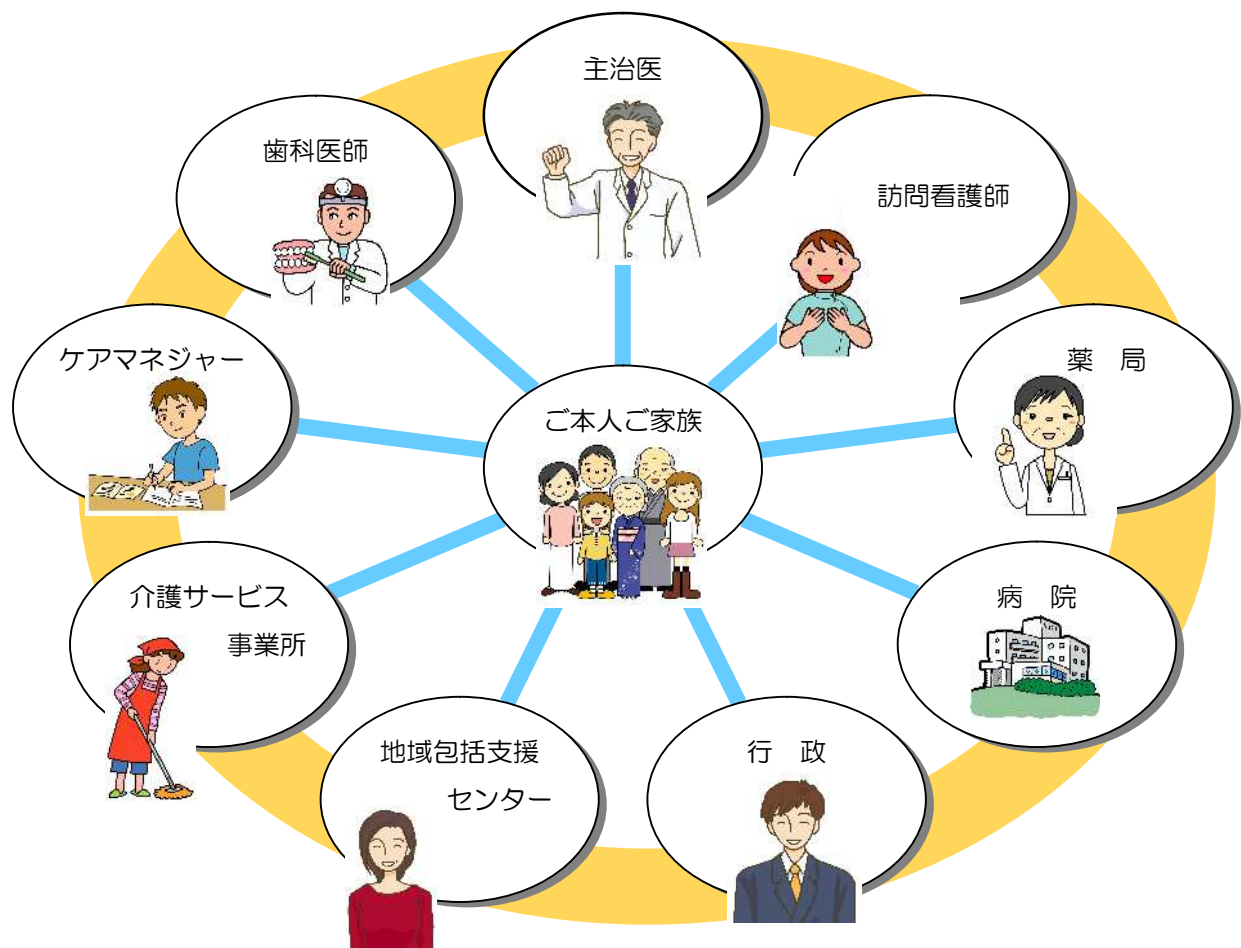


川崎市在宅療養連携ノート



川崎市在宅療養推進協議会

川崎市在宅療養推進協議会 構成団体

川崎市医師会

川崎市歯科医師会

川崎市看護協会

川崎市薬剤師会

川崎市介護支援専門員連絡会

神奈川県医療ソーシャルワーカー協会

地域包括支援センター

川崎市

ご利用者 様

「川崎市在宅療養連携ノート」は、多くの在宅医療関連職種がチームとして活動し、皆様に安心して療養生活を続けていただけるよう、川崎市在宅療養推進協議会（川崎市医師会を始めとする、在宅療養に関連する7つの団体の代表から組織される協議会）が作成したものです。

お体の状況やお薬の情報などをお入れしますので、ご本人の健康管理に役立てていただくとともに、「本人・家族・関係機関連絡ページ」に、体調の変化や気づいたことなどを記入いただき、在宅医療・介護従事者との連絡手段のひとつとしても、ご活用いただきたいと存じます。

記入例

- 体調の変化……………「食欲がない」「入れ歯が合わない」「お腹を痛がる」など
- できごと……………「多摩川まで車いすで散歩に出かけて気分転換になった」
「足首が腫れてきたので整形外科に受診した」など
- 質問したいことや知っておいてほしいことなど

フェイスシート

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 氏名	男・女	生年 月日	M T S	年	月	日	(歳)
住所	〒			電話			

緊急連絡先	①	氏名	(歳)	続柄 ()	家族構成 ┌ └
		住所	電話 携帯		
	②	氏名	(歳)	続柄 ()	
		住所	電話 携帯		

医 療 保 険	国保	健保	共済	生保	無保険	その他	後期高齢者医療
	保険者記号番号		被保険者番号				
	保険負担割合		割				
介 護 保 険	保険者番号		被保険者番号				
	要介護認定	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5	非該当	未認定	
自立支援医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	公費負担医療		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	等級	種	級	交付日	年 月 日	
療 育 手 帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	程度			交付日	年 月 日	
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	等級	級		交付日	年 月 日	

さんについて

交友関係 日常生活状況 趣味 楽しみ その他	
------------------------------------	--

◆同意書◆ 関係職種間で情報を共有することに同意します。 氏名 _____

関係機関連絡先

■主治医

医療機関名： _____

医師名： _____

電話番号： _____ (_____) _____

住所： _____

■訪問看護師

訪問看護ステーション名： _____

担当者名： _____

電話番号： _____ (_____) _____

■ケアマネジャー

事業所名： _____

担当者名： _____

電話番号： _____ (_____) _____

■歯科医療機関

歯科医療機関名： _____

歯科医師名： _____

電話番号： _____ (_____) _____

■薬局

薬局名： _____

薬剤師名： _____

電話番号： _____ (_____) _____

■ (よく連絡するところ)

連絡先： _____	担当者名： _____
電話番号： _____ (_____)	

■ (よく連絡するところ)

連絡先： _____	担当者名： _____
電話番号： _____ (_____)	

■ (よく連絡するところ)

連絡先： _____	担当者名： _____
電話番号： _____ (_____)	

■ 通院先

①	医療機関名	電話
	科 医師名	・ 科 医師名
②	医療機関名	電話
	科 医師名	・ 科 医師名
③	医療機関名	電話
	科 医師名	・ 科 医師名

■ 入院したことのある医療機関

①	医療機関名	電話
②	医療機関名	電話

■ 地域の避難場所

--

サマリー

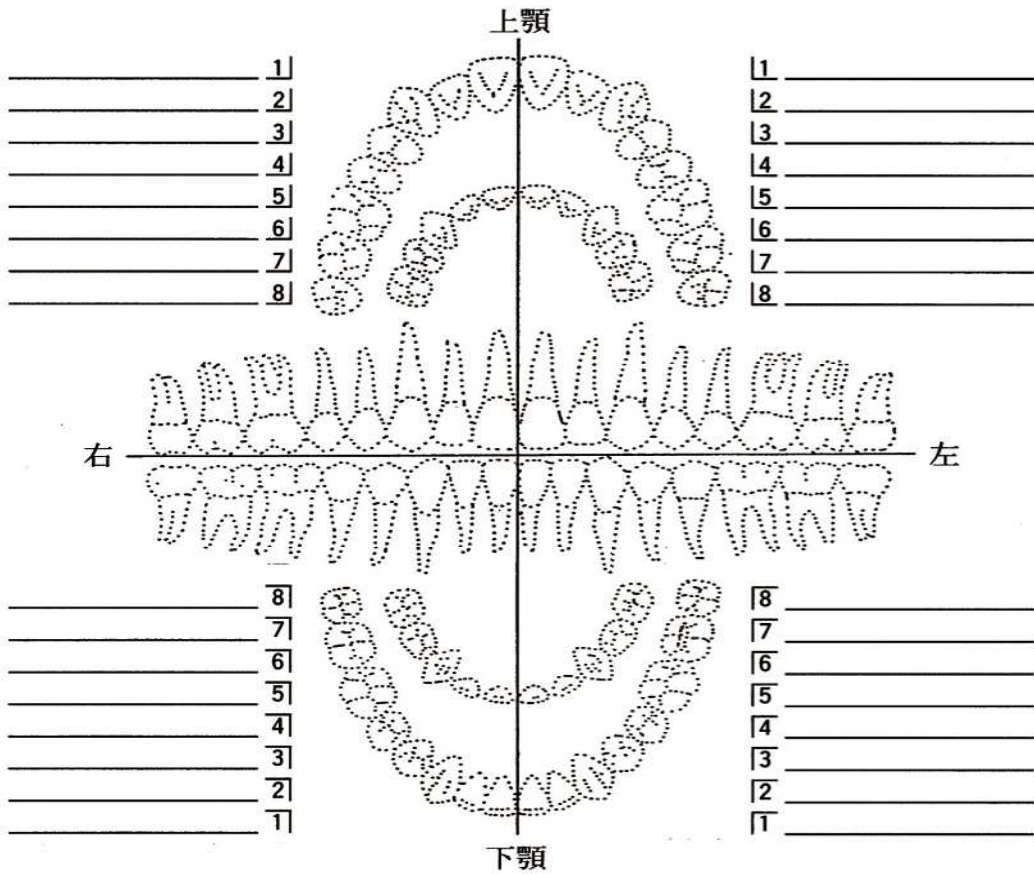
主治医

記入日 年 月 日

Problem List					
主病名 1 _____	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
主病名 2 _____	認知症自立度	<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
主病名 3 _____	<input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE FAST			/30	stage
既往歴					
喫煙歴： 本/日× 年 歳まで 感染症					
医療機器の導入・管理					
酸素		気管切開		経管栄養	
会社名	カニューレ Fr	<input type="checkbox"/> バルーン		膀胱留置カテーテル 型	
<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク		<input type="checkbox"/> バンパー		素材	
安静時 〇/分	カフエア cc	チューブ名		サイズ	
労作時 〇/分		サイズ Fr		Fr	
機種	商品名	長さ cm		交換 週毎	
人工呼吸器	次回交換 /	交換 月毎		その他の機器	
換気量 ml					
回数 回/分					
酸素濃度					
ご本人の認識/治療に対する希望					
治療・ケア方針についてのご家族の希望					
①急変時の対応					
②在宅看取り					
その他（血液型等）					

齒 科

受診	1. 通院	2. 往診	記入日	年	月	日
医療機関名						
医師名						
口腔内所見等						



NST・嚥下連絡票（神奈川 Ver.2）

平成 年 月 日

主治医・担当者御礼下：下記患者様の栄養管理、摂食嚥下機能など、現状をご報告させていただきます。2017.01.20 ver.2

患者氏名	ID: _____ 様	性別	M・F	年齢	歳	認知症	有・無い・無
診断名	(西暦 年 月 日発症)						
既往歴	摂食・嚥下関連のみ：脳血管疾患・神経筋疾患・誤嚥性肺炎・COPD・頭頸部術後・()						
嚥下機能評価経過等	嚥下障害Gr. 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (/) 別紙記載(有・無)・画像(有・無)						
	MWST 点/5点(実施日 /)・FT 点/5点(実施日 /) RSST 回/30秒(実施日 /)・VF(実施日 /)・VE(実施日 /)						
栄養管理	身長 _____ cm 体重 _____ kg (/ 測定・自称・推定) 摂取 _____ kcal (目標 _____ kcal) 水分 _____ ml (目標 _____ ml) Alb値 _____ g/dl (/) 摂取経路：経口・経鼻胃管 (「r」・胃ろう・その他 ())						
食物形態	嚥下食ピラミッド：L0・L1・L2・L3・L4・L5 主食 (米飯・全粥・ミキサー・ ()) 副食 (ゼリー・ミキサー・形・ ()) 嗜好・禁止食品等						
水分増粘剤	不要・必要：() を使用し、100mlに (0.5・1・ ()) g 使用していました。						
内服薬投与方法	水・トロミ・ゼリー埋込・食べ物に混ぜる・簡易懸濁法・経管投与						
摂取方法・注意事項	全介助 () ・一部介助・見守り・自立 _____ 食事環境の整備(有・無) 複数回嚥下・交互嚥下・()						
食事環境	場所：いす・車いす・リクライニング・ベッド上 食器台：机・オーバーテーブル・カットアウトテーブル・() 姿勢：フリー・端坐位・(°) () 用具：普通・小スプーン・中スプーン・ストロー・ばね付き箸・()						
リハビリなど	嚥下体操・食後1～2時間坐位(褥瘡に注意)・()						
口腔ケア等	口腔内環境 (良好・要注意・不良) 口腔乾燥 (有 { } ・無 義菌 無・有 (使用・未使用) うがい (可・不可) ケア用品 (歯ブラシ・スポンジブラシ・ ())						
本人・家族の希望など 他							

状態は変化する可能性があります。何かご不明な点は下記連絡先までお問い合わせください。よろしくお願い申し上げます。

【病院・施設名、氏名、連絡先等記入欄】

記入担当者名（職種）： ()

NST・嚥下連絡票（神奈川 Ver.2） 読み方マニュアル

藤島の嚥下障害グレードについて

Ⅰ：重症 (経口不可)	1	嚥下困難または不能 嚥下訓練適応なし
	2	基礎的嚥下訓練のみ行っている
	3	厳密な条件下の摂食訓練レベル
Ⅱ：中等症 (経口と補助栄養)	4	楽しみとしての摂食を行っている
	5	一部(1~2食) 経口摂取と補助栄養
	6	3食経口摂取と補助栄養
Ⅲ：軽症 (経口のみ)	7	嚥下食で、3食とも経口摂取
	8	特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取
	9	常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導を行っている
Ⅳ：正常	10	まったく問題なく常食摂取

嚥下機能評価について

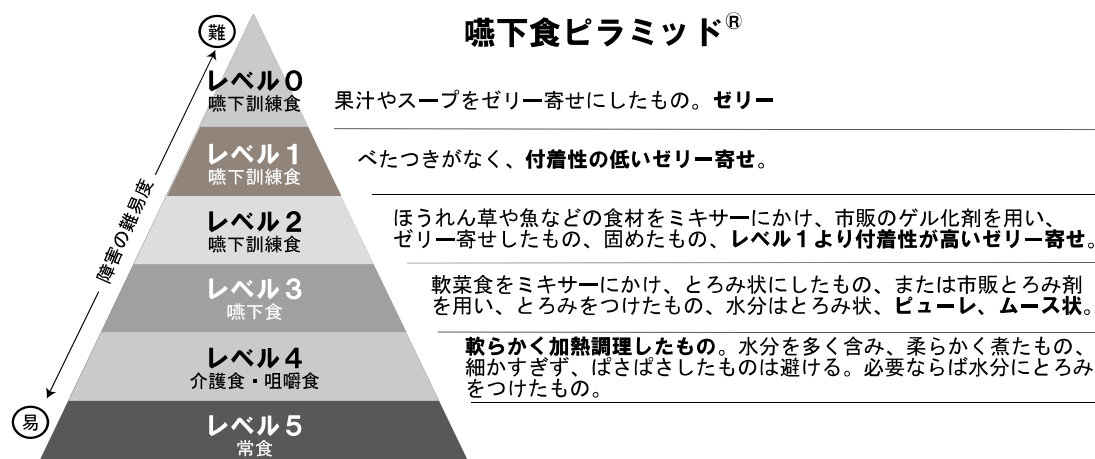
- RSST（反復唾液嚥下テスト）：嚥下運動（空嚥下）を30秒間に何回起こせるかを観察する
3回未満では何れかの嚥下障害を有すると考える
- MWST（改訂版水飲みテスト）：3ccの冷水を口腔底に注ぎ嚥下してもらう

1点：嚥下なし・むせる and/or 呼吸切迫	2点：嚥下あり・呼吸切迫
3点：嚥下あり・呼吸良好・むせる and/or 湿性嘔声	4点：嚥下あり・呼吸良好・むせない
5点：4点の症状に加え、追加空嚥下が30秒以内に2回可能	
- VF（嚥下造影検査）：レントゲン透視下で嚥下の様子を見ます
- VE（嚥下内視鏡検査）：鼻からのファイバー下で嚥下の様子を見ます

食事姿勢について

	90° 座位	リクライニング位
利点	自然摂食しやすい 胃食道逆流を起こしにくい	口唇からのこぼれがない 口腔内移送と咽頭への送り込みに有利 誤嚥と咽頭残留防止効果がある
欠点	口唇からこぼれやすい 口腔内・咽頭への送り込みに不利 誤嚥・残留しやすい	自力摂取しにくい

嚥下食ピラミッドについて



摂取方法・介助方法について

- 一口量（スプーンの大きさ）：一回で口に入れる量は少量から開始し、徐々に増やす
- 複数回嚥下：おまけのごっくん（一口につき2~3回唾液と一緒に嚥下）
をすることで咽頭残留を除去
- 交互嚥下：お粥→ゼリー→お粥など、異なった食べ物を交互に嚥下することで咽頭残留を除去



※こちらの用紙とNST・嚥下連絡票（神奈川 Ver.2）はインターネットでダウンロードできます
神奈川摂食嚥下リハビリテーション研究会 <http://kanagawaenge.web.fc2.com/>

検査結果

◎ 最新の検査結果を添付しましょう。

薬剂情報 (薬局等から発行された説明書を入れる)

特記事項

看護情報

週間サービス計画表 (各事業所のもの)

「私の終末期医療に対し希望すること」(リビング・ウィル)

いままで多くの方は、人生の最期にどうしてほしいのか希望を残していませんでした。

そのため、特に終末期の治療方針について、医療スタッフや家族が判断に困り苦悩する場合があります。

判断能力を有する時に、意識や判断能力が障害されて意思表示できなくなった場合に自分自身が受ける医療の決定に関する指示を、あらかじめ書面等で示しておくことを「リビング・ウィル」といいます。

もしものときの延命処置の希望について、身近な人と充分話し合い、「リビング・ウィル」として意思を明確にしておくことも必要です。

自分らしい最期を迎えるための意思表示をすることについて考えてみてください。

私の終末期医療に対し希望すること (リビング・ウィル)

もし、わたしが病気や事故で意識や判断能力の回復が見込めない状態になった際の対応として、以下のとおり意思表示します。

◎ 終末期になったときの希望 ※希望の項目に○をつけてください。

- 1 心臓マッサージなどの心肺蘇生を希望 < する ・ しない >
- 2 延命のための人工呼吸器を装着することを希望 < する ・ しない >
- 3 人工透析の開始を希望 < する ・ しない >
- 4 胃ろうによる栄養補給を希望 < する ・ しない >
- 5 鼻チューブによる栄養補給を希望 < する ・ しない >
- 6 点滴による水分の補給を希望 < する ・ しない >
- 7 苦痛や疼痛の軽減は行うが、延命を目的とする治療については
< 希望する ・ 何もしない >

◎ 終末期を迎える場所について ※希望の項目に○をつけてください。

- ・ 病院 ・ 自宅 ・ 施設 ・ 病状に応じて

◎ その他の希望

[_____]

年 月 日

本人署名 住所 _____

氏名 _____ 印

家族等署名 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

リビング・ウィルは、自分らしい最期を迎えるために、医療に対する希望を記しておくものです。現在の意思表示であり、その内容はいつでも変更・修正できます。

家族等とともに話し合い、気持を共有しておくことが大切です。法的な拘束力はありません。

希望調査項目の説明

1 心臓マッサージなどの心肺蘇生

- 心肺蘇生(そせい)とは、死が迫った時に行われる、心臓マッサージ、気管挿管（口や鼻から気管に管を入れる）、気管切開（喉仏の下あたりから直接気管に管を入れる）、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与等の医療行為をいいます。
- 心臓マッサージをすると、心臓が一時的に動き出すことがあります。
- 気管挿管の場合、必ずしもすぐに人工呼吸器を装着するわけではなく、多くの場合、手動のバック（アンビューバック）を連結して医療スタッフが呼吸補助をします。この行為により、一時的に呼吸が戻る場合があります。

2 延命のための人工呼吸器

- 自分の力で呼吸ができないときに使用する器械です。人工呼吸器を使用するときは、管を口から気管まで挿入（挿管）する必要があります。人工呼吸器の使用を一度開始すると、呼吸状態が改善するまで器械を外すことは困難になります。
- 終末期の疾患の違いにより、装着後、死亡するまでの期間は病気により異なります。

3 人工透析

- 腎臓が機能しなくなった時に、腎臓の機能を代行する装置を使い、血液の老廃物を人工的に取り除くことです。

4 胃ろうによる栄養補給

- 流動食をお腹から直接通したチューブで送り込むことです。
- 事前に内視鏡を使い、局所麻酔で胃ろうを作る手術を受ける必要があります。

5 鼻チューブによる栄養補給

- 鼻チューブでは手術の必要はありませんが、鼻や喉に違和感があります。定期的に交換する必要があります。
- 胃ろうや鼻チューブでは、常に栄養補給ができます。しかし、終末期の状態では、栄養を十分に体内に入れることができないため、徐々に低栄養になります。また、栄養剤が食道から口の中に逆流して肺炎を合併することがあります。

6 点滴による水分補給

- すぐに重度の脱水にならないようにできます。栄養はほとんどなく次第に低栄養が進行します。
- このほかに、太い静脈に点滴チューブを通し、より多くの栄養を持続的に入れる高カロリー輸液（IVH）という方法がありますが、点滴チューブを介した感染症を起こすことがあります。

7 延命を目的としない苦痛や疼痛の軽減について

- 苦痛や疼痛への対応についての基本的に希望することになります。
- 強い鎮痛薬（麻酔系鎮痛薬等）で痛みを抑えると、意識が低下する場合があります。
- 鎮痛剤を使うと、意識は低下し、副作用で呼吸が抑えられることが多くあります。

