

川崎市在宅医療・介護多職種連携マニュアル

(Ver. 1)



住み慣れた地域や自らが望む場で
安心して暮らし続けられる地域をめざして

川崎市在宅療養推進協議会

はじめに

川崎市は、現時点では若い世代の都市といえますが、今後の急速な高齢化が進行する中で、高齢者をはじめ誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるためには、多職種が連携した在宅医療・ケアの取組を推進し、本人や家族に寄り添った医療・介護を提供することが求められます。

こうした中で、多職種連携については、各職種において事業所も異なり、また、専門性や役割分担も異なる中で、決して容易なことではありません。しかしながら、川崎市では、9つの市内多職種関係団体の代表からなる「川崎市在宅療養推進協議会」を平成25年度から開催し、円滑な連携に向けて議論を積み重ねてきました。

本マニュアルは、こうした多くの関係者による議論を通じて、多職種連携によるより良いケアの提供に向けて、目安とすべき指針や取組についてまとめたものです。各多職種関係団体は、このマニュアルの普及に努め、市民が安心して在宅生活を継続できるよう支援をしていくことをめざします。

平成29年1月

川崎市在宅療養推進協議会 構成団体

川崎市医師会、川崎市病院協会、川崎市歯科医師会、川崎市薬剤師会、川崎市看護協会、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、神奈川県理学療法士会、地域包括支援センター、川崎市

<目 次>

1. 在宅療養の推進に向けた課題と取組	... 4
(1)川崎市における在宅医療等の現状	... 4
(2)在宅療養推進に向けた課題	... 6
(3)課題解決に向けた具体的な取組について	... 6
2. 在宅療養に係る各団体等の果たす役割	... 7
3. 在宅医療・介護多職種連携の会議体制	... 9
4. 在宅療養調整医師・在宅医療サポートセンターの機能	...10
(1)在宅療養調整医師	...10
(2)在宅医療サポートセンター	...10
5. 在宅療養への移行支援の流れ	...11
(1)在宅生活の課題と医療提供の流れ	...11
(2)症例検討を通じた多職種連携のルールづくり	...12
(3)在宅医療・介護連携のための情報共有チェックシートの構成	...13
※在宅医療・介護連携のための情報共有チェックシート	...14
6. 参考事例	...16
(1)がん末期で自宅での一人暮らしを続けた事例	...16
(2)認知症で寝たきりの老々介護の事例	...17
(3)難病で自宅での一人暮らしを続ける事例	...18
7. 在宅療養に係る人材養成	...19
(1)在宅チーム医療を担う地域リーダー研修	...19
(2)介護職向け医療・介護連携研修	...19
8. 市民啓発	...20
資料編	...21
連携に向けたQ&A	...22
川崎市在宅療養連携ノート	...29
専門職向け認知症ケアパス	...30
医療と介護との連携連絡票	...32
居宅介護サービス(新規・変更)依頼書 ※川崎市介護支援専門員連絡会様式	...33

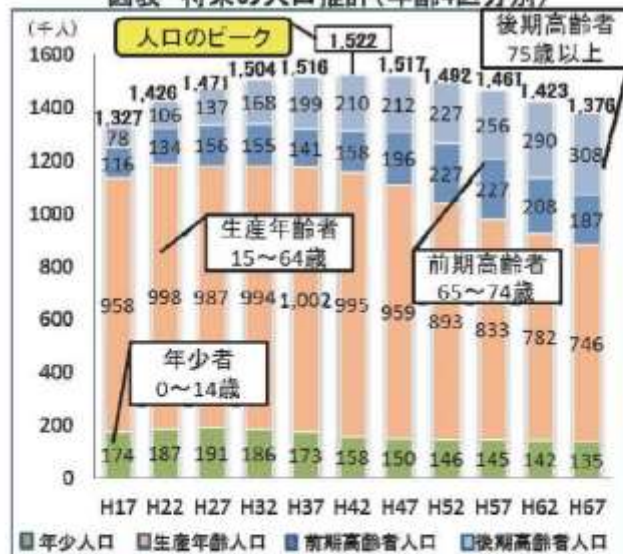
1. 在宅療養の推進に向けた課題と取組

(1) 川崎市における在宅医療等の現状

① 超高齢社会の到来

川崎市の人口は、2016年10月1日現在で147.2万人、高齢化率は19.4%と比較的若い都市です。しかし、2030年には、人口152.2万人となりますが、高齢化率も24.2%まで上昇します。

図表 将来の人口推計(年齢4区分別)



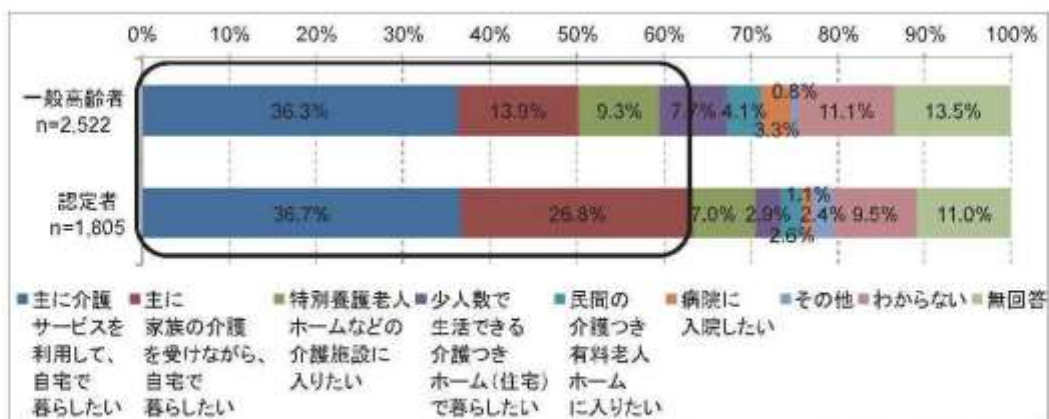
図表 将来の推計人口の年齢4区分別の割合



② 市民の意識

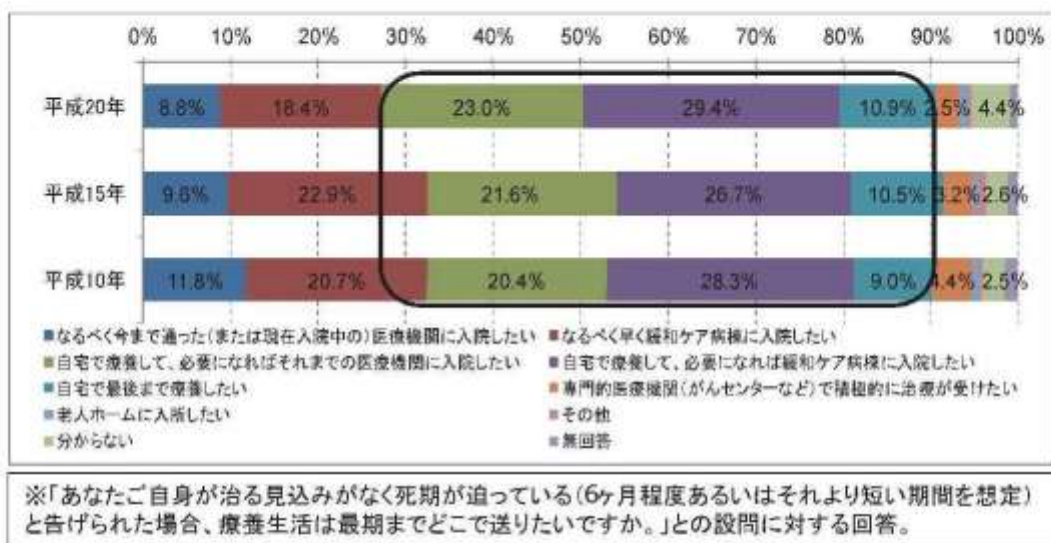
介護が必要となっても自宅で暮らしたいという方が50.2%で、特に介護保険認定者では、63.5%となっています。

介護が必要になった場合の暮らし方(一般高齢者)、今後の暮らし方(認定者)



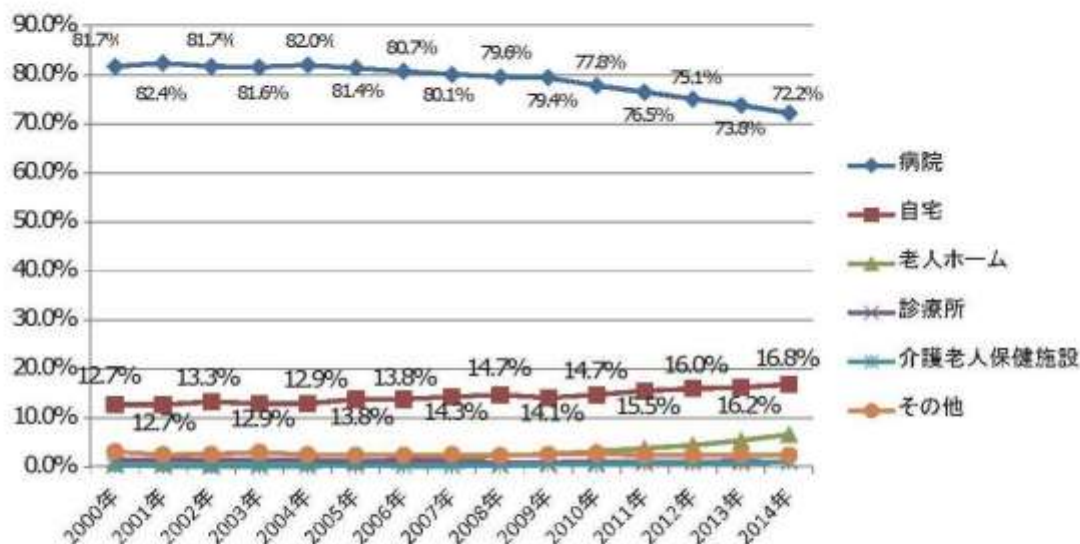
出典:平成25年度川崎市高齢者実態調査

【参考】全国的にも、自宅で最期まで療養したいと希望する割合は、平成20年には63.3%を占めます(必要であれば医療機関への入院を含む)。



出典:終末期の療養場所に関する希望(全国調査)

③川崎市における死亡場所の推移



出典:人口動態統計

自宅での療養を希望されている方は60%強ですが、自宅で最期を迎えている方は、15%強となっています。

(2) 在宅療養推進に向けた課題

- ①急速な都市部の高齢化に対応した、24時間365日の在宅医療推進の仕組みづくりが求められています。
⇒一人開業医が多い中で、かかりつけ医を中心に、訪問診療や往診にも取り組みやすい環境づくりに取り組むことが必要です。
- ②医療と介護の連携がよりスムーズに進められるような仕組みづくりが求められています。
⇒医療と介護の円滑な連携に向けたルールづくりや、コーディネート機能のあり方の検討が必要です。
- ③在宅医療・ケアへの理解が十分に浸透しているとはいきれず、市民の選択肢の1つとはなりきっていない状況があります。
⇒行政や専門職等による市民への更なる啓発の取り組みを進めることが必要です。

(3) 課題解決に向けた具体的な取組について

①24時間365日の在宅医療推進の仕組みづくり

- (ア)「在宅チーム医療を担う地域リーダー研修」等による人材養成(P19参照)
- (イ)各区の推進役となる在宅療養調整医師の配置(P10参照)

②医療と介護の連携に向けた仕組みづくり

- (ア)在宅療養推進協議会の開催(P9参照)
- (イ)「在宅療養連携ノート」(P29参照)、「在宅医療資源ガイドブック」の作成
- (ウ)在宅医療サポートセンターの運営(P10参照)
- (エ)介護職向け医療・介護連携研修開催(P19参照)

③在宅医療・ケアに関する市民啓発(P20参照)

- (ア)リーフレット「在宅医療Q&A」の配布
- (イ)市民シンポジウムの開催
- (ウ)出前講座の実施
- (エ)在宅医療情報誌「あんしん」の発行

※区を単位とした在宅医療推進に向けた取組の推進

※あんしん見守り一時入院等事業

2. 在宅療養に係る各団体等の果たす役割

在宅療養推進に向けた課題を解決するため、在宅療養に関わるそれぞれの立場で果たす役割を明確化し、更なる取組の推進、在宅療養環境の整備につなげます。

(1) 川崎市医師会

在宅医療を担う、かかりつけ医師を増やすため、研修及び啓発を実施するとともに、24時間在宅医療提供体制をチームで推進するリーダーとしての役割を担います。さらに、病診連携の推進に向けて、病院との連携強化を図るとともに、診療所同士の連携を進めます。

(2) 川崎市病院協会

退院調整部署の窓口が多職種にわかるように周知を図り、円滑な退院調整を目指すとともに、在宅療養者の急変時のバックアップ機能の整備を進め、地域連携の仕組みの構築を図ります。

(3) 川崎市歯科医師会

訪問診療を行う歯科診療所の増加を目指すとともに、関係機関、関係者に口腔ケアに興味を持ってもらい、必要時歯科医師との連携を取れる仕組みづくりを図ります。

(4) 川崎市薬剤師会

質の高い生活を送れるよう医師、ケアマネジャー等と連携し、在宅での服薬管理をする「かかりつけ薬剤師」のさらなる充実と、高度医療機器・介護用品・医療衛生材料等の供給体制を整えた「健康サポート薬局」を整備し、健康寿命の延伸を図ります。

(5) 川崎市看護協会

訪問看護師の確保・養成を進めるとともに、訪問看護ステーションの機能強化に向けた支援を行い、退院支援に係る病院看護職等との連携を促進します。また、「在宅医療サポートセンター」の機能拡充と周知を図ります。

(6) 川崎市介護支援専門員連絡会

病院から自宅へ戻っても医療・介護が提供されるよう、地域で医療と介護の顔の見える関係づくり、疾患を伴っても住み慣れた生活の場で安心して療養できる環境づくりのため、医療と介護が協力する関係を積極的に築きます。

(7)神奈川県医療ソーシャルワーカー協会

医療ソーシャルワーカーは、病気や障がいを引き起こす様々な課題の解決を支援する社会福祉の専門職です。安心して在宅療養が行えるように地域と医療機関をつなぐ役割を担います。

(8)神奈川県理学療法士会

病院と訪問リハビリ事業所との連携を強化するとともに、多職種とのチームワークなどの連携強化を図ります。

(9)地域包括支援センター・行政

対応困難な事例から地域包括ケアへの展開、実践を多職種多機関で実施することを通じて、在宅療養を支援する多職種多機関のネットワーク構築を目指し、地域包括ケアに向けて取り組みます。

3. 在宅医療・介護多職種連携の会議体制

川崎市在宅療養推進協議会

(平成25年12月～)

- ・在宅医療を担う地域リーダー研修の企画
- ・在宅療養に関する多職種連携ツールの普及・ルールづくりに向けた検討
- ・在宅医療に関する市民啓発の推進
- ・各区における在宅療養環境の整備推進 など

市民啓発WG

(平成26年9月～)

- ・在宅医療に関する一般的な情報提供に留まらない多面的な啓発の実施に向けた検討
- ・出前講座の効果的な実施方法についての検討・実践
- ・在宅医療情報誌の作成など

症例検討WG

(平成27年11月～)

- ・多職種の従事者による症例検討の実践
- ・症例検討を通じた、より円滑な多職種連携ルール(マニュアル)づくりに向けた検討

各区在宅療養推進協議会

(平成26年度～)

- ① 診診連携による在宅医の負担軽減
- ② 多職種での緊密な連携の推進
- ③ 市民啓発
上記の課題解決に向けた各区医師会の発意による取組を推進



※在宅療養推進協議会開催風景

4. 在宅療養調整医師

・在宅医療サポートセンターの機能

(1) 在宅療養調整医師

各区の在宅療養の推進役として、①多職種への医療的な助言、②医療資源等の把握、開業医のネットワークづくりの推進、③退院調整支援等を行います。

【平成28年度】

川崎区 渡邊嘉行医師(総合川崎臨港病院)

幸 区 中岡 康医師(ナカオカクリニック)

中原区 児玉文雄医師(こだま診療所)

高津区 染谷貴志医師(そめや内科クリニック)

宮前区 行形 毅医師(鷺沼診療所)

多摩区 中村 健医師(中村クリニック)

麻生区 佐野順子医師(あさお・百合クリニック)

(2) 在宅医療サポートセンター

在宅療養調整医師とともに、①多職種への医療的な助言、②医療資源等の把握、③市民啓発、④退院調整支援等を行います。

①多職種への医療的な助言

区役所、地域包括支援センター、介護支援専門員等からの医療的な相談に対する助言や、訪問看護ステーションの育成、助言

②医療資源等の把握

区ごとの多職種連携等の取組の情報収集や、在宅医療資源ガイドブック等による医療・介護従事者からの相談対応

③市民啓発

市民啓発WGの企画・会議運営、在宅医療情報誌の作成、出前講座の実施

④退院調整支援等

事例収集・分析、多職種連携に向けたルールづくり、あんしん見守り一時入院等事業の利用調整 等

【連絡先】 川崎市看護協会内 Tel 044-711-3995

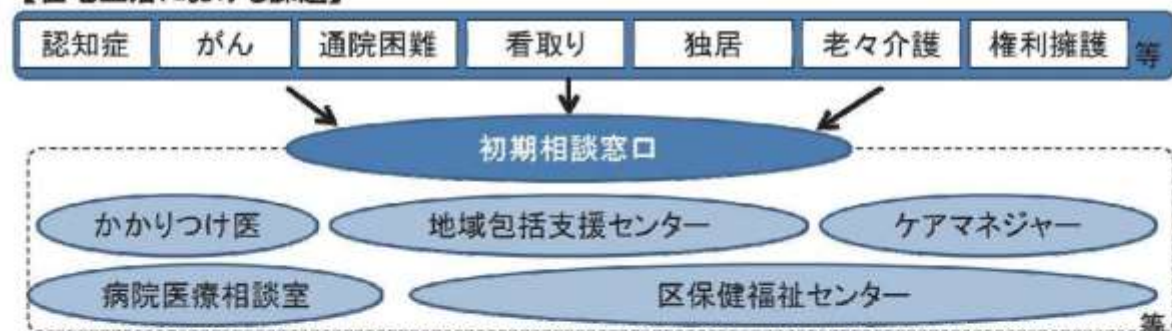
5. 在宅療養への移行支援の流れ

(1) 在宅生活における課題と医療提供の流れ

一般に、病院からの退院、通院困難等をきっかけとして、在宅医療を含めた多職種チームの編成が行われます。

そこで、以下では、サービス提供の流れを整理するとともに、在宅療養開始時からその後の療養を継続する中で、節目となるタイミング毎に、円滑な多職種連携を進めるための情報共有すべきと考えられる項目等を整理します。

【在宅生活における課題】



【在宅医療を含む相談】



在宅療養される方への専門職種の関わる節目となるタイミングとしては、上図のように、まず、①初回の「カンファレンス」が開催され、②具体的な「処遇方針の決定」がなされると考えられます。この段階では、カンファレンスで以前からの生活状況や本人・家族の意向と病状を把握して、医療を含めた支援体制を確認することになります。

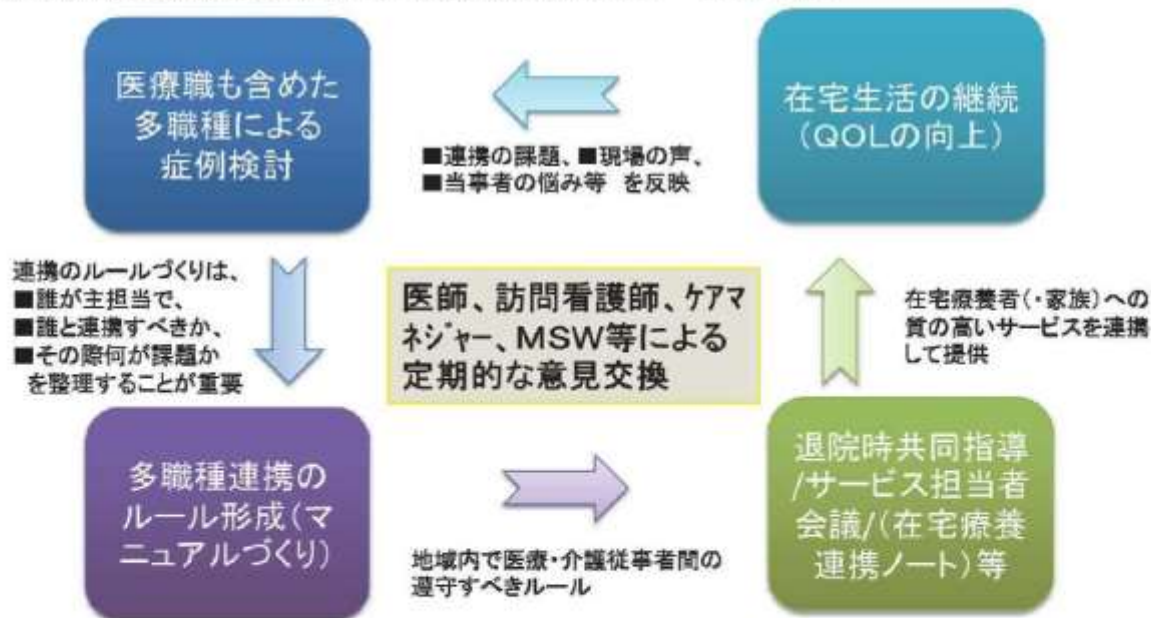
次に、③「アセスメント・評価時」では、決定した処遇方針に基づいた支援が行われているか、病状を含め当初に確認した状況に変化がないかを確認することになります。

さらに、④「容態の変化によるアセスメント時」では、急変等の際に、本人・家族の意向を再確認しながら、当初からの緊急時対応の方法を基本として、支援を行えるかどうかを確認することになります。実際の症例では、③と④を繰り返すことが多いと思われます。

最終的に、⑤「終結時」として、死亡・入院・施設入所等の際には、支援チームメンバーへの終結の連絡が必要となります。

このフローは、在宅療養における一般的な流れを示したもので、実際の症例では、個々の症例ごとに、異なった流れを採るケースも考えられます。

(2) 症例検討を通じた多職種連携のルールづくり



今般、川崎市では、「川崎市在宅療養推進協議会」に、平成27年11月に、「症例検討ワーキンググループ」を設置し、多職種による症例検討を試行的に実施し、上図のように、①多職種による症例検討の積み重ねを通じて、②多職種連携のルール形成につなげ、③順守すべきルールに基づき、カンファレンスを行い、④在宅療養者のQOLの向上を図り、連携の課題等の解決に向けて、繰り返し、症例検討を行っていくような循環により、在宅療養環境の整備を進めたいと考えます。

具体的には、多職種連携のマニュアルづくりとして、(1)の節目となるタイミングごとに、どの職種とどんな情報を共有することが望ましいかを整理し、多職種連携のための目安としてまとめたものが、次の「在宅医療・介護連携のための情報共有チェックシート」です。このシートでの項目を確認しながら、実際のケアに携わり、在宅療養者のQOLの向上に役立てていただきたいと思います。

(3)在宅医療・介護連携のための情報共有チェックシートの構成

「在宅医療・介護連携のための情報共有チェックシート」は、在宅で療養されている方のケアの各段階で節目となるタイミングごとに、どの職種とどのような情報を共有することが必要かを整理したものです。

具体的には、まず、「状況の変化に応じて臨機に確認すべき項目」と「節目毎に確認すべき項目」に分かれています。

「状況の変化に応じて臨機に確認すべき項目」では、ケアを行うのにあたって、常時、意識して確認すべきと考えられる事項で、①ADL・IADLの状況、②疾患に起因する生活上の変化、③介護家族の負担感、④服薬状況に整理しています。

「節目毎に確認すべき項目」では、まず、(1)「カンファレンス時・処遇方針の決定時」については、カンファレンスを招集する際に呼びかける多職種、病状(予後の告知状況を含む)、療養場所の意向、連絡体制、家族構成・キーパーソン、家族への介護方法・医療処置管理の指導状況、必要な福祉用具、口腔のケアの必要性などを確認することなどを必要としています。

次に、(2)「アセスメント・評価時」については、治療の効果、薬剤・医療材料等の準備状況、介護サービスの導入状況、家族の介護方法・医療処置管理の習得状況、口腔のケアの状況を確認することなどを必要としています。

次に、(3)「容態の変化によるアセスメント時(急変時)」については、病状等の変化、終末期の意向確認、看取り時などを意識した緊急時の対処方法と連絡体制、介護サービスの量や種類、看取りの兆候等の観察内容を確認することなどを必要としています。

最後に、(4)「死亡・入院・入所時」については、在宅療養を終えたことについて、多職種に伝えることなどが考えられます。

こうした確認項目を念頭に置き、多職種でチームとなってケアを行う際に、他の専門職が、どのような時に、どのような情報を必要としているかを意識して、円滑な情報共有につなげ、情報共有を図ることによって、多職種の連携をスムーズにし、在宅で療養されている方のQOLの向上を図ることをめざしています。(「在宅医療・介護連携のための情報共有チェックシート」は次頁参照。)

また、「6. 参考事例」では、情報共有チェックシートの視点を基とした事例の紹介をしているので、実際の事例でどのように情報共有チェックシートを活用するのかなどの参考としてください。

在宅医療・介護連携のための情報共有チェックシート

時期	節目毎に確認すべき項目			自由記載欄	自由記載欄	状況の変化に応じて随時確認すべき項目	
	多職種間での確認事項	確認すべきと考えられる理由	確認日			多職種間での確認事項 (確認すべきと考えられる理由)	常時確認
1. カンファレンス(週時共同指導・サービスマン担当者会議等)時・処置方針の決定時							
① M	①カンファレンスを招集する医師MSW又はケアマネジャーを中心に、担当医と連携して、多岐を呼びかける多職種を確認する。	下記の項目を中心に確認して、適切な治療・ケア/リハビリテーションの必要性を判断し、関係職種を確認するため。	/			(1)ケアマネジャーを中心に、ADL、IADLの状況を確認する。 (治療方針やケアの方法に影響があるため。)	
② ケ	②担当医が中心となって、病状(予後の告知状況を含む)を本人・家族とともに、多職種間で確認する。	治療方針やケアの方法に影響があるため、個々の生活上の課題に関する留意点なども確認する必要がある。	/			(2) 医師は、前記MSWも含めて、ADLが低下している限りリハビリテーションの必要性を確認することも必要である。	
③ 医	③担当医を中心に、本人・家族へ標準所の意向を多職種間で確認する。	治療方針やケアの方法に影響があるため、本人・家族の意向を考慮する必要がある。	/			(2) 医師に影響する生活上の変化について、医師に担当医に対して、情報を与える。 (治療方針やケアの方法に影響があるため。)	
④ 医	④担当医を中心に、家族構成等の把握と関連付けて、通常の連絡体制や、緊急時の対応方法を予め確認する。	安心して在宅介護できるように、通常の連絡体制の確立や、緊急時対応の検討が必要である。	/			(2) 医師に影響する生活上の変化について、医師に担当医に対して、情報を与える。 (治療方針やケアの方法に影響があるため。)	
⑤ ケ	⑤ケアマネジャーを中心に、家族構成、ケアプランを確認する。	主介護者やキーパーソン、家族の親族で意向が異なることがある。また、必要に応じて、社会福祉制度の利用を検討に入れることが必要となる。	/			(3) 家族の負担感や介護力に配慮しながら、心身の状況を確認し、必要に応じて、担当医を中心に、本人・家族の意向を確認する。 (病状や生活状況の変化によって、介護状況に変化が生じ、介護家族の介護力や意向に變化が生じるケースがあるため。)	
⑥ 医	⑥訪問看護、ケアマネジャーを中心に、介護家庭において、介護方法、医療介護連携の指導状況を確認する。	安心で安全な治療と生活ができるかどうか、家族の介護方を把握し、医療・介護サービスの導入の検討が必要である。	/			(3) 家族の負担感や介護力に配慮しながら、心身の状況を確認し、必要に応じて、担当医を中心に、本人・家族の意向を確認する。 (病状や生活状況の変化によって、介護状況に変化が生じ、介護家族の介護力や意向に變化が生じるケースがあるため。)	
⑦ ケ	⑦ケアマネジャーを中心に、理学療法士等とも連携し、生活環境を改造し、必要な福祉用具や住宅改修の必要性を確認する。	安心で安全な生活ができるよう、生活環境に即う、福祉用具の利用や住宅改修の必要性についての検討が必要になるため。	/			(3) 家族の負担感や介護力に配慮しながら、心身の状況を確認し、必要に応じて、担当医を中心に、本人・家族の意向を確認する。 (病状や生活状況の変化によって、介護状況に変化が生じ、介護家族の介護力や意向に變化が生じるケースがあるため。)	
⑧ 医	⑧担当医、訪問看護、ケアマネジャーを中心に、病下の状況を確認し、口座のケアの必要性について確認する。	食事・水分の摂取状況、薬の形状・副作用などの確認を通じて、病下の状況把握して、摂食や持病予防のための歯科治療等の検討が必要になることがあるため。	/			(3) 家族の負担感や介護力に配慮しながら、心身の状況を確認し、必要に応じて、担当医を中心に、本人・家族の意向を確認する。 (病状や生活状況の変化によって、介護状況に変化が生じ、介護家族の介護力や意向に變化が生じるケースがあるため。)	
2. アセスメント・評価時(定期)							
① 医	①治療の効果について、担当医が訪問看護医や薬剤師と連携しながら、確認する。	治療の効果や副作用によって、治療方針や薬剤内容の変更が生じるため。	/			(4) 担当医、薬剤師、訪問看護医が中心となって、治療の継続も含めて、服薬状況を確認する。 (飲み忘れや服薬困難等に対しては、服薬支援と薬剤管理が必要となる。)	
② 医	②担当医が中心となって、訪問看護医や薬剤師と連携して、薬剤、医療材料や衛生材料・医療機器の準備状況を確認する。	薬剤、医療材料や衛生材料・医療機器が揃っていないと、安全な治療や生活を営むことができないため。	/			(4) 担当医、薬剤師、訪問看護医が中心となって、治療の継続も含めて、服薬状況を確認する。 (飲み忘れや服薬困難等に対しては、服薬支援と薬剤管理が必要となる。)	

6. 参考事例

がん末期

看取り

独居

(1)がん末期で自宅での一人暮らしを続けた事例

事例概要

- 70歳代半ばの男性、要介護3、肺がん・胃がんの末期で、COPD(慢性閉塞肺疾患)の既往歴あり。アパートに一人暮らしだが、近居の家族(娘)がいる。(当初、通院介助)
- 家族(娘)が訪問時に、かなり痩せており通院し診察。肺がん・胃がんと診断される。入院し抗がん剤治療を実施、効果がみられ1か月程度で退院となる。
- 本人・家族とも在宅療養の希望があり、退院時共同指導に臨む。介護用ベッドを導入、在宅酸素の導入が不可欠で、訪問看護を利用。主治医(在宅医)に訪問診療してもらいながら、在宅生活を継続することになる。
- その後、体力の低下と痛みもあり、症状が進行したため、介護サービスの導入と訪問看護の利用を増やすが、約1月後、自宅で亡くなる。

①②カンファレンス時・処遇方針の決定

退院時共同指導を実施。病院医師、病院MSW、主治医(在宅医)、訪問看護師、ケアマネ、家族(娘)が参加。主治医(在宅医)に訪問診療(2週に1回)してもらいながら、介護用ベッドを導入し、在宅酸素もあり訪問看護(週1回)を利用し、自宅で生活することになる。

③アセスメント・評価時(定時)

入院による抗がん剤治療1クールを終了し、退院後、主治医(在宅医)に訪問診療してもらいながら、訪問看護を活用し、自宅での生活を継続。あわせて、歯科医に口腔内の状況を確認してもらう。

④容態の変化によるアセスメント時(急変時)

体力の低下が目立ちはじめ痛みもあり、疼痛コントロールのため、薬剤師にも訪問してもらうこととなる。引き続き、本人・家族の在宅療養の意向により、在宅での生活を継続。

⑤終結時(死亡・入院・入所)

疼痛コントロールにより、痛みは和らぐも、徐々に、呼吸も苦しくなり、食事の量も減る。娘の訪問時、亡くなっており、訪問看護師に連絡。主治医(在宅医)の死亡診断後、訪問看護により、エンゼルケアを実施。

この事例におけるポイントや課題

・がん末期については、比較的療養期間が短期間となることが多いため、在宅療養開始時、病状変化時等に、本人の状態、今後の病状変化、緊急時の対応について、情報共有を図るとともに、本人・家族の意向を確認することが重要である。

※掲載事例は、実際の事例を本人が特定されないよう加工したものです。

ポイント

- ・病状と療養場所について、本人等の意向が確認されている。
- ・介護用ベッドの導入がスムーズに行われた。
- ・医療機器(在宅酸素療法)の準備を確認している。
- ・食事が減少しても口腔内の清潔は欠かせず、歯科医等とも連携し誤嚥予防を行う必要があり、口腔のケア等の必要性の確認が重要。
- ・終末期の本人・家族の意向が確認されている。
- ・主治医や訪問看護師を中心に、看取りの兆候を家族と確認する。
- ・急変時等の対処方法、連絡体制を確認している。

(2) 認知症で寝たきりの老々介護の事例

事例概要

- 80歳代半ばの男性、要介護4、アルツハイマー型認知症、廃用性症候群により下肢筋力が低下しており、妻と一戸建てに同居。妻も1年前に脊柱管狭窄症の手術で3か月入院後、下肢筋力の低下がみられた。
- 週1回の訪問診療と毎日の訪問介護を利用。認知症が発症後2年ほど経過し、症状の進行がみられる。自力排便も困難となり、訪問看護も利用することになる。
- その後、排便は良好であったが、認知症の症状は進行。夜間に大声で妻を呼び出し、妻も眠れず、介護疲れとなり、ショートステイの利用もはじめる。
- 本人の症状進行とともに、妻も体調が悪化し、自宅以外での生活の場を探すこととなる。

①②カンファレンス時・処遇方針の決定

認知症の症状進行に伴い自力排便が困難となり、サービス担当者会議を開催。主治医(在宅医)、ケアマネジャー、ヘルパー、家族(妻)が参加。本人・家族の自宅で暮らしたいという意向を確認し、これまでの訪問診療(週1回)、訪問介護(毎日)から、訪問診療(週1回)、訪問看護(週1回)、訪問介護(週4回)、認知症デイサービス(週1回)を利用し、訪問看護が排便コントロールを行うこととなる。

③アセスメント・評価時(定時)

認知症の症状進行により、BPSDが出現し、夜間に妻を大声で呼び出すことが増える。多職種でも、本人の話を傾け、本人の不安の軽減を図り、BPSDの症状は少し落ち着く。

④容態の変化によるアセスメント時(急変時)

本人の排便は良好であったが、認知症の症状は進行し、妻の介護疲れにより、「泊まり」が必要な場面が出てきた。在宅生活を包括的に支援していくため、小規模多機能型居宅介護の利用を検討。導入当初、本人の混乱があったが、徐々に、サービスにも慣れていく。

⑤終結時(死亡・入院・入所)

小規模多機能型居宅介護の「泊まり」を組み合わせるが、妻の体調がよくならず、本人も徐々にADLが低下し、主治医を含めた多職種でカンファレンスを開き、総合的に判断して、認知症高齢者グループホームに入居することとなった。

この事例におけるポイントや課題

- ◆ 認知症本人の不安や不穏な行動の背景を理解するためのきめ細やかな情報共有が必要となった。
- ◆ 家族の介護負担の軽減を図り、どのように、本人・家族の支援をしていくのかを検討していくことが必要と考えられた。

※掲載事例は、実際の事例を本人が特定されないよう加工したものです。

ポイント

- ・病状と療養場所について、本人・家族の意向が確認されている。
- ・家族の負担感に配慮しながら、処遇方針を検討する必要がある。

- ・BPSDを和らげるためのケアの方策について、多職種で確認することが必要である。

- ・家族の負担に配慮しながら、本人・介護家族の意向を確認し、処遇方針を決定していくことが必要である。

- ・生活の場を変える際は、関連する多職種間で、症状や生活状況に関する情報を確認する。

(3) 難病で自宅での一人暮らしを続ける事例

事例概要

- 60歳代後半の男性、要介護5、脊髄小脳変性症・進行性核上性麻痺で病院に通院し(月1回)、アパートに一人暮らし。近居の家族(娘)がいる。
- デイサービス(週4回)に通い、訪問看護(週1回)、訪問介護(朝・夕毎日)を利用。デイサービス以外はベッド上での生活が中心。食事はミキサー食が中心で、排便時などに転倒することが多くなった。
- 排便時などの転倒やむせ込みが悪化し、本人・娘も自宅での療養を希望しており、サービス担当者会議にのぞむ。嚥下・口腔ケア等の対応を改めて確認する。
- 誤嚥性肺炎での入院により体調が悪化し、退院後は吸引も必要となり、半年後に、特別養護老人ホームに入所。

①②カンファレンス時・処遇方針の決定

転倒、むせ込みが悪化したため、サービス担当者会議を開催。病院医師(難病専門医)、病院MSW、ケアマネジャー、ヘルパー、家族(娘)が参加。在宅生活継続に必要な支援等を確認。食事は自力ではむせ込むため、全介助を徹底し、訪問歯科に嚥下テストを依頼、訪問看護を導入するとともに、訪問リハビリを継続することとなる。

③アセスメント・評価時(定時)

嚥下の状態は特に悪化しておらず、咀嚼できるよう義歯を作製する。主疾患の特性から、誤嚥性肺炎の予防に努めるため、訪問看護・訪問歯科を導入し、嚥下機能の口腔リハビリと口腔のケアを行うこととなる。

④容態の変化によるアセスメント時(急変時)

訪問看護・訪問歯科の連携により、誤嚥性肺炎の予防に努めるが、誤嚥性肺炎にて一次入院となる。病院医師が本人・家族の在宅療養の意向を確認。本人の心身の状況から通院が困難となり、主治医(在宅医)からの訪問診療を受けることとなる。

また、今後も誤嚥の可能性が高いため、吸引器を導入する。その後、本人はさらに痩せてきて、むせ込みや痰がらみが増える。

⑤終結時(死亡・入院・入所)

サービス担当者会議を実施。主治医(在宅医)、訪問歯科医、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、家族(娘)が参加。自宅での単身での療養が難しくなり、特別養護老人ホーム入所へ。引き続き、咀嚼・嚥下に対する対応を施設と協議することとなる。

この事例におけるポイントや課題

- ・誤嚥性肺炎で一時入院した際に訪問診療を導入でき、柔軟な対応を図ることができた。
- ・当初、病院に通院し、難病専門医に受診しており、在宅の側の従事者との情報共有に努めることに難しい面があった。

※掲載事例は、実際の事例を本人が特定されないよう加工したものです。

ポイント

・病状と療養場所について、本人・家族の意向が確認されている。

・病状の確認にあたって、難病専門医から、直接情報の提供を受けられるよう留意する。

・脊髄小脳変性症の疾患特性から、誤嚥性肺炎、転倒への予防が重要であり、訪問歯科、訪問リハビリとともに、訪問看護との連携も図られている。

・急変時等の対処方法、連絡体制を確認している。

・病院に受診していたが、通院困難と考えられるときには、訪問診療医の活用も視野に入れる必要がある。

・施設入所時には、多職種間で、情報を確認する。

7. 在宅療養に係る人材養成

(1) 在宅チーム医療を担う地域リーダー研修

チームとして在宅療養患者・家族を支えていくために、在宅医療に係る医療・介護従事者に対して、多職種連携を促進する研修を実施。

〈実施体制〉

運営：川崎市医師会

参加団体：

川崎市病院協会、川崎市歯科医師会、川崎市薬剤師会、
川崎市看護協会、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、神奈川県理学療法士会、
地域包括支援センター、各区保健福祉センター

〈研修プログラム等〉

○年1回、1日コースで開催

○内容

- ・在宅医療の必要性に関する総論
- ・ワークショップに関連する講演
- ・多職種連携ワークショップ 等
(緩和ケア、認知症等のテーマをもとに)

(2) 介護職向け医療・介護連携研修

医療的なニーズの高い利用者に対して、医療的な介入の必要性などを学び、適切に医療職等と連携するための研修を実施。(高齢社会福祉総合センターで運営)

〈研修プログラム等〉

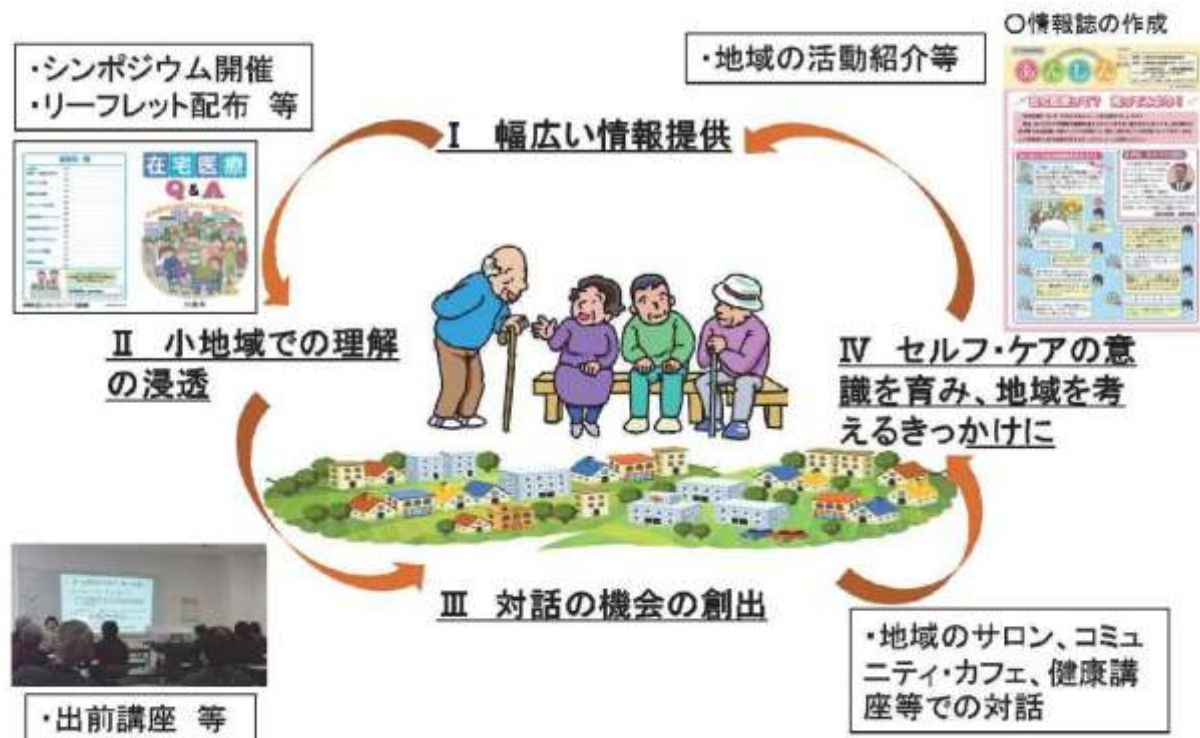
○年1回、半日コースで開催

○内容

- ・介護と医療の連携の必要性
- ・緊急時の対応
- ・高齢者の身体と疾病の特徴 など

8. 市民啓発

医療や介護が必要となっても、本人や家族の状況に応じて、生活の場を選択できるように、在宅医療・ケアについて、市民の選択肢の1つとできるような理解の浸透を図ります。



<具体的な取組>

- ①リーフレット「在宅医療Q&A」の配布
- ②在宅医療市民シンポジウムの開催(年1回)
在宅医療や終末期をテーマとして、関心を持っている市民の理解を深め、人生の最期をどのように迎えるかを考えるきっかけにつなげる。
- ③出前講座の実施
地域単位での在宅医療・ケアの理解の浸透を図り、在宅療養という1つの選択肢について、家族や周りの人と話し合う機会の創出をめざす。
- ④在宅医療情報誌「あんしん」の作成(年2回)

資料編

連携に向けたQ&A

(1)制度・連携関係

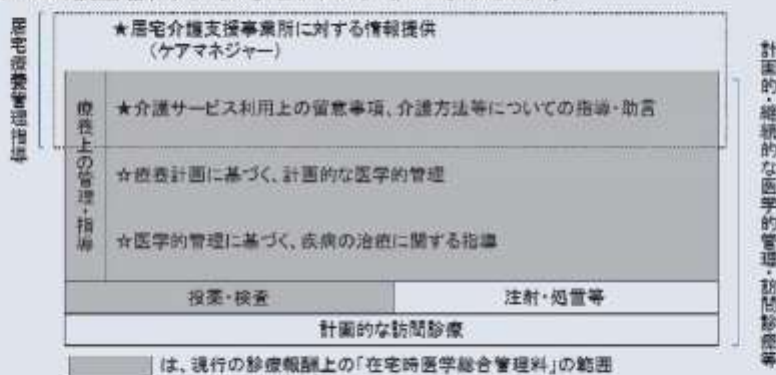
No.	質問項目
1	<p>Q. 脳卒中などで急性期から回復期、さらに維持期に変化する中で、病院入院中から介護認定を受けることが増えてきているが、どの時点で医療保険でのリハビリができなくなるのか？介護保険でのリハビリとの併用はできないのか？</p> <p>A. 医師(他科の医師でも)が個々の患者の状態に応じて医学的に判断するとともに、医師により維持期のリハビリテーションに移行することが適当と判断した時点で、その患者には介護保険サービスが適応となります。</p> <p>しかし、医療から介護へのシームレスな移行として、同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は、医療請求できません。その情報が無いままに医療保険でのリハビリを行っている医療機関があれば、請求点数の返還が求められることとなります。また、平成25年度からは一人の患者の医療保険と介護保険での請求の突合が行われています。</p> <p>ただ、新しい傷病(例えば骨折)が起こったときは、その新しい傷病に対して、医療保険でのリハビリが適用となります。</p>
2	<p>Q. 医師又は歯科医師が行う介護保険の居宅療養管理指導とはどのようなものか？</p> <p>A. 通院が困難な利用者に対し、医師又は歯科医師が居宅(自宅)を訪問し、計画的かつ継続的な医学管理又は歯科医学管理に基づいて、</p> <p>(1)ケアマネジャーに対する居宅サービス計画(ケアプラン)を策定するのに必要な情報提供を利用者の同意を得て行うものに限ります。また、居宅療養管理指導費を請求するには契約書及び重要事項説明書と同意が必要です。</p> <p>(2)利用者または家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護の方法等についての指導、助言を行うサービスです。</p> <p>病院、診療所、薬局は介護保険法第71条第1項により保険医療機関または保険薬局である場合は、介護保険の指定事業所としてみなされます(みなし指定)ので、居宅療養管理指導費算定に際しては、事業所としての届出は必要ありません。またカルテの記載に際しては、訪問診療と別個に行なう必要はありませんが、居宅療養管理指導の部分については、下線や枠囲み等によって他の記載と明確に分ける必要があります。なお情報提供をサービス担当者会議等への参加により行なった場合は、その要点をカルテに記載し、文書により行なった場合は写しを添付して下さい。</p> <p>また、要介護度別に設定されている支給限度額管理の適用外となります。</p>
3	<p>Q. 在宅患者訪問薬剤管理指導料と居宅療養管理指導費との関係は？</p> <p>A. 共に病院や薬局に通院・来局するのが困難な方のために、医師の依頼のもとで、自宅に薬剤師が処方されたお薬をお持ちして、服薬指導等をすることです。</p> <p>介護認定を受けている方は ... 居宅療養管理指導(介護保険適用)</p> <p>介護認定を受けていない方は ... 在宅患者訪問薬剤管理指導(医療保険適用)</p> <p>を受けることとなりますが、指導内容は同じです。</p>

(指導内容)

- ・効能／効果や副作用など、薬の説明
- ・薬についての副作用チェックや飲み合わせチェック
- ・残薬のチェックと共に、保管・管理・処理
- ・薬が飲みにくい場合の工夫・提案
- ・患者の住環境を衛生的に保つための指導・助言 など

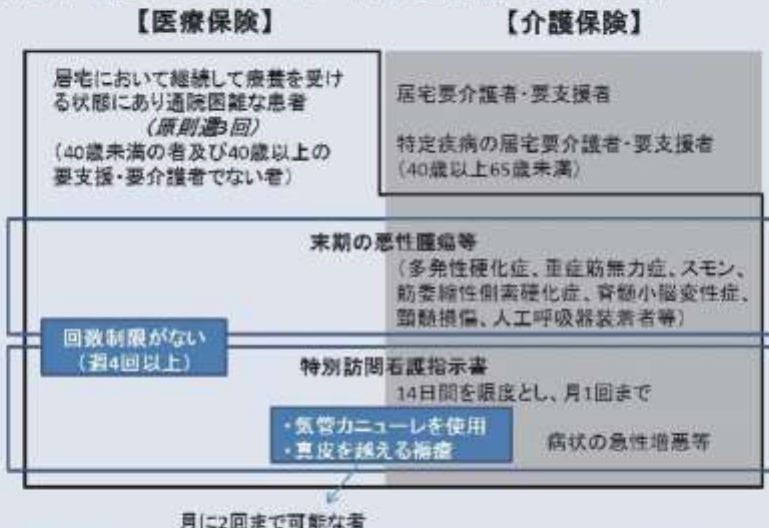
4 Q. 在宅時医学総合管理料と居宅療養管理指導費の関連はどうなっているのか？

A. それぞれの範囲を図示すると次のようになります。



5 Q. 医療保険適用と介護保険適用での訪問看護の違いは？

A. まずは、以下の図をご参照下さい。(厚生労働省資料より)



訪問看護療養費(医療保険)は、要介護被保険者等(要介護等認定を受けている方)である患者については、原則算定できません。ただし、上図にあるように、末期の悪性腫瘍等がある方や、褥瘡でも真皮を超えている場合は『特別訪問看護指示書』という指示が出ると訪問看護の提供は医療保険の対象になります。また、平成26年4月から、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)については、要介護被保険者等である患者についても医療保険の対象となりました。

主治医の指示があって初めて訪問看護が利用できるのも、主治医とよくご相談の上、医療保険適用なのか介護保険適用なのかをご確認下さい。

(2) 医療機関関係

No.	質問項目
6	<p>Q かかりつけ医に連絡したいが、いつ・どのような方法で連絡したらよいか？</p> <p>A 川崎市ホームページの「かわさきのお医者さん」検索システムを利用すると、各医療機関の診察時間の情報が得られます。緊急時以外は、診察時間内を基本として、その前後に連絡を入れるようにしましょう。</p> <p>まずは、診療所(病院)の受付、看護師、メディカル・ソーシャルワーカーなどに電話を入れてから、FAXを送ると良いでしょう。また、川崎市在宅療養推進協議会では、『医療と介護との連携連絡票(P32参照)』を作成しています。</p>
7	<p>Q 病院勤務医が主治医の場合の連絡の取り方はどうすればよいか？</p> <p>A 病院に相談室が設置されている場合はメディカル・ソーシャルワーカーなどに連絡を取り、設置されていない場合は医事課等に連絡し、主治医に連絡をとらなければならない理由を説明し、主治医との調整を依頼します。</p>
8	<p>Q 訪問診療が必要と思われる場合の探し方、依頼の方法はどうすればよいか？</p> <p>A かかりつけ医がいる場合には、まず、かかりつけ医に相談して下さい。かかりつけ医が往診や訪問診療を実施していない場合には、かかりつけ医が紹介又は、各区分在宅療養調整医師との調整により紹介します。かかりつけ医がいない場合は、地域包括支援センターなどの相談機関に、「川崎市医療資源ガイドブック」を配布しているので、医療・介護等の相談窓口で、患者・家族に情報提供を行うことができます。</p>
9	<p>Q 患者の体調が急変した場合に、緊急に主治医に連絡を取りたい場合にはどうすればよいか？</p> <p>A 緊急時の対応方法を可能な限りあらかじめ決めておきましょう。連絡を取る際は、医療機関に連絡をして、緊急の相談・連絡であることを説明し、医師への取り次ぎを依頼するようにします。</p> <p>訪問看護を利用している場合には、看護職などの医療関係者に連絡・相談することも検討しましょう。</p>

(3) 歯科医師関係

No.	質問項目
10	<p>Q 訪問歯科診療を希望する場合はどうすればよいか？</p> <p>A かかりつけ歯科医がいる場合には、訪問診療が可能か相談して下さい。訪問診療ができない場合やかかりつけ歯科医がいない場合は、川崎市歯科医師会が設置する「在宅歯科医療地域連携室」(Tel 0120-390-418; 月～金 9:00～16:00)に連絡して下さい。</p>
11	<p>Q 治療が必要か診てもらっただけ、又は相談だけでも訪問してもらえるか？</p> <p>A 在宅での歯科の健診やお口の相談だけでも行っていますので連絡して下さい。</p>

12	<p>Q. 入れ歯の調整、歯磨きや口腔ケアの衛生指導だけでも来てもらえるか？</p> <p>A. 入れ歯の調整や口腔ケアなどの口腔衛生指導も行います。機能的口腔ケアで口腔機能が維持・向上することで誤嚥性肺炎はもちろん経口摂取やQOLの向上においてとても大切です。</p>
13	<p>Q. 治療費については？</p> <p>A. 歯科治療などは医療保険での扱いとなります。 介護方法等についての指導や助言に関わるものは、介護保険での扱いとなります。介護保険には、通院が困難な利用者に対し、歯科医師や歯科衛生士が利用者宅を訪問して行う居宅療養管理指導があります。</p>
14	<p>Q. 認知症があり、口を開けてくれないとか、拒否したりする場合も大丈夫でしょうか？</p> <p>A. 治療をすぐに開始できない場合には、治療を行うための準備からアプローチを行うこともあります。例えば、顎関節症や筋の拘縮などにより、開口ができない場合には、それに対処する必要があります。 以前に口腔のケアの際に、痛い思いをされたことにより、口を開けてくれない場合には、歯科衛生士による柔らか目の歯ブラシを用いた丁寧なブラッシングを行う、脳卒中などにより、口腔粘膜が過敏となっている場合には、脱感作を行うなど、回数をかけて対応を行うこともあります。 認知症が進行すると、歯科治療や専門的な口腔のケアがますます難しくなってくることから、できるだけ軽易なうちから、かかりつけ歯科医とかかわりを持つことが必要と考えられます。簡単な口腔のケアでも専門的なアプローチが必要ですので、まずは、ご相談下さい。</p>

(4) 薬剤師関係

No.	質問項目
15	<p>Q. 薬剤師による在宅訪問服薬指導とはどういうものか？</p> <p>A. 通院が困難で、居宅で療養しており、在宅での服薬指導が必要な患者に対して、医師、歯科医師の指示の下、薬剤師が調剤した薬を持って、服薬指導等を行うものです。要介護認定を受けていないことが前提で、要介護認定を受けている際には、介護報酬の居宅療養管理指導となります。指導内容は、同様で、月4回まで算定が可能です(例外あり)。</p>
16	<p>Q. 在宅訪問服薬指導を希望する場合はどうすればよいか？</p> <p>A. かかりつけ薬局がある場合には、訪問服薬指導が可能か相談して下さい。訪問薬剤指導ができない場合やかかりつけ薬局がない場合は、地域包括支援センターなどの相談機関に、「川崎市医療資源ガイドブック」を配布しているので、医療・介護等の相談窓口で、患者・家族に、薬局の取組状況について、情報提供を行うことができます。</p>

- 17 Q. 認知症があり、複数の医療機関に通院中であるが、どの薬がどの医療機関のものかわからなくなり、服薬状況がかなり悪い状況であるが、どうしたらよいか？
- A. 薬剤師が、服用薬の重複や相互作用・併用禁忌などに留意しながら薬の整理・管理をしますので、かかりつけ薬局などにご相談下さい。
- 18 Q. 薬剤師に医療材料や衛生材料も届けてもらえるのか？
- A. 薬局での保険処方せんに基づいて、注射針などの特定保険医療材料は交付出来ます。処方せんに基づかない医療材料の供給については、血糖測定器などの高度管理医療機器以外は販売出来ますが、高度管理医療機器については、販売許可が必要です。衛生材料もお届け出来ますが店頭販売価格になります。
- 19 Q. 患者宅で使用しなくなった麻薬が残っているが、どのように処分すればよいか？
- A. 患者宅から調剤済み麻薬の返却処分の依頼を受けた場合には、薬剤師等複数人立ち合いの上、廃棄処分し、調剤済麻薬廃棄届を都道府県知事に、薬局が提出することになります。お薬を受け取られたら、かかりつけ薬局にご相談下さい。

(5) 訪問看護ステーション関係

No.	質問項目
20	Q. 訪問看護を希望する場合はどうすればよいか？ A. 利用にあたっては、かかりつけ医、病院メディカルソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどにご相談下さい。また、気軽に訪問看護ステーションにお問い合わせ下さい。
21	Q. 現在、入院中であるが、退院前に病院に来てもらい相談することはできるか？ A. 事前に連絡があれば、訪問看護師等がケアマネジャーなどと連絡のうえ、退院に必要な調整を行うこともできます。
22	Q. 訪問看護の対象に制限はあるか？ A. ありません。乳幼児から高齢者までのあらゆる方が対象になります。

(6) ケアマネジャー関係

No.	質問項目
23	Q. 利用者がかかりつけ医以外の他科受診の際、どのような連携をとればよいか？ A. 他科受診の必要な状況を把握した際に、まずは、かかりつけ医にご相談下さい。他科受診結果、必要な支援が追加になった場合も、同様にかかりつけ医にまずご相談下さい。

- 24 Q. ケアマネジャーが自分(医師)の患者にどのようなプランを作っているのか知りたいが、誰が担当のケアマネジャーかわからないときは、どうしたらよいか？
- A. まず、本人・ご家族に確認してください。本人やご家族に聞いても分からない場合、本人やご家族の同意を得て、介護保険被保険者証を確認して下さい。被保険者証の居宅介護支援事業所欄に、担当する居宅介護支援事業者の名称が記載されていますので、事業所に連絡を取って担当のケアマネジャーを確認して下さい。主治医意見書を記入している場合は、「特記すべき事項」の欄に『情報開示希望』有にチェックをすれば、本人や家族の同意を得て、居宅介護支援事業者名を区役所・支所からお知らせします。
- 25 Q. 居宅療養管理指導を行う際に、医師からケアマネジャーにどのように情報提供をすればよいか？
- A. ケアプランの策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことが基本です。会議への参加が困難な場合は、文書等で情報提供を行って下さい。
- 26 Q. かかりつけ医がいるが、専門医(認知症等)の受診が必要と思われる場合は、担当ケアマネジャーとしてどうすればよいか？
- A. 他の医療機関を受診させたいときは、必ずかかりつけ医に連絡を取ってください。担当ケアマネジャーとして、専門医の受診が必要だと判断した理由なども明確にして、かかりつけ医と十分に相談して下さい。
かかりつけ医が専門医の受診が必要と判断すれば、専門医療機関に紹介します。専門医療機関受診には、かかりつけ医の紹介状(診療情報提供書)が必要です。
- 27 Q. 急性期あるいは回復期リハビリを行っている病院から、通所リハビリあるいは在宅での訪問リハビリを含む対応が必要との依頼があった。どのようなことに気をつければよいか？
- A. 利用者のかかりつけ医が内科医のみではないことがあります。すでに医療保険でのリハビリを病院以外の医療機関で受けていた、あるいは受けているかを確認し、該当の医療機関があった場合は、その医療機関と連絡をとって下さい。その上で、ケアプランを作成して下さい。

多職種連携のための連絡票等

※様式類については、川崎市役所ホームページをご参照ください。

(「在宅医療・介護の連携の推進」で検索してください。)

<http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000063515.html>

【川崎市在宅療養連携ノート】

在宅医療・介護従事者間の情報共有を図るため、在宅療養患者宅に置いて、従事者間及び本人・家族との情報共有につなげることを目的としています。

※活用に向けましては、川崎市在宅療養推進協議会において、以下のようなガイドラインを定めています。



【記載事項】

- ・基本情報
- ・医療情報
- ・歯科情報
- ・嚥下連絡票
- ・検査結果
- ・薬剤情報
- ・看護情報
- ・週間サービス計画表
- ・リビング・ウィル
- ・連絡ページ

川崎市在宅療養連携ノートの活用に関するガイドライン

- 多職種間で情報を共有することを主な目的としているため、最低限、在宅医、訪問看護師、介護支援専門員が係わる患者を対象とします。
- 連携ノートの趣旨に則り、患者に係っている多職種の誰から発議してもよいです。
- 在宅医療を基本とした取組なので、導入の決定は、患者に係っている多職種で協議をして、在宅医が行うこととします。
- 連携ノートについての患者・家族への説明については、在宅医または、サービス導入時(ケアプラン変更時)に介護支援専門員が行うこととします。

専門職向け認知症ケアパス

軽度認知障害 (MCI)

- 物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成など日常生活はほぼ自立している。
- 本人が自分の行動で「あれ」と気づくことがある。

軽度

- 原因疾患にともない、認知機能が低下して発症。
- 物忘れはあるが、日常生活に大きな障害はみられない。

医療

- MCIの診断、これから日常生活で気を付けるべきことなどのアドバイス【かかりつけ医、認知症専門医、認知症サポート医、病院（精神科、神経内科、脳神経科、老年科、もの忘れ外来、認知症外来など）、認知症疾患医療センターなど】

医療

- 認知症の診断・治療【左記の医療機関、訪問診療など】
- 服薬支援【薬剤師、訪問看護、訪問介護】
- 入れ歯の調整【歯科医】
- 認知症訪問支援チームによる訪問支援【区役所保健福祉センター（平成30年度から全区で実施）】



物忘れの自覚

認知症発症



中核症状（記憶障害、見当識障害、失語・失行・失認・実行機能障害、人格の障害など）

相談・家族支援

- 認知症に関する学習、介護経験者への相談【認知症サポーター養成講座、認知症高齢者介護教室、認知症コールセンター「サポートほっと」】

介護・進行予防

- 体力に応じた運動・リハビリ、コグニサイズなど【いこい元気広場、高齢者も通っているスポーツジム】

就労

- 職場に事情を説明し、配慮を依頼

社会参加

- ボランティア活動【ボランティアセンター（川崎市社会福祉協議会）】
- 地域の人たちとの交流【サロン、ミニデイサービス、老人福祉センター、地域の一人暮らし老人会食会など】

権利擁護

- 任意後見制度【公証役場】

相談

- 医療・介護・福祉などの相談【地域包括支援センター、区役所保健福祉センター、ケアマネジャー（介護支援専門員）、民生委員、まちかど介護相談窓口】

家族支援

- 介護経験者への相談、家族会活動への参加【認知症コールセンター「サポートほっと」、川崎市認知症ネットワーク、認知症の人と家族の会、介護サービス事業所の家族会】
- 家族の息抜き・休息（レスパイト）【短期入所、認知症対応型通所介護】

社会参加

- 家以外の居場所【認知症カフェ、サロン、ミニデイサービス、老人福祉センター、地域の一人暮らし老人会食会等】
- 簡単な仕事・役割【認知症対応型通所介護（デイサービス）、その他認知症の人と関わる介護サービス事業所、老人クラブ、サロン、ボランティアセンター、生涯学習活動】

介護

- 介護保険の認定申請、ケアマネジャーの決定【区役所保健福祉センター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所】
- 在宅系の介護保険サービス【訪問介護、（認知症）デイ、看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護】

権利擁護

- 日常生活自立支援事業、成年後見制度、クーリングオフなど【家庭裁判所（成年後見制度の申立て）、区役所保健福祉センター、地域包括支援センター、川崎市あんしんセンター、消費者行政センター】

介護・進行予防

- 柔軟体操、ストレッチ、パワーリハビリテーション、音楽療法など【介護予防サービス、通所介護、いこい元気広場、高齢者も通っているスポーツジム】

就労

- 就労に関する相談（認知症の診断後）【就労援助センター】

緊急時支援

- 自動車免許の返納【警察】



中等度

- 身体的・心理的要因に加えて、周囲の環境などの様々な増悪因子により、認知症の行動・心理症状（BPSD）が起こる。

重度

- 認知症が進行し、日常生活活動が大きく障害され、合併症などを併発して、寝たきり状態となる。

医療

- 専門医療機関の受診【認知症専門医、精神科、認知症疾患医療センター】
- 心理相談、誤嚥性肺炎の予防に関する説明と具体的な対応方法の指導、服薬管理の指導など【かかりつけ医、認知症サポート医、在宅療養支援診療所、歯科医、歯科衛生士、看護師、薬剤師】
- 看護師の訪問や24時間対応の柔軟なケア、転倒骨折など機能を低下させないためのリハビリテーションなど【訪問看護、24時間対応型訪問介護・看護、看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、訪問リハビリテーション】
- 口腔ケア【歯科医、歯科衛生士、区役所保健福祉センター主催の口腔ケアに関する研修】

医療・看護

- 薬を飲みやすくする【薬剤師、かかりつけ医】
- 拘縮・感染症・褥瘡などの防止【訪問リハビリテーション、訪問看護、24時間対応型訪問介護・看護、看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、訪問診療】
- 看取りの時期には、医師が家族に亡くなる前段階にどのような特徴が現れるのか等をわかりやすく説明する。【在宅医】

中核症状の増悪

- 身体的要因（脱水、電解質異常、疼痛、発熱、薬物の副作用など）
- 心理的要因（不安、恐怖、自尊心の低下など）
- 社会的要因（孤独、介護者の不在）
- 環境要因（不快な刺激、生活環境の変化など）

BPSD（不安、うつ状態、異食、せん妄、徘徊・多動、幻覚・妄想、興奮・暴力など）

さらなる中核症状の増悪

コミュニケーション困難

意欲低下・無関心

転倒、寝たきり状態

相談

- 介護に関する相談【ケアマネジャー】

介護

- 在宅系の介護保険サービス、身体機能の維持・向上【訪問介護、認知症対応型通所介護、看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、24時間対応型訪問介護・看護】
- 住宅改修、福祉用具【区役所保健福祉センター】
- 介護施設・医療施設への入所・入院【特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、介護療養型医療施設、認知症治療病棟】

緊急時支援

- いわゆる「徘徊」への対応【徘徊高齢者等SOSネットワーク事業、徘徊高齢者発見システム事業】

相談

- 介護に関する相談【ケアマネジャー】

介護

- 口腔ケア、誤嚥の防止【歯科衛生士、管理栄養士、訪問介護、訪問看護、24時間対応型訪問介護・看護、看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護】

医療と介護との連携連絡票

平成 年 月 日

あて先	関係機関等の名称及び所在地	発信元	関係機関等の名称及び所在地
	電話番号 — —		電話番号 — —
	FAX番号 — —		FAX番号 — —
	職 名		職 名
	氏 名 (あて)		氏 名 (発信)

日ごろから大変お世話になっております。下記の件について、連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等について、FAXにて返信をお願い申し上げます。

なお、この照会を行うこと及び情報提供いただくことについては、

ご本人の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日

ご本人の心身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。

利用者	氏 名		介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中
	住 所	区 町	()歳	男 ・ 女
利用者の照会・相談内容等	件名			
	<input type="checkbox"/> 至急の要件なので、改めて電話にて連絡します <input type="checkbox"/> ご返信ください <input type="checkbox"/> 返信は不要なのでご確認ください <input type="checkbox"/> その他()			
	担当者 職氏名			

※個人情報の取り扱いには、十分にご留意ください。

連絡方法等並びに回答書(返信)

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (月 日 時頃お出でください)			
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (月 日 時頃電話をください)			
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> 特記事項 ()			
【回答・助言等】 <div style="text-align: right;">平成 年 月 日 職氏名</div>				

平成28年11月策定 川崎市在宅療養推進協議会

【居宅介護サービス提供(新規・変更)依頼書】

【様式①】

依頼日: 年 月 日

つぎのとおり、利用者の方から利用希望がありましたので、サービスの提供についてよろしくお願いたします。

利用者	ふりがな							性別	□男 ・ □女	
	氏名							生年月日	□明・□大・□昭 年 月 日 ()歳	
	住所	〒 川崎市 区						電話	()	
連絡先	主介護者	〒 住所 氏名					続柄()	電話	自宅: その他(携帯等):	
	その他 連絡先等	氏名					続柄()	電話	自宅: その他(携帯等):	
	その他 連絡先等	氏名					続柄()	電話	自宅: その他(携帯等):	
保険情報	被保険者番号							保険者番号		
	要介護認定	要支援 1・2		要介護(1 2 3 4 5)			申請中(申請日:平成 年 月 日)			
	認定日	平成 年 月 日		有効期間	平成 年 月 日~平成 年 月 日					
その他	生活保護	有 無	身障手帳	無 有 (種 級) 障害状況()						
	減免	有 無	(減免制度名:)							
サービス	希望曜日	希望時間	希望種別	利用目的						
訪問介護		~	身体 生活							
		~	身体 生活							
		~	身体 生活							
訪問入浴		~								
訪問看護		~	医療処置・リハビリ・保清・指導 その他()							
通所介護		~	入浴 社会交流 外出の機会 日常動作訓練 認知症予防 リハビリ 医療処置							
通所リハ		~	その他()							
		~								
サービス	種別	入所希望日	退所希望日	送迎希望	利用目的					
短期入所	生活・療養	/ ~ /	/	迎・送						
	生活・療養	/ ~ /	/	迎・送						
事業所	事業所名							事業所番号		
	住所									
	電話	()				FAX	()			
	担当 マネージャー							メールアドレス		

川崎市介護支援専門員連絡会 20110929

【サービス利用者状況】

【様式②】

利用者氏名											
		記入日: 年 月 日									
家族構成 成 因	* 住環境・社会的背景等 キーパーソン: (続柄) 主介護者: (続柄)										
	世帯状況		一人暮らし・高齢者世帯・日中独居・その他()								
利 用 者 の 状 況	医 療 情 報	主疾患		既往歴							
		感染症									
		医療機関		担当医師		電話		()			
		医療機関		担当医師		電話		()			
	特別な医療等		点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスビレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和濃度) 褥瘡の処置 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) インシュリン自己注射								
	【特記事項】 内服薬等										
	寝たきり度		自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2								
	認知症自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M								
	A D L 状 況	会 話		良 ・ あいまい ・ 不良							
		移 動		自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助							
方 法		屋 内		独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他							
		屋 外		独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他							
食 事		自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助									
形 態		主 食		常食 ・ おにぎり ・ 粥食 ・ ミキサー食							
		副 食		常食 ・ 刻み食 ・ ミキサー食 トロミ付き							
清 潔		自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助									
排 泄		自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助									
方 法		日 中		トイレ・PTイレ・オムツ・尿器・カテーテル等							
	夜 間		トイレ・PTイレ・オムツ・尿器・カテーテル等								
更 衣		自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助									
【特記事項】 認知症の周辺症状・ 経済的側面など 留意する点											
居宅介護 支援事業所										拒 当 ケアマネジャー	

川崎市介護支援専門員連絡会 20110929

川崎市在宅療養推進協議会委員名簿

平成28年12月1日現在

	所属	役職等	氏名(敬称略)
1	川崎市医師会	副会長	村山 均
2		理事(オブザーバー)	関口 博仁
3		理事	染谷 貴志
4		中原区在宅療養調整医師	児玉 文雄
5	川崎市病院協会	理事	菅 泰博
6	川崎市歯科医師会	理事	吉永 寛
7		地域医療部会副委員長	石井 孝一
8	川崎市薬剤師会	理事	渡辺 陸子
9		理事	宇井 敬
10	川崎市看護協会	常務理事	原田 美根子
11		在宅医療サポートセンター	須藤 みちよ
12	川崎市介護支援専門員連絡会	副会長	出口 智子
13		医療連携部会員	金長 雄二
14	神奈川県医療ソーシャルワーカー協会	理事	小泉 嘉子
15		理事	原田 英樹
16	神奈川県理学療法士会	副会長	炭 孝昭
17	地域包括支援センター	幸風苑地域包括支援センター長	常盤 秀樹
18		大島中島地域包括支援センター長	工藤 優二

(事務局) 川崎市医師会、川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室

【症例検討ワーキンググループ】

	所属	役職等	氏名(敬称略)
1	川崎市医師会	理事	染谷 貴志
2		理事(オブザーバー)	関口 博仁
3	川崎市歯科医師会	地域医療部会副委員長	石井 孝一
4	川崎市薬剤師会	理事	渡辺 陸子
5	川崎市看護協会	在宅医療サポートセンター	須藤 みちよ
6	川崎市介護支援専門員連絡会	副会長	出口 智子
7	神奈川県医療ソーシャルワーカー協会	理事	小泉 嘉子
8		理事	原田 英樹
9	地域包括支援センター	大島中島地域包括支援センター長	工藤 優二

(事務局) 川崎市医師会、川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室

川崎市在宅医療・介護多職種連携マニュアル(Ver.1)

発行年 平成29年1月

発行者 公益社団法人 川崎市医師会
川崎市川崎区宮前町8番3号
TEL 044-222-2110 FAX 044-233-8802

川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室(医療・介護連携担当)
川崎市川崎区宮本町1番地
TEL 044-200-3801 FAX 044-200-3926
<http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000063515.html>

監修 川崎市在宅療養推進協議会