携サマリーをいただいた後に、訪問看護の調整やケアプラン作成上必
要な時は、別途看護サマリーをいただくことはできますか? 7
- Q12: 病院から急に連絡が入り、医師の病状説明をご家族と一緒に受ける事になりました。
この場面を退院前カンファレンスととらえて良いのでしょうか? 7

【6】退院前カンファレンス（来院 3 回目）

- Q13: ケアマネジャー側からの依頼によりカンファレンスを開くことはできますか? また、
開催できる場合どのような手続きをすればよいですか? 8
- Q14: 退院前カンファレンスの議事進行は誰が行うのでしょうか? 8
- Q15: 退院前カンファレンスを行った場合、ケアマネジャーとして留意しておくことはありま
すか? 9

【7】退院後

- Q16: 退院後、新たにサービス追加することを勘案し、診断書等を事前にそろえておきたい
場合はどうすれば良いですか。 10

【 参 考 資 料 】

○和泉市内・病院連携の窓口一覧表	14
○「急性期病院におけるケアマネと看護師の協働による退院支援」のフローチャート	15
○和泉市内急性期病院 入院時持参用品について	16
○介護と看護との連携サマリーの記入例（ケアマネジャー）	18・19
○介護と看護との連携サマリーの記入例（看護師）	20
○ひとり暮らし高齢者など緊急入院時に備えた覚書の記入について	21
覚書記入例(表)（裏）	22・23
○医療と介護の連携連絡票の記入例	24
○在宅で必要な医療情報収集のためのキーワード集（抜粋）	26・27
○関係機関一覧	28

【1】入院した時

ケアマネジャーがすること

- ①入院の連絡を受け、「介護と看護との連携サマリー」を作成する
※ご本人・ご家族よりの連絡：入院日、理由、病院・病棟名等を確認し、病棟へ「介護と看護との連携サマリー」提出の同意を得る
※病棟・事業所等よりの連絡：ご本人・ご家族に連絡確認のうえ、上記同様
- ②病棟に連絡し、受け持ち看護師の確認と訪問日時を調整する

Q1

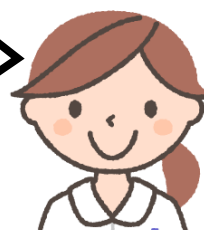


ケアマネ

担当しているご利用者様が入院しました。担当してくれる看護師さんに「介護と看護との連携サマリー」を手渡したいのですがどうすればよいですか？

A1

「介護と看護との連携サマリー」に必要事項を記入して、受け持ち看護師に1週間以内に直接手渡ししてください。
(勤務により不在の場合は、その日の担当看護師へ)
FAX等による連携サマリーの受け取りを行っている場合がありますが、原則、入院先病棟の看護師にお問い合わせください。



看護師

Q2

担当しているご利用者様が入院した場合、病院から連絡をいただけますか？



ケアマネ

入院時の連絡については病院側の情報収集によりケアマネジャーがついていることが確認できれば、ご家族にケアマネジャーに連絡するよう伝えます。ご家族からケアマネジャーに連絡を入れることを原則としています。
一方、ひとり暮らしなどによりケアマネジャーが知らないところでの入院の場合もありえるので、ご本人の同意を得た上で、病院からケアマネジャーに連絡をいれるよう極力配慮します。



看護師

A2

【2】病院に情報を伝える（来院1回目）

ケアマネジャーがすること

- ・病棟を訪問、「介護と看護との連携サマリー」を渡し、受け持ち看護師と顔合わせを行う
- ・在宅生活のイメージが伝わるように情報（口頭でも）を伝える
- ・入院時に予測できる「入院期間」を双方確認する
- ・「退院見込みの連絡」「介護と看護との連携サマリー裏面の記載と返信」等がほしい旨を伝える

Q3



ケアマネ

訪問したい日に「受け持ち看護師が不在」や調整が困難な場合どうすればよいですか？

A3

顔の見える関係作りの為に、受け持ち看護師とケアマネジャーの顔合わせができる方向で考えています。状況によりどうしても調整がつかない場合は、アポイント無しの訪問も可能です。その場合、病棟のその日の担当看護師か※看護師長等に連携サマリーを手渡してください。（P6参照）
※和泉市立総合医療センターは看護師長、府中病院は病棟科長です。



看護師

病院の体制上、入院患者の食事時間等の訪問をはずしていただくようご配慮いただけるとありがたいです。

極力訪問を避けていただきたい時間は以下の通り

<和泉市立総合医療センター>

- ① 11:30～14:00
- ② 17:30以降

<府中病院>

- ① 11:30～12:30
- ② 17:00以降

<咲花病院>

- ① 11:00～13:30
- ② 17:00以降

<光生病院>

- ① 11:30～13:30
- ② 17:30以降

尚、どうしても上記時間になる場合は事前に病棟にご相談ください。

Q4



ケアマネ

看護師さんとどんなやり取りをすればいいのですか？

書面を受け渡すだけでなく、在宅生活の状況についてイメージできるように言葉でもしっかりと伝えていただきたいです。また、連携サマリー等の書面だけでは分からない内容についても口頭で伝える良い機会です。後で困らないように必要なことを伝えるようにしましょう。転院の可能性が高い場合など、転院先の病院に伝えてほしいことなども伝えておきましょう。

A4



看護師

Q5



ケアマネ

看護師さんに詳細を伝えるために時間をとって欲しい時はどうすればいいのですか？

事前にアポイントをとっていただければ、時間をとってゆっくりと話を聞くことができます。

A5



看護師

Q6



ケアマネ

退院前カンファレンス開催に向けて、入院期間を事前に知りたい場合はどうすればよいのですか？

病院側では入院後48時間以内に入院診療計画書が作成されます。暫定ではありますが、その書面上の入院期間を考慮して退院前カンファレンスのご準備を行っていただきたいです。尚、病状の変化は予想できない場合があるので、状況により入院期間が変動するものであることを事前にご理解ください。

A6



看護師

【3】入院加療中

Q7



ケアマネ

転院する際の連絡はいただけますか？また、その時に提出した連携サマリーはどうなりますか？

A7



看護師

可能な限り連絡を入れるよう配慮しますが、急性期病院である為、事後の報告となりうることもあるのでご了承ください。尚、ケアマネジャー側もご家族より情報収集するなどご協力いただけるとありがたいです。

転院先には病院からサマリーを発行します。いただいた「介護と看護との連携サマリー」の返却はできませんが、病院のカルテに保存されます。

Q8



ケアマネ

転棟・転科する際の連絡はいただけますか？また、その時に提出した連携サマリーはどうなりますか？

Q8



看護師

院内間の転棟・転科は運営上、比較的頻繁にあります。その都度ケアマネジャーへの連絡は困難と考えるため、できるだけご家族からの連絡を依頼しています。退院前カンファレンスを開催する場合やカンファレンスなどの約束後の転棟時は速やかに看護師より連絡させていただきます。

連携サマリーについてはカルテと共に移動しますので、転院や施設入所などによりケアマネジャーが変わる状況でなければ、通常通りお返しすることができます。

【4】退院の目途がたったとき

ケアマネジャーがすること

- ・病棟等から退院見込みの連絡を受ける

※受け持ち看護師と簡潔に情報交換し、退院前カンファレンスの必要性(開催の有無)、介護と看護との連携サマリー返信部(裏面)の記載とできるかぎり早い返信方法、訪問日時(2回目)の調整等を相談

※連絡がない場合：ご本人ご家族・病棟（対応看護師等）に連絡、状況確認する

Q9



退院前カンファレンスが開かれない場合、連携サマリーはいつ受け取れますか？

A9

退院日までに、事前に来院日を教えていただければ、「介護と看護との連携サマリー」をお渡しすることができます。もし、退院日までにお越しになれない場合は封印してケアマネジャーあてで、ご家族にお渡ししますので、ご家族よりお受け取りください。



【5】退院に向けて情報収集を行う（来院2回目）

ケアマネジャーがすること

- ・再アセスメントのために病院を訪問する
- ・受け持ち看護師と面談、入院前後の生活変化の有無を確認する
※事前に「介護と看護との連携サマリー」の返信がなかった場合はその時点で受け取る
- ・退院後に必要な情報の提供（継続治療や薬等）を退院時サマリー等でも可能か相談し、依頼する
- ・ご本人と面会し、新たに必要なサービス等も含めご本人の意向を確認する
- ・退院前カンファレンスの必要性を検討し、日程調整する
- ・日程が決まれば、ご家族、サービス事業所等に参加要請する

Q10



ケアマネ

退院の目途が立ち情報収集を行うため病棟に訪問しますが、この時に連携サマリーを受け取れますか？

この段階で連携サマリーの返信分を記入して渡せることを目指していますが、急性期病院の特性上、退院日に間に合わせる形となってしまうことが多いです。したがって、必要な情報は電話や面談により、その時点でお答えできる生活状況をお伝えさせていただきます。ご本人への面談やご家族からの情報と合わせて、それを基にケアプラン原案作成をしてください。サービス実施における留意点は退院前カンファレンスで担当医師より確認してください。

A10



看護師

受け持ち看護師が不在の場合、次の担当に聞いてください。（注：呼び名は病院ごとに異なります）

<和泉市立総合医療センター>

- ① その日の担当看護師
- ② その日のリーダー看護師
- ③ 病棟看護師長

<府中病院>

- ① 病棟退院支援看護師
- ② 病棟主任看護師
- ③ 病棟科長

<咲花病院>

- ① その日の担当看護師
- ② その日のリーダー看護師
- ③ 病棟看護師長

<光生病院>

- ① その日のリーダー看護師
- ② その日の担当看護師
- ③ 病棟看護師長、看護主任

Q11



介護と看護との連携サマリーをいただいた後に、訪問看護の調整やケアプラン作成上必要な時は、別途看護サマリーをいただくことはできますか？

A11



必要なときは事前に病棟にお伝えください。

Q12



病院から急に連絡が入り、医師の病状説明をご家族と一緒に受けることになりました。この場面を退院前カンファレンスととらえて良いのでしょうか？

A12



退院前カンファレンスとは退院後の生活についてケアプラン原案を基に話し合う場です。
今回のように医師の病状説明の場に同席していただく場合、病院側としてはその後の方向性を確認することや、在宅支援の立場から意見を伺いたい場合があります。
医師からのインフォームドコンセント（説明と同意）の後、退院前カンファレンスと位置付けてケアプランの内容について話し合いを行う事も可能です。
そのため、必要な生活情報は事前に病棟より聞き取りを行ってください。

【6】退院前カンファレンス(来院3回目)

ケアマネジャーがすること

- ・ケアプラン原案を持参する

※カンファレンスまで日数がない場合：再アセスメントの結果から新たな課題等があれば入院前のケアプランを追加、修正する

- ・ご本人・ご家族、サービス提供者、病棟が情報共有し、今後のケアの方向性や具体的支援策などの事項、役割分担について再検討を行う

※実施できない場合：必要な医療情報があればTelで対応看護師へ依頼し、各関係機関に伝達して情報共有する

Q13



ケアマネ

状態に大きな変化が無い場合であっても、ご家族との関係性やかかわり方に課題を感じているケースについては、ぜひこの機会を活用したいと考えるケースがあります。ケアマネジャー側からの依頼によりカンファレンスを開くことはできますか？また、開催できる場合どのような手続きをすればよいですか？

A13

開催することはできます。ただし、退院される患者様の状態像によっては担当医やリハ職、薬剤師等が入ったカンファレンス開催が難しい場合もある事をご理解ください。尚、開催の依頼方法としては「介護と看護との連携サマリー」の裏面左下部に「退院前カンファレンスを希望する」という旨を記載の上、口頭で入院時に看護師にご相談ください。



看護師

Q14



ケアマネ

退院前カンファレンスの議事進行は誰が行うのでしょうか？

担当していた利用者（患者様）の場合、退院後の生活についてケアマネジャーが事前に作成されたケアプラン原案を基に検討することとなるので、ケアマネジャーが主体的に実施することが望ましいです。

A14



看護師

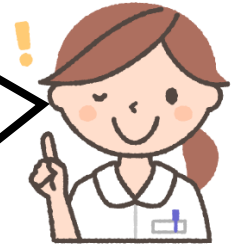
Q15



ケアマネ

退院前カンファレンスを行った場合、ケアマネジャーとして留意しておくことはありますか？

A15



看護師

退院前カンファレンスが開かれた場合は、出来上がったケアプランを退院後一週間以内に病院に交付していただきたいです。退院までの交付であれば病棟に手渡ししてください。この計画書については本人同意の印鑑は不要です。また、退院後の交付方法は以下の通りです。

和泉市立総合医療センター

<手渡しの場合>

平日9時~17時

和泉市立総合医療センター 2階

5番書類受付窓口

封筒に「退院支援部門」あてと明記をお願いします。

<退院後郵送の場合>

〒594-0073

和泉市和気町四丁目5番1号

和泉市立総合医療センター

退院支援部門 あて

府中病院

<手渡しの場合>

府中病院 1階

6番受付窓口

封筒に「退院支援部門」あてと明記をお願いします。

<退院後郵送の場合>

〒594-0076

和泉市肥子町一丁目10番17号

府中病院

退院支援部門 あて

咲花病院

<手渡しの場合>

咲花病院 1階 **受付窓口**

封筒に「退院支援部門」あてと明記をお願いします。

<退院後郵送の場合>

〒594-1105

和泉市のぞみ野一丁目3番30号

咲花病院

退院支援部門 あて

光生病院

<手渡しの場合>

光生病院 1階 **窓口**

封筒に「退院支援部門」あてと明記をお願いします。

<退院後郵送の場合>

〒594-0081

和泉市葛の葉町三丁目3番18号

光生病院

退院支援部門 あて

【7】退院後

Q16



ケアマネ

退院後、新たにサービス追加することを勘案し、診断書等を事前にそろえておきたい場合はどうすれば良いですか。

A16




看護師

「介護と看護との連携サマリー」内に診断書等の必要性和必要な項目を記載していただき、口頭で事前にお伝えいただくか、必要な書類が分かった時点で看護師に伝えてもらえれば、退院時までには準備できる場合もあります。

【 参 考 資 料 】

～和泉市 ホームページ に掲載～

和泉市 連携ツール 

又は



○和泉市ホームページ→各課→福祉部→高齢介護室
→業務その他→介護保険→介護事業所皆さまへ
→「医療と介護の連携に関するツール」をクリック

※介護と看護との連携サマリー他各様式をご活用される場合は、上記よりダウンロードしてご使用ください。

また、インターネット検索サイトにおいて、各種情報が検索できます。

和泉市「医療と介護の連携に関するツール」一覧

医療・介護の連携のためのツールやガイドラインを和泉市のホームページに掲載しています。和泉市内における各医療機関との連携時にご活用していただき、日常のチームケアにお役立ていただければと願っております。

① 介護と看護との連携サマリー

入院時に在宅での情報を介護支援専門員から病院へ、退院の見込み時に退院前カンファレンス等を視野に入れて病院から介護支援専門員へ情報提供するためのシートです。

※居宅支援入院時情報連携加算の算定が可能な様式となっています。

※この『急性期病院入退院連携Q&A集』には、入退院連携の場面に応じた窓口や方法や介護と看護との連携サマリーの記載例が掲載されていますので、参照下さい。

② ひとり暮らし高齢者など緊急入院時に備えた覚書

医療機関や介護支援専門員等ひとり暮らしの高齢者等に関わる人が、双方向で活用する情報ツールです。

③ 医療と介護の連携連絡票

介護支援専門員とかかりつけ医師との連絡調整において、効率的・効果的に必要な情報を共有することを目的としたシートです。（医師、歯科医師、薬剤師版の3種類があります。）

※かかりつけ医師に、医師へ照会・相談のやりとりができるシートです。

～その他に『介護支援専門員の皆様に役立つ情報』も掲載されています。～

○ 和泉市保健所管内訪問看護ステーション連絡会事業所一覧

和泉市内の訪問看護ステーションリスト。24時間対応の可否や対応可能な医療行為等の情報を整理しています。

○ 泉州圏域 訪問リハビリサービス提供事業所一覧

泉州圏域で訪問リハビリテーションを実施しているサービス提供事業所の一覧

○ リハビリテーション地域連携シート

○ 在宅で必要な医療情報収集のためのキーワード集

○ 居宅薬剤アセスメント表

【参考資料】

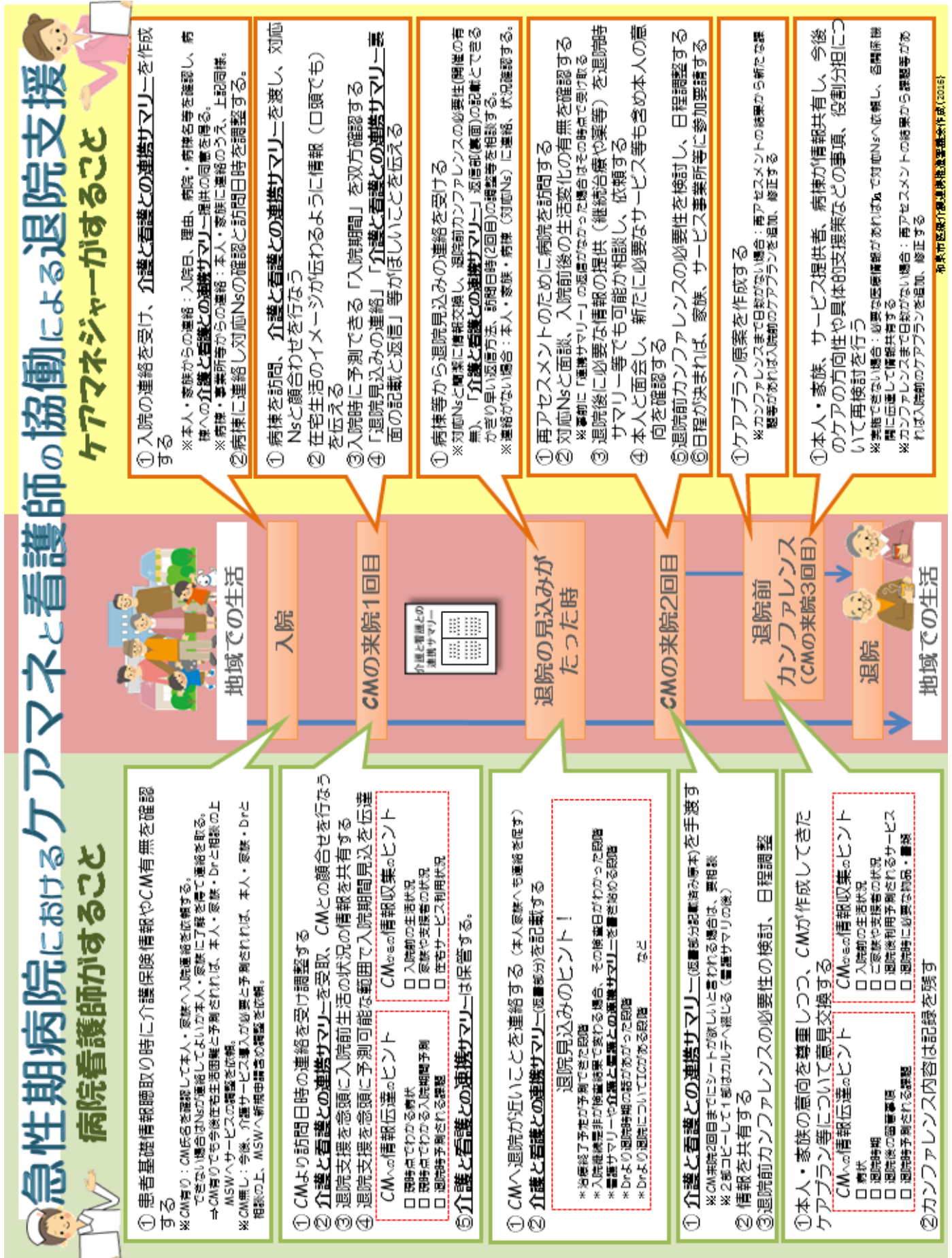
和泉市内・病院（介護医療院を含む）連携の窓口一覧表

和泉市内・病院連携の窓口一覧表（R3年10月現在）

【主治医へのケアプランの届出口は、窓口一覧表の右端の欄「ケアプラン受領の窓口」を参照ください】

病院機能	医療従事者 医療従事者 介護医療院 障害者病棟	施設名	連絡先		医療福祉の相談窓口 窓口の名称	介護支援専門員関係窓口		訪問看護師関係窓口		ケアプラン 受領の窓口
			TEL	FAX		「医療と介護の 連携連絡票」受付	「介護と看護との連 携サマリー」受理	「指示書」報告書 受け渡し口	「看護サマリー」 受け渡し口	
急性期病院		和泉市立総合医療センター	41-1331	41-2513	地域連携センター	2階 書類受付	病棟	2階 書類受付	病棟	2階 書類受付
		(医)生長会 府中病院	43-1234	43-3995	医療福祉相談室	医療情報課書類係	病棟	医療情報課書類係	病棟	医療情報課 書類係
慢性期病院		(医)啓仁会 咲花病院	55-1919	55-1688	地域連携課	地域連携課	地域連携課	地域連携課	地域連携課	地域連携課
	○	(医)琴仁会 光生病院	45-3381	45-3453	地域連携室	地域連携室	病棟	地域連携室	病棟	地域連携室
精神病院		(医)河和会 河和会病院	46-2211	46-0881	医事課	医事課	医事課	医事課	医事課	医事課
	○	(医)守田会 いぶきの病院	50-1181	50-1180	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	2階 受付
×		(医)育生会 奥村病院	41-2378	43-9763	(医事課)	(医事課)	(医事課)	(医事課)	(医事課)	(医事課)
	○	(医)新仁会 新仁会病院	45-5661	45-1076	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室
○		(医)橋会 横山病院	92-0045	92-0330	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
	○	(医)聖和錦秀会 阪和いずみ病院	53-1555	53-0427	医療・介護・福祉相談室	医療・介護・福祉相談室	医療・介護・福祉相談室	医療・介護・福祉相談室	医事課 外来事務担当	外来受付
○		(医)和泉会 和泉丘病院	54-0468	53-1339	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室
	○	(医)貴生会 和泉中央病院	54-1380	54-1235	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 または医事課	地域医療連携室 または医事課
○		(医)和気会 新生会病院	53-1222	53-1227	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室
	○	よしさきクリニック	46-7600	40-3210	地域連携室	看護師長 または事務所	看護師長 または事務所	看護師長 または事務所	看護師長 または事務所	事務所

○窓口名称欄の()は専用の相談室がなく、この窓口で担当者に引き継がれます。
※ 介護医療院は、介護保険適応の施設サービスとなり、長期療養の機能を備えた施設です。



※ ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、また、近隣にご家族がおられない方は、日頃から「緊急入院」を想定し、あらかじめすぐ持ち出せるように「下記のようなもの」を準備しておくといわれます。

入院時「必要書類」など



- 健康保険証（※生活保護受給中の方はありません）
- 介護保険被保険者証（ケアマネジャーの連絡先・事務所名）
- 限度額認定証、障がい者手帳等（ある場合）
- お薬手帳（直近の内服薬、点眼・塗り薬等の外用薬・現物を持参します）

入院時「必要物品」



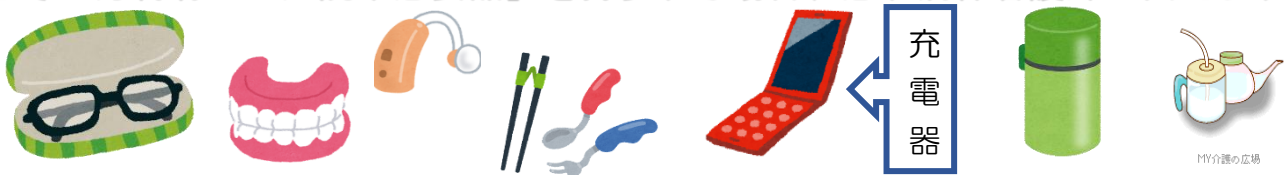
○着替え（病衣）、洗顔セット、タオル類など、本人の入院時の状態や病棟により持参する品が異なります。そのつど入院予定病院・病棟に確認する必要があります。

☞ 市内急性期病院では、身の回り品のリース制度を活用できます。（別途費用発生）

○金銭については、必要最小限の小銭程度にします。

☞ 連絡用の電話代、テレビカード代、コンビニ・自販機用など

○その方特有の「入院中必需品」を持参する場合、必ず病棟看護師に伝えます。



【医療と介護の連携に関するツール記入例】

介護と看護との連携サマリーの記入例(ケアマネジャー)

介護と看護との連携サマリー

3年 〇月 〇日提出

表

ふりがな 氏名	〇〇 〇〇 様 (男) 女	生年月	M (T) S 〇〇年△△月 日	住所	和泉市 〇〇町
緊急連絡先	△△ ×× (続柄 長女) 0725-〇〇-△△△△	家族構成	<p>☆キーパーソン</p> <p>本人・家族関係等の状況 本人：：何事にも積極的で前向きな性格。 家族：長男と長女が他市に在住。娘は週に1度、食材の購入をかねてのそぎに来ている。</p>		
介護保険	申請中 事業対象者 要支援 1・2 要介護 ① 2 3 4 5				
かかりつけ医 (連絡先)	×× 〇〇 (△△ 医院) 0725-〇〇-△△△△				
身障手帳等	有 () ・ (無)				
経済状況	(年金) 生活保護 その他				
既往歴	腰痛、両下肢筋力低下				
認知症の有無	認知症状[有 (無)] 認知症生活自立度 自立 (I) IIa IIb IIIa IIIb IV M ・時々同じ事を聞くなどもの忘れあり。				
介護サービス等	フォーマル(福祉サービス含む) ■訪問介護 (週2回調理掃除) □通所介護 () □通所リハビリテーション () □訪問看護 () □福祉用具貸与 () ■配食サービス (校区社協2/月) □その他 () インフォーマル(家族の介護力・支援状況含む) 家族：娘が買い物支援 (1回/週)、長男や他の家族の支援困難。				
居住環境 (周辺環境)	住宅改修[(無) 有：内容] 一戸建て (2F 建て)。自宅周辺坂道もなく、歩行しやすいが、スーパーまでは遠く、1人では困難。買い物は娘さんの援助を受けている。				
生活状況等 (本人・家族の望む暮らしを含む)	生活状況：前向きな性格で、身体機能維持のために毎日散歩をしていました。またヘルパーと食事作りや掃除をして、一人暮らしを継続していました。 本人：ヘルパーさんの援助を受けながら、散歩や運動もして、自宅の一人暮らしを続けたい。 家族：一人暮らしで気にはなるが、仕事をしており、なかなか関われない。出来る範囲の事はするが、今の生活を続けてほしい。				
在宅での生活課題・その他特記事項	腰痛、下肢筋力が低下し家事等を援助しながら、独居で自立した生活ができるよう支援していた。散歩や運動に意欲があるが、生活全般に頑張りすぎるところがある。				

※退院の目途がつかましたら、裏面・病院欄にご記入の上、担当ケアマネジャーまでご連絡いただけますよう、よろしくお願ひします。また、退院に向けての話し合いを行う場合に、ケアマネジャーも同席したいので、日時をお知らせください。※なお、このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人もしくは家族に同意を得ています。

事業所名	〇〇ケアプランセンター	病院名	裏
住所	和泉市〇〇町		
担当者	□□ △△		
連絡先	Tel:〇〇-〇〇〇〇 FAX:〇〇-〇〇〇〇		

N・T 様 入院期間 入院日 年 月 日 ~ 退院(予定) 年 月 日

入院となった主病等	担当医	特別な医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 酸素療法 ストーマ(人工肛門)の処置 気管切開 留置カテーテル 喀痰吸引 その他() ()
主病名			
主症状			
入院中の経過・治療内容			
退院後の注意点と指導内容【療養上の留意する事項】 (リハビリについての指導、運動制限の内容等含む)		本人・家族の意向・注意点、指導内容に対する理解度	

ケアマネ欄(入院前の状況)		病院欄(年 月 日)記入者氏名	
移乗・移動	具体的な状態・支援の内容	具体的な状態・支援の内容・注意点等	
	寝返り [手で支えてできる]	寝返り []	
	起き上がり [ゆっくり時間がかかる]	起き上がり []	
	立ち上がり [家具などにつかまっている]	立ち上がり []	
	座位 [しっかり安定している]	座位 []	
	立位 [腰痛あり長時間は不安定]		
	移乗 [問題なし]		
歩行 [比較的長い距離も可能]			
移動手段 [スーパーまではいけない。腰痛、下肢筋力低下で歩行も前かがみ、動き出しに時間がかかる。]			
排泄	尿意 [有・無] 便意 [有・無] 失禁 [有・無] 方法 [日中 トイレ4回 夜間 トイレ2回]	尿意 [有・無] 便意 [有・無] 失禁 [有・無] 最終排便 [] 方法 [日中]	
食生活・口腔	摂取方法・形態等(栄養指導の有無) [普通食、介助なし、週2回ヘルパー調理支援。] 嚥下・口腔ケアの状態及び指導内容 [義歯使用しているが、手入れは自身で行っている。]	摂取方法・ [] 嚥下・ []	
清潔	保清(入浴)・清拭 [自宅一人で可 毎晩] 着脱・整容 [スポンの着脱はイスに腰掛けて行う] 入浴制限 [有 (無)]	保清 最終 着脱 []	
服薬状況 [有] 無 (管理・飲み方など) 自己管理 家族管理・サービス管理 備考:胃薬(毎食)と腰痛時に痛み止め服用。薬内容別添。		服薬	
コミュニケーション・認知・精神症状など(視力・聴力・発語など状況含む) [加齢による聞こえづらさはあるが、問題視する程度ではない。会話も問題ないが地域との関わりは少ない。認知症、行動障害無]		(視力・聴力)	
夜間の状態 [良眠 問題あり] 状態 [21:00頃には就寝]		夜間の状態 [良眠 問題あり] 状態 []	

介護と看護との連携サマリーの記入例（看護師）		病院名	〇〇病院	裏
住所	和泉市〇〇町	〇病棟	□□ △子	
担当	〇〇〇			
※サマリー等他の退院時の書類で。内容重複する場合は別紙参照でよい。		看護師長が内容を確認し記名する。		
		3年 10月 1日 ~ 退院(予定) 3年 10月 24日		

入院となった主病等	担当医	特別な医療	点滴、管理 中心静脈栄養 透析 酸素療法 ストーマ（肛門）の処置 気管切開 留置カテーテル 嚥下吸引 その他（ 導入予定の
主病名 心不全	副病名 腰痛	入院日、退院予定日を記載する。	
主症状 呼吸苦 動悸 動作時の息切れ 動作時の腰痛	入院中の経過・治療内容 入院時は動作時呼吸苦見られたが、安静と服薬、長手		
退院後の注意点と指導内容【療養上の留意する事項】 （リハビリについての指導、運動制限の内容等含む） 心不全悪化予防 薄味の食事（塩分制限） 定期受診（服薬継続） 無理のない程度の運動継続（体操、軽い筋肉トレーニング）		本人・家族の意向・注意点、指導内容に対する理解度 生活環境の改善には意欲的で指導内容に了承。食事に関しては「味が薄い」と訴えられたが、治療に必要と説明、本人納得される。	

ケアマネ欄（入院前の状況）	病院欄（ 3年 10月 17日）記入者氏名 〇×〇子
<p>具体的な状態・支援の内容・注意点等</p> <p>寝返り [手で支えてで]</p> <p>起き上がり [ゆっくり時間か]</p> <p>立ち上がり [家具などにつかまっている]</p> <p>座位 [しっかり安定している]</p> <p>立位 [腰痛あり長時間は不安定]</p> <p>移乗 []</p> <p>歩行 [比較的長い距離も可能]</p> <p>移動手段 []</p>	<p>具体的な状態・支援の内容・注意点等</p> <p>寝返り [特に変化はないが、心臓リハビリ実施し]</p> <p>起き上がり [急な動作や動きに注意している。]</p> <p>立ち上がり [ベット柵につかまり可。]</p> <p>座位 [現在 1日6分、1日3回端座位訓練]</p> <p>立位 [手すりつかまり可だが]</p> <p>移乗 [ふらつきあり。]</p> <p>歩行 [屋外の散歩などは無理]</p> <p>移動手段 [しないようにする。]</p>
<p>受け持ち看護師（担当看護師）が、病院欄（太枠部分）に、入院前の支援（ケアマネ記載分より）と比較し、変化があった本人の行為や退院にあたっての「課題（退院後の生活不安）」などを記載する。特に問題な場合は記載不要。</p> <p>※サマリー等他の退院時の書類で内容重複する場合は別紙参照でよい。</p>	<p>尿意 [有・無] 便意 [有・無] 失禁 [有・無]</p> <p>最終排便[10/17]方法 [日中 トイレ 夜間 トイレ]</p> <p>摂取方法・形態等（栄養指導の有無） [心臓食、減塩食、栄養指導は本人に実施済]</p> <p>嚥下・口腔ケアの状態及び指導内容 [嚥下機能に問題なし。義歯の手入れもできている。]</p> <p>保清（入浴）・清拭 [心臓への負担に注意必要]</p> <p>最終入浴・保清日 [10月17日]</p> <p>着脱・整容 [自身で行っています。] 入浴制限【有（無）】</p> <p>服薬状況【有（無）】（管理・飲み方など） 心臓の薬 利尿剤 下剤服用中痛み止め服用なし。自己管理可。</p> <p>コミュニケーション・認知・精神症状など（視力・聴力・発語など状況含む） 積極的ではないが、コミュニケーションに問題なし。</p> <p>夜間の状態 [良眠 問題あり] 状態 [21:00頃には就寝]</p>

【参考資料】

ひとり暮らし高齢者など緊急入院時に備えた覚書 記入について

【はじめに】

親族がいない、親族が遠方で支援困難な「ひとり暮らし高齢者」が、緊急入院となった場合、至急に情報を求められ、ご本人の意向がわからず困ったことはありませんか？

この度、そのような対策のため、医療機関側にとって「必要最小限の情報」を盛り込んだ、「ひとり暮らし高齢者など緊急入院時に備えた覚書」（記入様式）を作成しました。

この様式は、ケアマネジャーや関係機関（医療含む）がご本人と一緒に記入しておく「覚書」です。どこかに提出するものではありませんが、病院もしくはその他関係機関から問い合わせがあった場合、必要に応じ相互間の情報共有にご活用ください。

この「覚書」には、お互い話にくい、デリケートな事柄が含まれます。日頃の信頼関係構築により、ご本人の元気な頃から記入をし始め、ご本人とケアマネジャーの双方が保管しておくことで安心です。

※この「覚書」は、入退院時や意思決定支援に活用する「情報ツール」として、作成後も追加、修正など変動するものをご理解ください。

【個人情報提供の同意について】

○覚書の記載内容や聞き取り内容は、デリケートな内容や事情を含む「個人情報」となります。

緊急時やご本人から情報を伝えられない状態（自身の情報や思いを自ら答える事ができない）を仮定し、関係機関への情報提供について同意を得ておくことは大切です。

○個人情報の同意書は、居宅介護支援事業の場合、契約時に書面同意を得ています。

よって、医療機関はじめ皆様が、この「覚書」から情報収集を行った場合、口頭で再確認するとともに、このような場合を想定し、各々の事業所や機関においては、書面同意が必要かどうかを事前に検討しておくことをおすすめします。

【その他】

○高齢者の方は、急変や骨折ケガなど緊急時がいつ発生するかもしれません。元気な頃から初回の聞き取りをはじめてみましょう。次のような言葉をきっかけに始めてみませんか？

（例） 「ご自身のこれからの事、将来のことを考えた事はありますか？」

「もしもの時を考え、準備しておきませんか？（話を聞かせてくれませんか？）」

「住み慣れた家（地域）でどのように暮らしていきたいですか？」

（聞くポイント）「これから、どう生きていきたいか」「どこで最期を迎えたいか」

「終活を考えたことがあるか」等

○聞き取り内容は記録し、変更・追加などあれば、記載内容を書き加えていきましょう。

○親族や周囲との繋がり等の情報提供を本人が拒否した場合等、その状況をそのまま記載します。

（例）「情報がない」「不明」「回答を拒否された」「話たがらないので聞いていない」

○緊急入院を想定し、特に入退院を繰り返す場合は、事前に必要日用品を準備しておきましょう。

（例）準備しておく日用品や情報（①保険証類②薬剤情報等）は「入退院Q&A集」参照

覚書の記入例(表)

ひとり暮らし高齢者など緊急入院時に備えた覚書

【基本事項】

フリガナ	イ ズ ミ タ ロ ウ	住所	
本人氏名	和泉 太郎	〒594-0000	和泉市〇町〇〇-〇-〇
性別	男	連絡先 (Tel)	0725-〇〇-〇〇〇〇
生年月日	M・T・S 〇年〇月〇日 (〇〇歳)		
自宅外緊急連絡先	・なし ・あり→下記記入 (氏名・続柄 など) →詳細は裏面を活用)		
きき取り日	令和3年〇月 〇日	(聞いた相手) 本人	(聞き取者: 氏名) 〇〇 〇〇 所属・職種: CM: 〇〇ケアプランセンター
		本人以外 ()	
急な入院時の支援者について	受診・入院時手続き等	あり	親族 (市内) 親族以外 (後見人・知人等・地域支援者) 隣の〇〇さん (昔からの知り合い)
		なし	どうするか? (本人の意向) 不明 (今は誰にお願いできるかわからない)
	日用品等の準備	あり	親族 (市内) 親族以外 (後見人・知人等)
		なし	どうするか? (本人の意向) 不明 (今は誰にお願いできるかわからない)
	支払い等	あり	親族 (市内) 親族以外 (後見人・知人等)
		なし	どうするか? (本人の意向) 病院の人か誰か頼みたいが、今はわからない。
	ペットを飼っている等	あり	親族 (市内・市外) 親族以外 (後見人・知人等)
なし		どうするか? (本人の意向) 不明 (今は誰にお願いできるかわからない)	
その他上記以外 (長期不在時の郵便物等)	あり	親族 (市内・市外) 続柄 () 親族以外 (後見人・知人等・地域支援者等) 隣人をお願いしている。	
	なし	どうするか? (本人の意向) 不明の場合は「不明」と記入	
メモ	<p>●上記等の情報を提供した場合、下記の依頼元の所属に○をし、年月日、氏名、内容などを記載します。 (依頼元の所属 → ・病院 ・警察 ・消防隊 ・包括 ・行政 ・他)</p> <p>〇年 〇/〇 〇〇病院の〇〇看護師から問い合わせの電話があり、伝えた。</p> <p>※支援者が無い・情報がない場合は、この欄に「情報なし」と明記します。</p>		
<p>●上記より、具体的な支援者 (兄弟姉妹・甥姪) の有無、関係性を記入する等空白に自由に追記してください。</p>			

【ポイント】
支援者が「なし」の場合、「誰か頼める人がいますか?」と聞き取ります。

【ポイント】
「なし」の場合のみでなく、入院を想定して日頃から準備しておくことを提案します。

【ポイント】
「あり」の場合は、その協力範囲 (お願いできること) も聞き取ります。

【ポイント】
ペットの預け先や世話等について確認しておきます。

※支援者が無い・情報がない場合は、この欄に「情報なし」と明記します。

活用しましょう。
関係が悪く支援困難であっても「存在」の有無、関係性を記入する等空白に自由に追記してください。

覚書の記入例（裏）

（家族構成）支援者、連絡先がわかる場合は、図内に○に数字を入れ、下欄に氏名と連絡先を記入する。
親族以外の支援者 友人、地域支援者等も関係性が分かるよう図内の空欄に入れる。

【ポイント】親族以外「近隣・友人・民生委員など地域の支援者」も記載します。（わかる範囲で）

※〇〇市に居住緊急時の連絡可

続柄の前に番号を記載し、下記に連絡先を記載します。

※後見制度申立は4親等まで可（家族関係は最低でも2親等まで生存・連絡の有無を記載）

氏名	続柄	住所・連絡先	備考
① 〇〇 〇〇	甥	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇—〇〇 TEL	日頃の関わりなく、緊急時のみ連絡を希望 受診やどうしても時は支援可

【ポイント】日常の関わりについて聞き取りをすることで地域との関係を把握します。 ※備考は聞き取った内容のまま記載します。

人生会議「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のために」

本人のいきかた（終活等）意向	最期を迎えたいと思う場所	初回確認日 R3〇/〇	自宅・病院
	本人の意向	（変化した場合⇒内容と最終確認日）	
生活や介護の代理意思決定者（死後のこと含む）： 有（ ） 無（ ）			
医療行為意向	主治医	〇〇クリニック・病院（ ）科） 〇〇先生	
	医療行為について	初回確認日（変更日） R3 /	延命治療（ ・望む ・望まない ・その他 ）
	希望や意思	（変化した場合⇒内容と最終確認日）	
医療行為の代理意思決定者 意向が変更した時は「変更日」記載も忘れずに（ ）			
金銭管理	収入種類	国民年金 厚生年金・障害年金・共済年金・生活保護	
	収入額（概ね	6.5万円 /月 約80万円 /年 ） 預貯金：不明	
支援状況及び意向	財産管理（動産、不動産等）の代理意思決定者	有（ ） 無（ ）	
	成年後見制度等	利用中（後見人・生活支援員： 利用希望あり ・不要 ・情報のみ希望（	
その他	●伝えておきたい事や大事にしてほしい事など（誰に、どのように・・・）その他特記する 最期のことは、甥に全て任せたいと思っている。しかし、日頃ほとんど連絡していない		

【ポイント】 ACPに繋がる情報は、言葉かけ等配慮が必要です ※参照「記入について」

【ポイント】 在宅生活時に、延命治療を望むかどうかを確認します。

【ポイント】 金銭管理、財産等、お願いできる他者が存在するか、支援を受ける意向があるかを確認します。

のでそういう話はしたことがない。緊急時や入院した時は、連絡してほしい。

連携連絡票の記入例（表）

医療と介護の連携連絡票

（令和3年2月改定）

医療機関名	〇〇クリニック	⇔	〇〇ケアプランセンター
及び所在地	和泉市〇〇町〇〇—〇〇		及び所在地 和泉市〇〇町〇〇—〇〇
電話	0725-〇〇-〇〇〇〇		電話 0725-〇〇—〇〇 FAX 〇〇—〇〇
医師氏名	〇〇 〇〇 先生		介護支援専門員氏名 〇〇 〇〇

日頃より大変お世話になっています。お忙しいところ誠に恐縮ですが、FAXでご返信賜れば幸いです。

*本人の同意について

- ご本人の同意を得ています。 同意した日 〇年 10月 〇日
- ご本人の心身の状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

居宅療養管理指導（なし・あり）

利	氏名	和泉 太郎 様	介護度	未申請 申請中 事業対象 支援1・2 介護1・ 2 ・3・4・5
用	住所	和泉市〇〇町〇丁目〇番〇号	TEL	0725-〇〇—〇〇〇〇
者	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生（〇〇歳）	男・女	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
連絡 内容・理由	<input type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告		<input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input checked="" type="checkbox"/> 認定更新	
	<input type="checkbox"/> 認知症関連（ <input type="checkbox"/> もの忘れ相談会結果		<input type="checkbox"/> 認知症初期集中支援チーム員活動	
	<input type="checkbox"/> 治療方針 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項		<input type="checkbox"/> その他：	

<本人の照会・相談内容等>

いつもお世話になっております。〇〇様の担当ケアマネジャーの〇〇〇〇と申します。

〇〇様、介護認定更新時期となりましたので、下記の内容を報告させていただきます。

【現在の介護サービスの利用状況】

デイサービスを週3回利用、入浴と社会交流でマージャンを楽しんで止の為、立位や平行棒での短い歩行練習と運動機器を使った運動にも境は、福祉用具の手摺を使用する事で転倒なく、動作が行えています。の継続を希望されています。

最近、少し同じ話の繰り返しや曜日や日付を間違われる様子も増えてきているご様子です。

認定更新にあたり、ご多忙の中恐れ入りますが、主治医意見書のご記入をお願いしてよろしいでしょうか？
今後ともご助言他宜しくお願い申し上げます。

〇年10月〇日 担当介護支援専門員氏名 〇〇 〇〇

返信

上記の 回答内容	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします（時間帯 月 日 時頃 お出てください）
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします（時間帯 月 日 電話ください）
	<input type="checkbox"/> 文書・FAX等で回答します
上記の通り連絡いたします。 年 月 日 医師氏名 印	

※この医療と介護の連携連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。 和泉市医療と介護の連携推進審議会

【在宅で必要な医療情報収集のための
キーワード集 一部抜粋】

Ⅱ [ステップ1] 初回面談・本人の医療情報が少ない場合

A 疾病と生活に関わる情報

●介護支援専門員が関わるころがまえ

・疾患名の収集だけに終わらず、生活面や全体像から情報を集め、計画を作成する

	情報入手時のキーワード（問合せておさえるべきポイント）	情報の活用・目的等（その情報はなぜ必要か）
健康状態	<p>①現疾患・既往歴ふまえた現在の病状・状態（安定しているかどうか等）</p> <p>ポイント ・現在の病状や治療（薬等）から特に注意、周知すべきこと ・感染症（既往含む）・アレルギーの有無 ・入院の経験の有無・治療歴、病院・医師名等 ・他科疾患の有無（精神疾患・認知症含む）<u>必要時の受診先等</u></p> <p>②予後、病状変化の可能性とその内容・度合い</p> <p>③急変や緊急時、その他アクシデント時の対応と連絡先、連絡体制</p> <p>ポイント・その他アクシデント（起こる可能性が高い）時の連絡体制 例）薬の飲み忘れ、発熱、転倒等</p>	<p>→現状分析）今の状態から生活への影響、支援の必要性を予測し課題分析</p> <p>例）1. 高血圧。冬場変動多いが、現在（7月）は安定 →この3ヶ月（7～9月）は血圧コントロールの課題なしとする。 2. 胃潰瘍。痛みなし。主治医より服薬・軽食摂取等指導あり →主治医に確認、再発予防の課題あり。指導内容を関係者に周知 →リスク管理）変化の内容は生活チェックポイント。頻度・重症からリスクを評価し、可能性が高い場合は課題とする。具体的な項目は家族・スタッフへ周知する →緊急時予測、リスク管理）初期段階で連絡体制確認、周知しておく 例）よく経験するアクシデント） 1. デイ利用時 i 薬をわすれた場合の対応と連絡方法 ii 体温37℃台（平常高い）の入浴の可否 2. ヘルパー利用時 i 1回前の薬を服用していない場合の対応</p> <p>→病状管理）通院頻度から管理状況を把握する。必要時は受診を支援する</p>
心身機能	<p>④受診の頻度（定期通院の必要性・間隔。通院可能か往診か等）</p> <p>⑤疾患や障害・主症状（痛み等）による生活障害・制約、改善の可能性</p> <p>ポイント ・身体機能（下肢切断等）、痛み等の症状、判断・認知機能、（スターマなど）の頻回の処置も生活への影響大きい。）</p> <p>⑥検査結果や検査予定等在宅ケアに影響するような事等</p>	<p>→障害）病状やサービス利用時の指標。受診支援を含めた計画作成。 例）1.入院時（脚部X線、707シ値、感染症等）や健診（特定健診等）等の検査結果で 備記すべき項目→入手（可能な範囲で）しておく改善・悪化の比較可能 →変化把握）医師、セラピストへの相談時、低下の経過、具体的困難等を伝える 例）1.調理の意欲が低下し、食事のバランスがとれていない）</p> <p>→目標）リスクふまえ、希望の実現を見極める。意欲を引き出す具体的「目標」の設定 例）1.パーキンソン病。車の最も効く時間を調べデバイスでの入浴タイムが決定 →目標の設定：「体の動きやすい時間帯に入浴し、見守りにて自分で洗身する」 ※その他生活場面の詳細は次ページ参照</p>
活動・参加	<p>⑦ADL・意欲低下等心身機能に変化がある場合の相談、対応、連絡等</p> <p>ポイント ・意欲や機能低下しつつあることによる具体的な生活障害</p> <p>⑧希望する生活・活動・社会参加の可能性（病状に留意しできること等）</p> <p>ポイント ・活動範囲・程度、生活圏拡大、通所系サービス利用可否等 ・参加にあたり移動の条件、その他生活場面の留意点 例）デイでの入浴希望、心疾患でも可能な運動や量</p>	<p>→目標）リスクふまえ、希望の実現を見極める。意欲を引き出す具体的「目標」の設定 例）1.パーキンソン病。車の最も効く時間を調べデバイスでの入浴タイムが決定 →目標の設定：「体の動きやすい時間帯に入浴し、見守りにて自分で洗身する」 ※その他生活場面の詳細は次ページ参照</p>
背景 （個人・環境）	<p>⑨個人因子 ・本人の疾患・障害・治療への理解、受け止め方 ・自己管理能力（認知症の影響含む）</p> <p>⑩環境因子 ・家族の中の本人の位置、役割 ・家族の理解・受け止め方 ・家族自身の健康状態、介護力 ・病状に影響する環境やその変化（住環境・人・地域） ・主治医の往診の可否 ・往診医、他科受診時の病院・医師の紹介、情報共有 ・居宅療養管理指導導入されている場合その内容</p>	<p>→本人理解）「ずれ」が妥当か否か確認。情報共有により一環した対応ができる。 例）1.胃がん、告知不明。本人からは「胃潰瘍」との情報を得た。 →主治医意見と「ずれ」がある→医師に確認して、関係者へ周知 →家族認識）「ずれ」が妥当か否か確認。情報共有により一環した対応ができる ・家族の介護力評価。（主介護者の位置づけ、家族の「権手」の度合いも推測） ・疾患以外のストレスを予測 例）1.食欲不振の原因のひとつに近日友人の死があった 2.運動不足は、自宅前が急な坂で交通量が多いため ・往診が必要になった場合、スムーズに調整・連携できるよう事前に確認</p>

B 主な生活場面（食・清潔・排泄）に関わる医療情報

●介護支援専門員が関わるころがまえ

- ・生活面から健康状態をみるには、本人の習慣など日常生活をよく知る必要がある
- ・変化が見られたら、心身の状況や変化から要因を整理し医師に報告して相談する
- ・「睡眠」はとりあげていないが、同様に心身の状況や変化を把握し情報収集する

- 介入支援専門員が関わるころがまえ
- ・生活面から健康状態をみるには、本人の習慣など日常生活をよく知る必要がある
- ・変化が見られたら、心身の状況や変化から要因を整理し医師に報告して相談する
- ・「睡眠」はとりあげていないが、同様に心身の状況や変化を把握し情報収集する

	情報入手時のキーワード（問合せでおさえるべきポイント）	情報の活用・目的等（その情報はなぜ必要か）
食生活	<p>●現在の食事・水分摂取状況（量、回数、内容、体重変動等問題ないか） ポイント・食習慣も聞きとり「食生活」のパターン把握。</p> <p>・摂取⇒適切な二日の食事・水分摂取に関する指示の有無</p> <p><指示がある場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係する病名・病状、治療方針（服薬との関係等） ・食事制限の有無・程度・量（kカロリー/日）、塩分（g/日） ・水分制限の有無（ml/日） ・その他・行事や外出時の制限の程度 <p>・嚥下機能⇒嚥下、摂取方法に関する指示の有無</p> <p><指示がある場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係する病名・病状、治療（服薬との関係等） ・機能障害の程度・評価 ・姿勢（ポジション）・食事形態等の注意点 <p><指示が無い場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能低下や変化の可能性、変化した場合の報告、対処・連絡方法 	<p>●『食生活』上の課題分析。 ※栄養のみでなく「食」「食生活」の観点から、課題を抽出する</p> <p>→栄養不良・脱水傾向の早期発見、他疾患の悪化予防</p> <p>・制限の指示等取等した情報は各担当者に周知</p> <p>・地域活動等参加時のリスクをあらかじめ検討、対策→「目標設定」（例1、糖尿病、弁当付き花見に参加したい） →主治医への事前相談→「主治医への事前相談」の指示確認→参加可</p> <p>→医師、セラピスト等の評価を基に、支援の必要性を見極める。安全な摂取援助の方法を検討。今後の変化時の対応（受診の時期等）を決めておく</p> <p>★注 誤嚥性肺炎・排痰困難による呼吸困難を引き起こすリスクが高い。</p> <p>※ ・リスク回避のポイント ・家族を含めたスタッフ間の情報交換を密にする。記録等 ・サービス内容の変更（訪問介護→訪問看護等）を急遽に置く ・吸引処置が必要な時期を見極める。（主治医、訪問看護等との連携にて） →吸引の手技、吸引器の調達、使用方法等の家族指導や支援の必要性検討</p>
清潔管理 入浴 ・身支度	<p>●入浴や身支度、仕度等の「清潔な暮らし」指示の有無</p> <p><指示がある場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴可能な血圧・入浴時間、方法（浴槽のたぎぎ）、援助方法 ・感染症の有無と予防方法 ・皮膚や口腔のトラブルの有無、治療の有無 ・整容、着脱動作の障害の有無、程度、患側の確認 <p>・口腔ケア、歯科受診に関する指示の有無、摂食・嚥下障害との関連</p> <p>・栄養評価に関する検査結果（体重、BMI、アルブミン値、総蛋白）</p>	<p>●『清潔な暮らし』の課題分析。 （例1、心疾患⇒入浴や布団干しなどの生活と適切な運動量、条件を確認し課題とする 喘息⇒カビ、塵の除去の必要性あり⇒ヘルパーへ掃除の目的を周知する 高血圧⇒デイベッドで入浴前の血圧高く入浴できない日が多い →血圧測定の結果を医師に報告し相談する。食直後の入浴をさける）</p> <p>→入浴時における個人の課題を抽出して、報告・相談する ・感染（+）は介助者及び他者への感染を防ぐ、またそれに必要な備品等知る ・専門医受診を見極め、処置の頻度によりサービス導入検討。虐待の早期発見 →情報周知で意欲低下予防（例：入浴拒否⇒片麻痺（痛み+）で苦説つらい）</p> <p>→※歯科・口腔の手引き「健康は歯から」を参照 →客観的な栄養評価が可能。入手可能な時期（健診、退院直後...）を知る</p>
排泄管理 排尿・排便	<p>●排便、排尿の日々の状況、尿意・便意の有無・トラブル等困難の有無</p> <p>[排便]便の状況（形状、色、性状、量、排便回数、服薬状況...の確認） ・便秘や下痢を引き起こす疾患や薬など要因と下剤調整の指示の有無 ・肛門周囲の皮膚トラブル、じょくそへの有無</p> <p>[排尿]尿の状況（色、量、排尿回数/日、服薬確認[治療薬との関係]...） ・排尿トラブルを引き起こす疾患や薬、水分摂取状況等要因の有無 ・排尿頻度・量の減少、痛みや浮腫、発熱、意識レベルなどの症状の有無</p>	<p>●『排泄』の課題分析。※排泄パターン、習慣なども加味し課題を抽出 →※尿意抑制剤アセメタント素を参照</p> <p>→医師への相談時は把握した状況、経過を報告。受診必要な場合の支援 ・薬の変更・調整、洗滌の適応、看護士など専門職による排便コントロール ※医師行為「排便」「医療用洗滌剤使用」は訪問介護サービスで対応不可</p> <p>→専門医（泌尿器科）受診の相談、見極め。悪化予防、水分・服薬等コントロール ・尿路感染症等再発の可能性高い。周知必要 ※尿量減少、脱水、意識レベル低下時は塩分の摂取状況も確認する</p>

【参考資料】 在宅で必要な医療情報収集のためのキーワード集（抜粋）

関係機関一覧

◎和泉市内の急性期病院

和泉市立総合医療センター	和泉市和気町4-5-1	
	電話	0725-41-1331
社会医療法人 生長会 府中病院	和泉市肥子町1-10-17	
	電話	0725-43-1234
社会医療法人 啓仁会 咲花病院	和泉市のぞみ野1-3-30	
	電話	0725-55-1919
医療法人 琴仁会 光生病院	和泉市葛の葉町3-3-18	
	電話	0725-45-3381

◎職能団体

大阪介護支援専門員協会 和泉市支部	和泉市上町81番地 (ペガサスケアプランセンター和泉 内)	
	電話	0725-43-2025

◎和泉市内の地域包括支援センター

和泉市社会福祉協議会地域包括支援センター	和泉市幸2-5-16	
	電話	0725-40-5377
ビオラ和泉地域包括支援センター	和泉市和気町3-4-24	
	電話	0725-46-0463
光明荘地域包括支援センター	和泉市伏屋町3-8-1	
	電話	0725-56-1886
貴生会地域包括支援センター	和泉市納花町330番地の1	
	電話	0725-58-7002

◎事務局

和泉市在宅医療介護相談支援センター	和泉市府中町4-22-5 (保健センター内)	
	電話	080-2434-5573
和泉市高齢介護室	和泉市府中町2-7-5	
	電話	0725-99-8132