

VOL. 2 (VER. 3.1)

2019.10.24

こころとこころをつなぐ

寝屋川市在宅医療・介護連携のてびき

寝屋川市在宅医療・介護連携ワーキンググループ

こころとこころをつなぐ

寝屋川市在宅医療・介護連携のてびき

【目次】

第1部 マニュアル P.1～P.10

1. 寝屋川市入退院連携シートの基本的な考え方 P.1

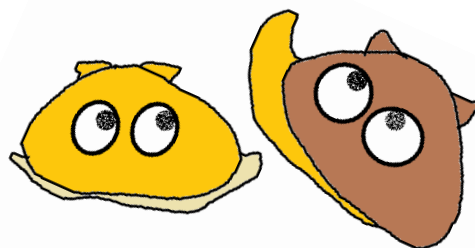
- (1) はじめに
- (2) 理念・目的
- (3) 評価と改定

2. 運用マニュアル P.1～P.3

- (1) 運用上の基本姿勢
- (2) 使用場面
- (3) 窓口
- (4) 記入者
- (5) 個人情報の取り扱い
- (6) 書類の管理
- (7) 診療報酬・介護報酬
- (8) サービス担当者会議について

※ フロー図 P.4

※ 記入方法 P.5～P.10



第2部 マナー集 P. 11～P. 16

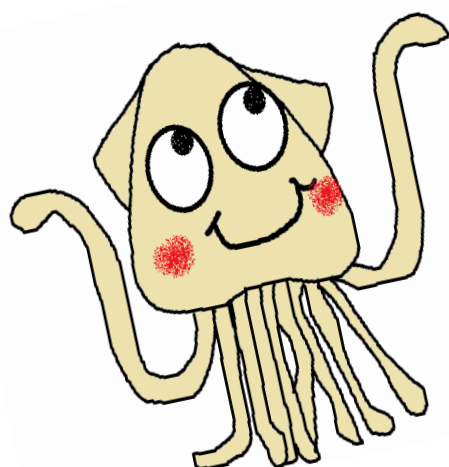
- | | |
|-------------------|-------|
| 1. 基本的な多職種連携のマナー | P. 12 |
| 2. 入退院時の多職種連携のマナー | P. 14 |
| 3. 在宅での多職種連携のマナー | P. 16 |

第3部 資料 P. 17～P. 25

- | | |
|------------------------------|-----------|
| ○ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 | P18 |
| ○ 在宅療養における「医師」「歯科医師」「薬剤師」の役割 | P. 19～P24 |
| ○ 「寝屋川市入退院連携シート」窓口 | P. 25 |
| ○ 参考文献 | P. 26 |

おわりに

- 在宅医療・介護連携推進ワーキンググループ名簿
- 問い合わせ先
- おわりに



1. 寝屋川市入退院連携シートの基本的な考え方

(1) はじめに

超高齢社会に突入し 2025 年が近づく中で、2018 年度の診療報酬、介護報酬の同時改定が行われました。病院以外の療養の場所、看取りの場所として、在宅という選択肢が大きくクローズアップされています。住み慣れた地域で最期まで暮らせるまちづくり（地域包括ケアシステム）の中で環境というハード面の構築と同時に、医療、介護の社会資源の在り方も問われています。利用者（患者）の望む最期のために、継続的な切れ目のない支援は非常に重要であり、その中で在宅医療・介護の連携は欠かせない要素の一つとなります。お互いに顔の見える関係の中で、それぞれの立場や制度を理解しながら対等に意見を出し合い、支援に繋げていくためのツールとして、寝屋川市入退院連携シートを作成しました。

(2) 理念・目的

寝屋川市入退院連携シートは、疾患を抱えた高齢者がその人らしく生きていくため、病院と在宅における切れ目のない連携体制を構築するために活用し、情報の共有により関係者間の連携や、その前提としての相互理解も深まり、医療、介護をより適切に且つ、効果的に提供していくことを目的とします。

(3) 評価と改定

寝屋川市在宅医療・介護連携ワーキンググループにて運用開始半年、1 年後に評価。以降課題の抽出の都度、改定を行っていきます。

2. 運用マニュアル

(1) 運用上の基本姿勢

2018 年 3 月に大阪府が「大阪府入退院支援の手引き」を作成しています。今回の改正の「入退院時の連携」についてのマニュアルとなっており、その中にも掲載されていますが、入院時情報提供書、退院・退所情報記録書はケアマネジャーが情報収集し、課題整理と立案のためのアセスメントを行うことになっています。（「大阪府入退院支援の手引き」はダウンロードできます。「大阪府入退院支援の手引き」で検索してみてください。）

今回、この連携シートにおいては、入院前はケアマネジャーが記入、退院時には病棟など病院側で記入してもらうようにしています。

入退院連携は、退院後に在宅での計画を作り始めるのではなく、退院前、多職種による、多角的な視点でプランを検討し、本人が望む生活を作り上げることが必要です。

医師や看護師とのコミュニケーションを苦手としているケアマネジャーが多い中、国の示したシートの参考例にあるような情報をケアマネジャー自身が集めることは難しく、ケアマネジャー自身のアセスメント能力が高く、入院期間の状況や予後予測を的確につかむことができなければ可能ですが、負担が大きくなってしまいます。

一方、従来の医療側からの情報は「治療」の視点が主で、退院後の計画立案に必要な情報が少ないことも多いのも現状です。

切れ目のない連携体制のためには、入退院前後で状態がどこまで変化し、支援をどのように変化させることが望ましいかをアセスメントできることが重要となってきます。

このシートは国の基準様式よりも詳しい選択肢を用意しました。ケアマネジャーの知識や専門性もそれぞれなので、一定の理解と考察ができるよう、具体的な内容にしています。

また、シートの受け渡しケアマネジャーの病院へ行く目的にもなり、医療側との顔の見える関係の構築につながり、支援計画がタイムロスなく退院後すぐに実施されることによる切れ目のない連携を目指しています。

（２）使用場面

「在宅（住宅型の施設含む）から病院に入院し、在宅へ帰っていく」場面。

Ver. 3.1 では１往復を想定して作成しています。

（３）窓口

* 別紙 参照

（４）記入者

表面はケアマネジャー記入

裏面半分（詳細は記入マニュアル参照）は病院（病棟）記入

* 3. 記入方法 参照

（５）個人情報の取り扱い

個人情報であり、漏洩のリスク軽減及び連携推進の観点から手渡しを原則とします。

（６）書類の管理

在宅から入院し、同じ療養場所へ帰ってくる場合には、ケアマネジャーに保管責任があります。なんらかの理由で在宅へ帰ることができなかった場合は、病院で保管をお願いします。

（７）診療報酬・介護報酬

平成 30 年度の診療報酬と、介護報酬の改定は住み慣れた地域で最期まで生き生きと生活できるような仕組み作りのために医療と介護の連携に関する改正が多くなっています。

病院から在宅へ、在宅から病院へという医療と介護の連携の加算が新設、変更となっています。

ケアマネジャーは、医療側との情報の共有と適切なアセスメントと介護計画の立案、病院は在宅での療養の視点を持ちケアしていくことが大切です。

（８）サービス担当者会議について

サービス担当者会議については、寝屋川市指定居宅介護支援事業者の指定並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例で、

第 16 条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

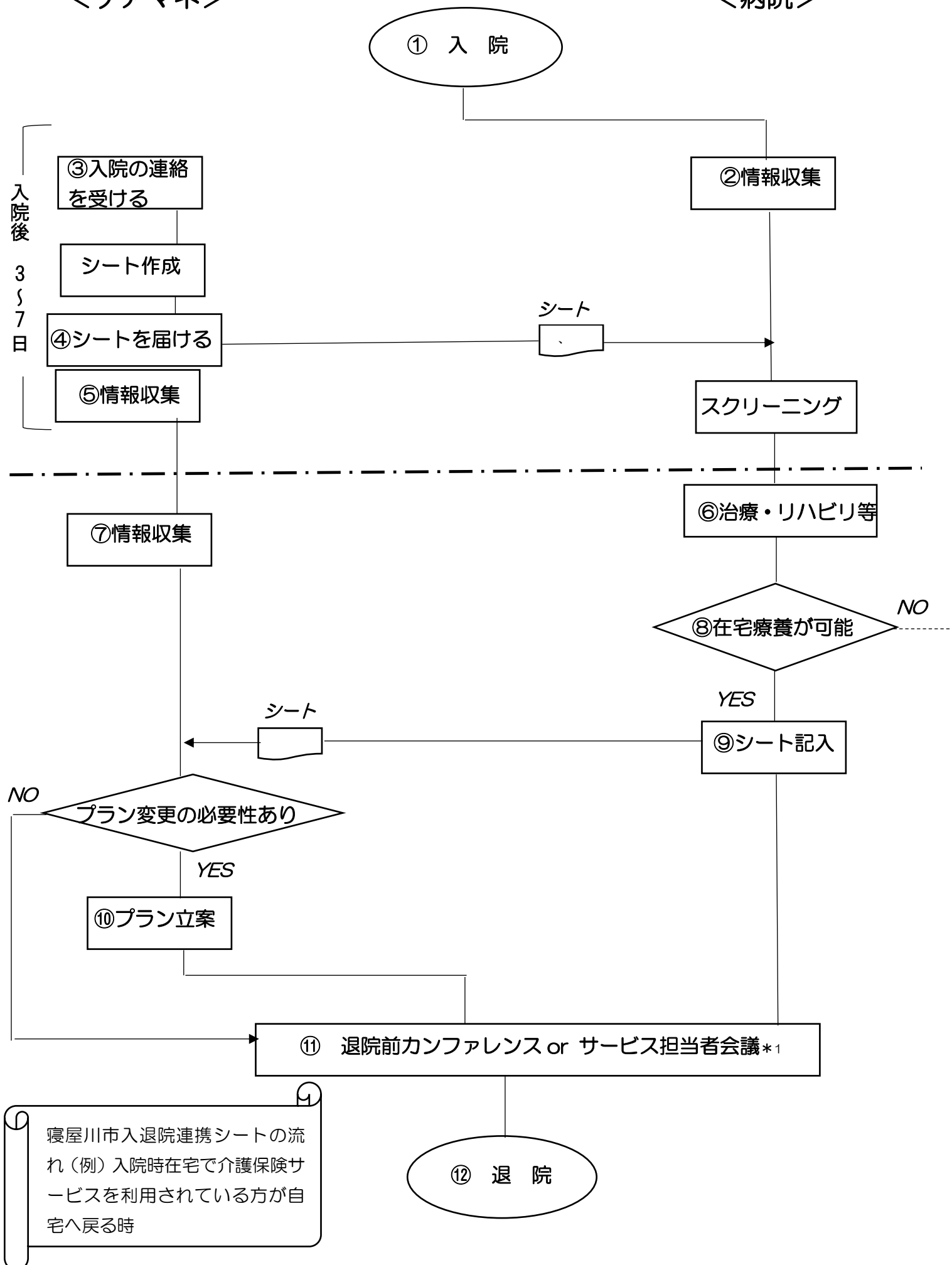
（９） 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下「担当者」という。）を招集して行う会議をいう。）の開催により、利用者の状況に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勧告して必要と認める場合その他のやむを得ない理由（開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合などが想定される。（通知：第 2 の 3（7）⑨））がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

上記の通り、定められており場所は明記されていません。適切な場所で実施する必要があります。

退院後自宅へ帰ることになっていて、自宅療養において、ケアプランの見直しの必要があり、病院や在宅療養、介護にかかわる多職種の専門的な意見を聞き、支援を検討し、介護計画の原案を共有、合意形成する機会であれば担当者会議は病院で行ってもかまいません。

<ケアマネ>

<病院>



介護 ← → 医療 寝屋川市入退院連携シート		① 入院 年 月 日		② 退院・転院 年 月 日	
担当事業所名 担当者 氏名 連絡先		③ 【ケアマネジャー】受渡し日 年 月 日 TEL FAX			
④ 氏名		⑤ 生年月日		⑥ 年齢	
⑦ 住所 TEL		⑪ 要介護度		申請中（新規・更新・変更） 申請日 月 日 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定期間（ ～ ）	
⑧ <キーパーソン> (続柄) TEL		⑫ 感染症		なし /HCV,HBs,梅毒,疥癬/ 不明	
⑨ 緊急連絡先 TEL		⑬ かかりつけ 歯科医		TEL	
⑩ かかりつけ 医療機関 TEL		⑭ かかりつけ薬局		TEL	
⑪ 主治医		⑮ 診察方法		☐ 通院（付き添い 要・不要） ☐ 訪問診療 回/月	
【家族構成】 （キーパーソンに○をつけてください）		⑯ 手帳等 身体障害者手帳：なし・あり（ ） 精神障害者手帳：なし・あり（ ） 療育手帳：なし・あり（ ） その他手帳（ ） 特定疾患（ ） 生活保護：受給なし・あり		⑰ 家屋状況 一戸建て・マンション・アパート（1階・2階以上） エレベーター あり・なし 住宅改修 済・未 （内容： ）	
⑱ 入院前の自宅での生活の様子		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 自立 / I / II / III / IV / M みられる症状 行動等		⑲ 薬の管理/アレルギー等 自己管理/一部介助 見守り/全介助 一包化：あり なし 粉碎：あり なし 内服時の注意 （ ） お薬手帳：あり なし アレルギー：あり なし 内容 （ ）	
⑳ 本人の生活に関する意向					
㉑ 家族の生活に関する意向					

※ 原則手渡しをお願いします。諸事情によりFAX等される場合はあらかじめ先方に連絡をしてください。
 ※ 介護保険をご利用の方は、連携サービス計画表を添付してください。入院時、退院時、処方はお薬手帳を確認ください。

		⑭ 自宅での状況/入院（転院）前の状況 ※なるべく直近の状況をご記入ください		⑮ 退院時の状況 ※病院側がご記入ください			
		状況確認日 年 月 日		記入日 年 月 日 病棟			
				担当者			
⑯ 栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助		自立・見守り・一部介助・全介助			
	形態	主食：普通・粥・ペースト 副食：普通・刻み・ソフト・ペースト とろみ： なし あり（ ） 食欲： 1 2 3 4 5 （不振） （普通） （旺盛）		主食：普通・粥・ペースト 副食：普通・刻み・ソフト・ペースト とろみ： なし あり（ ） 食欲： 1 2 3 4 5 （不振） （普通） （旺盛）			
	方法	経口・経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう）・輸液 嚥下：良・不良 咀嚼状況：良・不良 体重： kg（計測日・不明） 身長： cm（計測日・不明） 体重の増減 なし・あり（ ） （+・- kg）		経口・経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう）・輸液 嚥下：良・不良 咀嚼状況：良・不良 体重： kg（計測日・不明） 身長： cm（計測日・不明） 体重の増減 なし・あり（ ） （+・- kg）			
⑰ 排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助 尿意： ある なし		自立・見守り・一部介助・全介助 尿意： ある なし			
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助 便意： ある なし 最終排便日：		自立・見守り・一部介助・全介助 便意： ある なし 最終排便日：			
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ カテーテル等（尿道 膀胱ろう 腎ろう） 導尿： 時間ごと 排便： 回/週		トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ カテーテル等（尿道 膀胱ろう 腎ろう） 導尿： 時間ごと 排便： 回/週			
⑱ 入浴	清潔	自立・一部介助・全介助・行っていない 入浴頻度 回/週 最終入浴日 /		自立・一部介助・全介助・行っていない 入浴頻度 回/週 最終入浴日 /			
	方法	一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭 更衣： 自立・一部介助・全介助		一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭 更衣： 自立・一部介助・全介助			
⑲ 移動	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助		自立・見守り・一部介助・全介助			
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		自立・見守り・一部介助・全介助			
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車いす ストレッチャー 麻痺：なし・あり（右・左 状態： ）		独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車いす ストレッチャー 麻痺：なし・あり（右・左 状態： ）			
⑳ 夜間の状態	睡眠	良眠 不眠（状態 ）		良眠 不眠（状態 ）			
	睡眠薬	なし・時々・常用（ ）		なし・時々・常用（ ）			
㉑ コミュニケーション		会話 可 やや困難 不可能	視覚 聴覚	支障なし・支障あり 支障なし・支障あり（補聴器） 使用あり・使用なし	会話 可 やや困難 不可能	視覚 聴覚	支障なし・支障あり 支障なし・支障あり（補聴器） 使用あり・使用なし
㉒ 褥瘡	なし・あり（部位 ）		なし・あり（部位 ）				
㉓ 口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助 義歯の有無：なし・あり（ ）		自立・見守り・一部介助・全介助 義歯の有無：なし・あり（ ）				
㉔ 体圧分散マット	使用あり 使用なし		使用あり 使用なし				
㉕ 医療的処置	インスリン（回数 /日 自己注射 可・不可） 在宅酸素（ ℓ/分）・人工呼吸器・中心静脈栄養 喀痰吸引（ 回/日）・人工肛門 疼痛管理（ ） 気切カニューレ 膀胱留置カテーテル（ Fr / 交換） 胃ろうPEG交換（ / ） その他：		インスリン（回数 /日 自己注射 可・不可） 在宅酸素（ ℓ/分）人工呼吸器・中心静脈栄養 喀痰吸引（ 回/日）・人工肛門 疼痛管理（ ） 気切カニューレ 膀胱留置カテーテル（ Fr / 交換） 胃ろうPEG交換（ / ） その他：				
入院経過 ㉖ ※病状や退院後の生活で気を付けることなど、ご記入ください。		*介護保険での □訪問看護 □訪問リハビリ □デイケア □居宅療養管理指導（歯科・薬局）					

3. 記入方法

※ 本人の ADL などの状況は、実際に確認の上、直近の様子をご記入ください。

※ 介護保険をご利用の方は週間サービス計画表を添付してください。

1) おもて面

①	入院	ケアマネジャーが記入してください。
②	退院・転院	<u>病院（病棟）が記入してください。</u>
③	担当事業所名 担当者氏名 連絡先	ケアマネジャーが記入してください。 日付は、 <u>ケアマネジャーが病院へ行き情報を病院に渡した日を記入してください。</u>
④	氏名	利用者の名前・性別（○をつけてください）
⑤	生年月日	年号か西暦でも可能。わかるように記入してください。
⑥	年齢	満年齢を記入してください。
⑦	住所	利用者の居住実態のある場所を記入してください。
⑧	緊急連絡先	キーパーソンと主介護者が違う場合などがありますので、キーパーソンを必ず記入してください。
⑨	かかりつけ医療機関	科が違うなど、2 つ以上通院している方は、2 か所記入しても可。
⑩	主治医	たくさん病院へかかっているようであれば、介護認定があれば意見書を書いている医師が望ましいです。
⑪	要介護度	該当するところに○をつけてください。 申請日に関しては、介護認定の結果が出ていない時にご記入ください。
⑫	感染症	該当する感染症があれば○をつけてください。 そのほか特別な対応が必要な感染症があれば記入ください。 <u>HCV は C 型肝炎の抗体、HBS は B 型肝炎の抗原です。</u>

⑬	かかりつけ歯科医	かかりつけの歯科医を記入してください。
⑭	かかりつけ薬局	かかりつけ薬局を記入。かかりつけ薬剤師がいれば薬剤師名も記入してください。 <u>お薬手帳があれば持っていくように日頃から促すようにしてください。</u>
⑮	診察方法	通院か訪問診療かを選択してください。 訪問歯科を受けている方も記入ください。 通院時に付き添いが必要な状態であれば必要性を記入してください。
⑯	家族構成	・ ジェノグラムで記入。同居家族は囲んでください。 退院後同居家族の予定があればわかるように記入ください。 ・ キーパーソンをわかるようにしてください。
⑰	手帳等	・ () 内には等級や、疾患名、状況を記入してください。 ・ 被爆者手帳等所持されていればその旨記入してください。 ・ 生活保護は扶助が限定されているようであれば扶助の状況を記入してください。
⑱	家屋状況	家屋の状況を記入してください。
⑲	生活歴	わかる範囲で生活歴を記入してください。 <u>既往歴もこの欄に記入してください。</u>
⑳	入院前の自宅での生活の様子	・ 認知症高齢者の日常生活自立度判定については付録参照しケアマネジャーが入院前の状況を判断し記入してください。 ・ 認知症があれば、見られる症状（例：徘徊がある。不潔行為が見られる等）も記入。 ・ <u>介護保険の利用状況として、週間サービス計画表を添付してください。</u> * その他自宅での過ごし方等を記入してください。
㉑	薬の管理／アレルギー等	・ 内服の状況に○をつけてください。 ・ 一包化や粉碎処理をしている薬を飲んでいるかどうか確認してください。 ・ お薬手帳があるかどうかも記入ください。 ・ アレルギーに関しては、薬剤だけでなく、食べ物などのアレルギーについても記入ください。

②②	本人の生活に関する意向	本人の望んでいる生活（療養の場所、療養の方法、治療方針など）、人生観を記入してください。 <u>今後の療養方針の要となるのでしっかり記入してください。</u> （例）延命処置は希望されていない。自分で好きなことをしながら自宅ですごしたいと希望している。 など・・・。
②③	家族の生活に関する意向	本人の生活、治療に関する家族のとらえ方や、意向を記入してください。 （家族と本人の意向が違ふことがあると思いますので必ずご記入ください） （例）本人は延命処置を望まないが、家族は延命処置してほしいと思っている。など・・・。

2) うら面

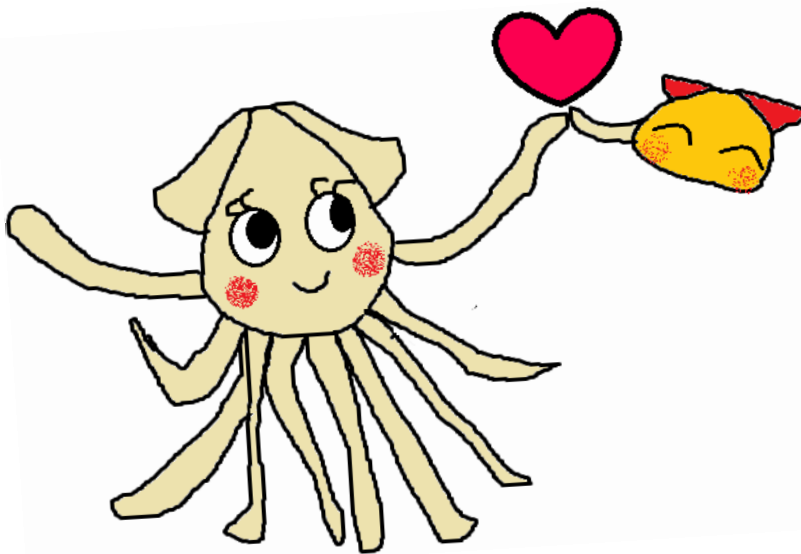
②④	入院（転院）前の状況	なるべく直近の本人の状況を確認した日をご記入ください。 緊急入院等で、はっきりしない時には、おおよその日付でご記入ください。
②⑤	退院時の状況	退院決定後、記入日、入院病棟、担当者がご記入ください。
②⑥	栄養	・食欲はスケールで示しています。1～5のあてはまる程度に○をつけてください。
②⑦ ②⑧ ②⑨	排泄 入浴 移動	・自立⇒一連の行為が自己にて行われている場合 ・見守り⇒介助は行われていないが、常時の付き添いの必要がある見守り ・一部介助⇒一連の行為に部分的に介助が行われている場合 ・全介助⇒介助のすべてが行われている場合
③⑩	夜間の状態	・不眠の状況について記入してください（早朝覚醒、入眠障害等） ・睡眠薬は何時頃、何を飲んでいるのか記入ください。
③⑪	コミュニケーション	会話に関しては、口腔内などの器質的な問題か、疾患の二次的なことが原因なのかを記入してください。

③②	褥瘡	ありの場合、分かれば、どのような処置をしているのかカッコ内に記入ください。
③③	口腔清潔	総義歯か部分義歯かどうか記入ください。
③④	体圧分散マット	使用しているかどうか記入ください。
③⑤	医療処置	・あてはまる医療処置があれば○をつけてください。 ・胃ろう PEG 交換は予定が決まっていれば予定の日、交換後間もない場合は交換日。 ・欄にない特殊な医療処置等に関しては、その他の欄にご記入ください。
③⑥	<入院経過>	退院時、病院側が記入してください。 今回の入院で、介護保険での医療系サービスを利用する必要があるような状況になっている場合は、□にチェックを入れてください。 また、介護保険サービスを利用する際に気を付けなければいけないこと、禁忌事項などがあれば記入してください。（入浴時の血圧の注意等）

医療と介護

こころとこころをつなぐ

マナー編



※相手を尊敬し、思いやり、理解することが
大切です！！

1. 基本的な多職種連携のマナー

(すべての職種のみなさんへ)

1. お互いに思いやりを持ち、丁寧な対応を心がけましょう

職種により立場、制度関連する法令、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけ、気持ちよく仕事をしていきましょう。

2. 時間はお互いに守りましょう

3. 名前はフルネームで伝えましょう

4. お互いに日常的な情報交換を忘れずにしましょう

顔の見える関係から顔が見えなくても通じる関係にするために、電話では一般的なマナーを守り、内容をあらかじめ完結にまとめ連絡を取りましょう。

5. 多職種と連携をとるときには、どの程度急ぐ要件か判断して連絡しましょう

それぞれ時間が限られた中で仕事をしています、どの程度急ぐ要件がよく判断して連絡しましょう、急ぐ要件でないと判断したときにはゆっくり対応してみましょう。

6. 担当者不在時の体制を整備しておきましょう

緊急時も含めて担当者不在の連絡体制は事業所ごとに整理しておきましょう。代理の職員や連絡できる体制を整えたりしておきましょう。

7. 情報共有の方法を決めましょう

一人の利用者に複数の事業所がかかわっている場合、他の事業所がどのようにサービス提供をしているのか情報を共有しましょう。

8. 専門用語は使わずわかりやすい言葉を使いましょう

9. 医療機関への訪問の前にアポイントメントを取りましょう

病院や診療所ではアポイントメントのない訪問には対応しにくいことがあります。事前にアポイントメントを取りましょう。

(ケアマネジャー)

10. 主治医にはまず担当ケアマネジャーであることを伝えましょう

利用者との契約書の内容に盛り込むことになっているように、主治医には担当ケアマネジャーであることを伝えてください。

新規の利用者には重要事項説明書等でケアマネジャーについて主治医に知らせる旨書かれています。

主治医とのいい関係の第一歩は知ってもらうことです。

11. 訪問看護や通所リハビリテーション等の医療サービスを位置づける場合は主治医の指示を仰ぎましょう

ケアプランに訪問看護や通所リハビリ等の医療サービスを位置づける場合は主治医とよく相談の上、その指示の下で行ってください。

2. 入退院時の多職種連携のマナー

(すべての職種のみなさんへ)

12. 「寝屋川市入退院連携シート」は事業所間で共有しましょう

(ケアマネジャーと訪問看護師)

13. 入院時には自宅での生活状況を病院に伝えましょう

「寝屋川市入退院連携シート」を利用して、病院と連携を取ってください。「寝屋川市入退院連携シート」はホームページからダウンロードできます。

(ケアマネジャー)

14. 病院へ情報提供を求める前にまず本人や家族と相談しましょう

15. 退院前カンファレンスには在宅の主治医や訪問看護師へ声をかけましょう

(病院)

16. 退院日の目処を早めにケアマネジャーに知らせましょう

早めに目途が立てば、調整しやすくなります。

17. 退院前に本人や家族や医療機器や介護方法等の習得ができているか確認しましょう

退院前にできるだけ確認をしましょう。退院までに時間がなく、確認が十分でない場合には、病院でどの程度まで確認ができているかを在宅医や事業所に情報提供しましょう。

18. 退院時、胸部レントゲンと感染症の情報提供が必要かケアマネジャーに確認しましょう

ショートステイなど介護サービスを利用しようとする場合、胸部レントゲンや感染症の状況などを求められることがあるので、通院が難しい患者などの時には、ケアマネジャーに確認をしてください。

3. 在宅での多職種連携のマナー

(すべての職種のみなさんへ)

19. 看取りのときは、家族の揺れる気持ちを多職種で共有しましょう

在宅での看取りが近づくと家族の気持ちは大きく揺れ動きます。その揺れ動く気持ちを多職種で理解し、慎重に情報共有しながら本人や家族を支えていきましょう。

(ケアマネジャー、訪問看護師)

20. ケアプラン交付などを契機として主治医との連携強化に努めましょう

「ケアプラン交付」を契機として主治医との連携強化に努めましょう。共通の話題が意思疎通を図る役割をはたしてくれるかもしれません。

21. 薬剤師（薬局）とは、日頃から情報交換をしておきましょう

お薬手帳を活用して、日頃から薬局や薬剤師に薬の相談をしましょう。

22. 歯科医師とは、日頃から情報交換をしておきましょう

在宅歯科ステーションなどを活用し、義歯、歯肉、口臭、食べこぼしなどの相談をしていきましょう。

(ケアマネジャー)

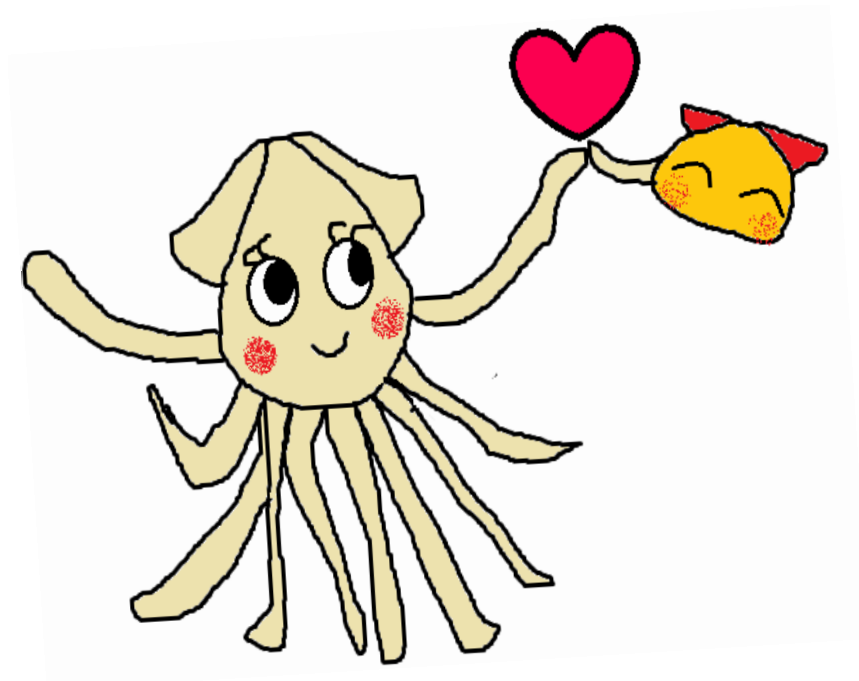
24. サービス担当者会議には、主治医や関係者に声をかけましょう

25. 主治医とは日頃から、情報交換をしておきましょう

医療と介護

こころとこころをつなぐ

資料編



認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。	
II	日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
(II a)	家庭外で上記 II の状態がみられる。	時々道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理など、それまでできていたことにミスが目立つ等
(II b)	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
(III a)	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、又は時間がかかる。 やたら物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
(III b)	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

※在宅療養における「医師」「歯科医師」「薬剤師」の役割

「かかりつけ医」

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。

患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

「歯科医師」

歯科疾患治療や口腔環境の維持、補綴処置（義歯作成等）を行い、口腔機能低下を防止し、咀嚼の維持・改善を行っていきます。

むし歯や歯周病が悪化すると、痛みを感じたり、歯がぐらつき、抜けたりして、咀嚼が不十分になるため、胃腸障害や栄養障害がおこりやすくなります。特に、免疫の低下した人では、歯周病の細菌が血液中に侵入して、菌血症や敗血症になる場合もあり、心臓病（心内膜症）を引き起こすリスクが高くなります。

さらに、糖尿病の人が歯周病にかかると、重症化しやすく、逆に歯周病治療をすると血糖値が下がるといわれています。歯周病には糖尿病の危険要因があると考えられます。

また、歯周病は骨粗しょう症など、全身疾患、喫煙習慣、ストレス、食生活などの生活習慣と大きな関わりがあります。

高齢者は加齢とともに咀嚼能力が低下し、唾液の分泌も低下、口腔感覚の鈍化などが生じるなど、嚥下機能が低下していることが多く、食べ物や飲み物を正常に飲み込むことができず、のどや気管に詰まらせることが多くなります。また、食べかすなどが肺や気管などに回って呼吸を阻害したり肺炎を引き起こしたりすることもあります。

高齢者の肺炎には、摂食・嚥下障害が背景にあり、誤嚥性肺炎が多いと考えられます、高齢者では、一見、食欲不振と思われる症状の背景に、誤嚥もしくは誤嚥性肺炎が潜んでいて、嚥下障害のために食事がとれない場合がありますので、摂食・嚥下障害の評価が常に必要です。

口の中を清潔に保つことで、口腔内だけでなく、からだ全体の健康を保つことができます。身体機能の低下に伴って口腔機能も低下することが考えられますが、「食べること」を支えるために口腔ケアは重要です。歯や義歯の様々なトラブルが生じると食べるのが難しくなります。さらに栄養状態が悪くなり基礎疾患の回復に支障がでることや、低栄養と嚥下機能の低下により誤嚥性肺炎等のリスクが高まります。これらのことから、療養の質やQOLを確保するうえで早期から歯科が介入し、口腔衛生状態や口腔機能の改善を図ることが重要です。

口腔内環境は全身状態に関りが深く、肺炎や転倒、窒息予防にもなるので、予防的観点での歯科の活用を検討してみましょう。

＜寝屋川市歯科医師会より＞

寝屋川市歯科医師会では「口腔機能チェックシート」を作成しました。ケアマネジャーやヘルパーの口腔内のアセスメントに使用してください。口腔機能低下が疑われた際には、「寝屋川市在宅歯科ケアステーションに」ご一報ください。

口腔機能チェックシート

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		☐ 男	☐ 明						
氏名		☐ 女	☐ 大 ☐ 昭		年		月		日 生まれ

	質問項目	該当基準	/	/	/	/
1	半年前とくらべて固いものが食べにくいですか。	はい・いいえ ※「はい」で該当	☐	☐	☐	☐
2	お茶や汁物で頻繁にむせることはありますか。 (1回/日以上)	はい・いいえ ※「はい」で該当	☐	☐	☐	☐
3	自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛しめられますか。 ※ b、c のいずれかにチェックした場合は該当	a. 両方できる b. 片方だけできる c. どちらもできない	☐	☐	☐	☐
4	口が乾きやすいですか。 口の中が「ねばねば」しますか。	はい・いいえ ※「はい」で該当	☐	☐	☐	☐
5	口臭がする。(口元から 30~40 cmの距離で口臭の有無を評価して下さい。) ※ b、c のいずれかにチェックした場合は該当	a. 臭わない b. 悪臭と認識できる c. 我慢できない強い悪臭を感知する	☐	☐	☐	☐
該当項目が 3項目 以上で口腔機能低下が疑われる		該当数				

(一社) 寝屋川市歯科医師会 在宅歯科ケアステーション

TEL: 072-828-3930 FAX: 072-828-6270

zaitaku-nda@blue.ocn.ne.jp

(担当者) 櫛部

（一社）寝屋川市歯科医師会

訪問科歯診療のご案内

- 歯や歯ぐきが痛い
- 入れ歯が合わない
- 歯医者さんで診てもらいたいけど通えない・・・

虫歯の治療だけではありません。
入れ歯が合わない、
寝たきりなのでお口
の中が心配等、通院
できない方の口腔ケ
アも行います。

訪問診療できます！

**歯科医師・衛生士がご自宅・施設へお伺いし、
歯科診療、口腔ケアを行います。**

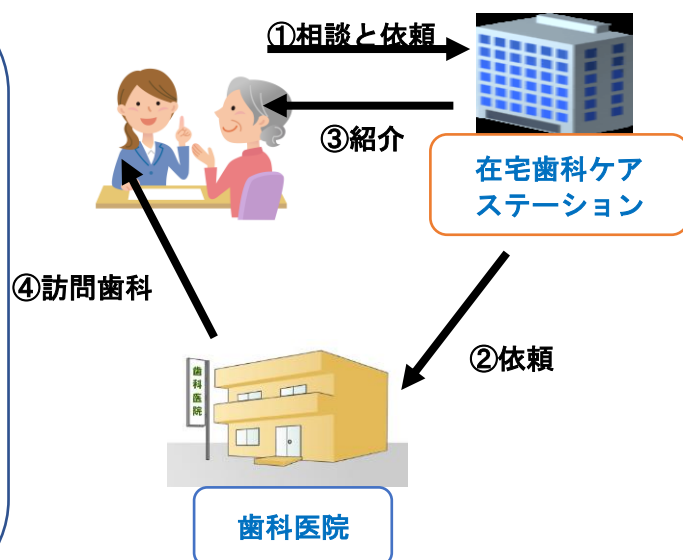
**寝屋川市
在宅歯科ケアステーション**
寝屋川市池田西町 28-22
寝屋川市立保健福祉センター 内

受付：月・水・金（祝日は除く）
午前 10 時～午後 2 時

TEL：072-828-3930

FAX：072-828-6270

22



「薬剤師」

処方箋に基づいて、薬を調剤師、服用方法や使い方を指導します。飲み合わせや副作用についてもわかりやすく説明します。自宅近くでかかりつけ薬局・薬剤師を決めておけば、様々な医師から処方された薬同士の飲み合わせや、自分で購入した市販薬や健康食品等との飲み合わせも確認できます。

薬の薬効・副作用・相互作用の多くが、ADL・QOLに関与していることがあります。味がわかりにくくなった、転倒しやすい・ふらつく、尿がでない・便秘・眠れない・ボーっとしている等があれば、薬剤師が体調を聞いて薬の影響をチェックし、医師と相談して患者に合わせた改善策を検討します。薬の副作用が原因となっている症状の見極めや痛みのコントロールの提案、レスキュー（ベースに使用している鎮痛薬の不足を補う目的で鎮痛薬を追加投与すること）の提案、オーバードーズ（過剰摂取）に対する対策等も行います。薬を内服できなくなった場合には、粉砕等適切な剤型の提案も必要に応じて行います。

入院中から退院後にわたる薬の管理はとても大切です。関係する多職種と連携し、多職種からの情報を支援に活かします。また、薬だけではなく、衛生材料や介護用品の相談にも対応します。

薬剤師による居宅療養管理指導は、介護保険の区分支給限度額に含まれませんが多職種と連携を取るためにも、ケアプランに記載してください。

＜寝屋川市薬剤師会より＞

寝屋川市薬剤師会は、寝屋川市内で開局する薬局・薬店の薬剤師 120 余名の会員で構成する、一般社団法人（平成 25 年）の認可を受けた組織です。

薬剤師の仕事は多岐にわたり、処方箋による調剤、一般用医薬品、健康食品、介護用品等の相談及び供給を行っています。会としましては、市民の皆様への健康情報を提供する場として毎年秋の「くすりと健康展」の開催をはじめ、「くすりの正しい使い方」等の出前講座、市立休日診療所および北河内夜間救急センターでの調剤業務、市内公私立学校薬剤師などを通して、保健公衆衛生の向上に努めています。

学校薬剤師とは

学校保健安全法の定めるところにより、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、高等専門学校、支援学校に至るまで、大学を除く国立、公立、私立の学校全てに学校薬剤師として委任嘱託されています。主な仕事は、教室等の環境（換気、保湿、採光および照明等）、飲料水等の水質及び施設設備、プールの環境（水質、施設設備の衛生状態等）、日常における衛生管理（学校給食調理室の清潔、ネズミ、衛生害虫等）に係る学校環境衛生基準に順じ、学校における保健管理に関する専門的事項に関する技術指導に従事しています。

かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師とは

患者さんは病院から受け取った処方箋をどこの薬局で調剤して頂いてもかまわないのですが、ひとつの薬局に決めておけば、違う病院等でお薬をもらっても飲み合わせの悪い薬や、成分、効果が重なって出された薬のチェックが可能になり、健康上の疑問や市販薬の相談なども普段から行うことができます。また、「お薬手帳」に毎回記録をつけておくことで服用しているお薬がわかり、相談時に役に立ちますので、診察券と共にお持ちください。

「かかりつけ薬局」では、処方箋以外に買った市販薬も薬歴に記録して、体質に合うかどうか、処方箋との飲み合わせはどうか等のチェックも行いますので、より安心して薬を服用することができます。

寝屋川市薬剤師会は下記の事業を実施します

① 厚生労働省が実施している「薬局の連携体制整備のための検討モデル事業」

かかりつけ薬剤師・薬局の推進、地域における薬局の機能強化、連携体制構築のために実施され、医師、歯科医師をはじめとする多職種（看護師、介護支援専門員、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等）、他機関との連携協議体等の場を作り、医師会、歯科医師会、自治体等の関係団体とも協力しながら実施するもので、患者同意の上での服薬状況等の継続的なフォローアップ、また、薬局薬剤師が医療機関の薬剤師と連携して入退院時における服用薬の整理、服薬状況等の情報提供並びに共有、「情報共有シート」を用いた多職種との連携並びに情報共有を行うことにより、医療の質の向上、効率化に資する取り組みを検証するものです。

② 「薬局における 24 時間尿を用いた栄養状態の把握と栄養指導の効果の検証」の実施

武庫川女子大学国際健康開発研究所と寝屋川市薬剤師会が共同で行う事業です。日本人の平均寿命と健康寿命には 10 年の開きがあり、様々な生活習慣病が寝たきりや認知症などを引き起こし、健康寿命を縮めていると考えられます。これら生活習慣病の発症には食生活が大きく関与しており、現在までの評価法はアンケート形式による栄養調査が行われていますが、記憶の曖昧さ等により正確な数値を導くことが困難でした。そこで、武庫川女子大学国際健康開発研究所 家森幸男所長らが提唱する、24 時間採尿による栄養摂取状態を把握する方法を用い、厚生労働省が定める食塩摂取目標量のクリアをはじめ、バランスのいい食生活指導に寄与できることを検証するものです。



「寝屋川市入退院連携シート」窓口

（寝屋川市内 14 病院）2019 年 7 月末現在

医療機関名	担当部署	担当者	連絡先	備考
上山病院	入院病棟		072-825-2345(代)	
大阪病院	地域医療支援室		072-821-4781(代)	
河北病院	地域医療連携室		072-822-3663(代)	
関西医科大学香里病院	病棟	担当看護師	072-832-9977(代)	担当看護師が不明の場合は師長、副師長に聞いてください
小松病院	病棟		072-823-1521(代)	
星光病院	地域連携室		072-824-3333(代)	
青樹会病院	地域医療連携室	元島 MSW	072-833-8810(代)	
道仁病院	地域医療連携担当		072-827-1951(代)	
寝屋川生野病院	地域医療連携室		072-834-9000(代)	
ねや川サナトリウム	地域医療連携室		072-822-3561(代)	
寝屋川ひかり病院	地域連携室		072-829-3331(代)	
寝屋川南病院	医事課	中谷氏松田看護師	072-827-1001(代)	
藤本病院	地域連携課	米田看護師	072-824-1212(代)	
松島病院	医事課		072-826-5021(代)	

【参考文献】

本手引きを作成するにあたり、参考とした主な文献は以下のとおりです。

◆「大阪府入退院支援の手引き」病院から住み慣れた暮らしの場へ

～地域みんなで取り組む入退院支援～ (平成 30 年 3 月)

(大阪府) <http://www.pref.osaka.lg.jp/kaigoshien/iryoukaigorenkei/>

◆在宅療養連携推進 よこすかエチケット集 Ver. 2

(企画) 横須賀市在宅療養連携会議

(発行) 横須賀市健康部地域医療推進課 (平成 28 年 4 月 22 日)

◆「河内長野市れんけいエチケット集」(第 1 版)

河内長野市地域ケア会議 (河内長野市医師会地域連携室)

(平成 29 年 1 月 1 日)

◆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 (平成 30 年 3 月改訂)

※ 大阪府入退院支援の手引きはリンク先からダウンロードできます。

在宅医療・介護連携推進ワーキンググループ名簿

氏名	職種等	所属団体・所属事業所
遠矢 友美子	薬剤師	寝屋川市薬剤師会
水野 和代	管理栄養士	NPO 法人ななクラブ
江坂 竜二	医療ソーシャルワーカー	上山病院
井上 ゆかり	訪問看護師	寝屋川市訪問看護ステーション連絡会
佐々木 茂	ケアマネジャー	寝屋川市ケアマネジャー事業所連絡会
川村 拓之	包括管理者	寝屋川市第一中学校校区地域包括支援センター

※所属等は令和元年9月時点のものです。

こころとこころをつなぐ 寝屋川市在宅医療・介護連携のてびきは
多職種の皆さんのもっとたくさんのご意見が必要です。

いただいたご意見・ご提案は今後も検討しながら、より使いやすく、時代に
即した内容でありたいと思っています。

定期的に評価しながらより良い医療と介護の連携を目指していきます。

令和元年 10 月

寝屋川市在宅医療・介護連携ワーキンググループ
寝屋川市在宅医療・介護連携推進センター

【寝屋川市入退院連携シートに関するご意見・ご要望】

ご意見、ご要望は
寝屋川市在宅医療・介護連携推進センターへ

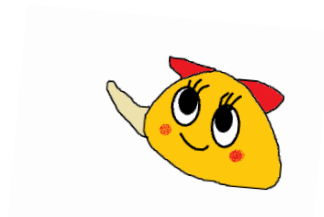
〒572-0036

寝屋川市池田西町 24-5

池の里市民交流センター内 高齢介護室
在宅医療・介護連携推進センター

Tel 072-812-2560（直通）

Fax 072-838-0102



こころとところをつなぐ

寝屋川市在宅医療・介護連携のてびき (VOL. 2)

令和元年(2019年)10月24日発行

企画 寝屋川市在宅医療・介護連携推進協議会

寝屋川市在宅医療・介護連携推進ワーキンググループ

発行 寝屋川市在宅医療・介護連携推進センター

連絡先 ☎ (072) 812-2560 (直通)

 (072) 838-0102