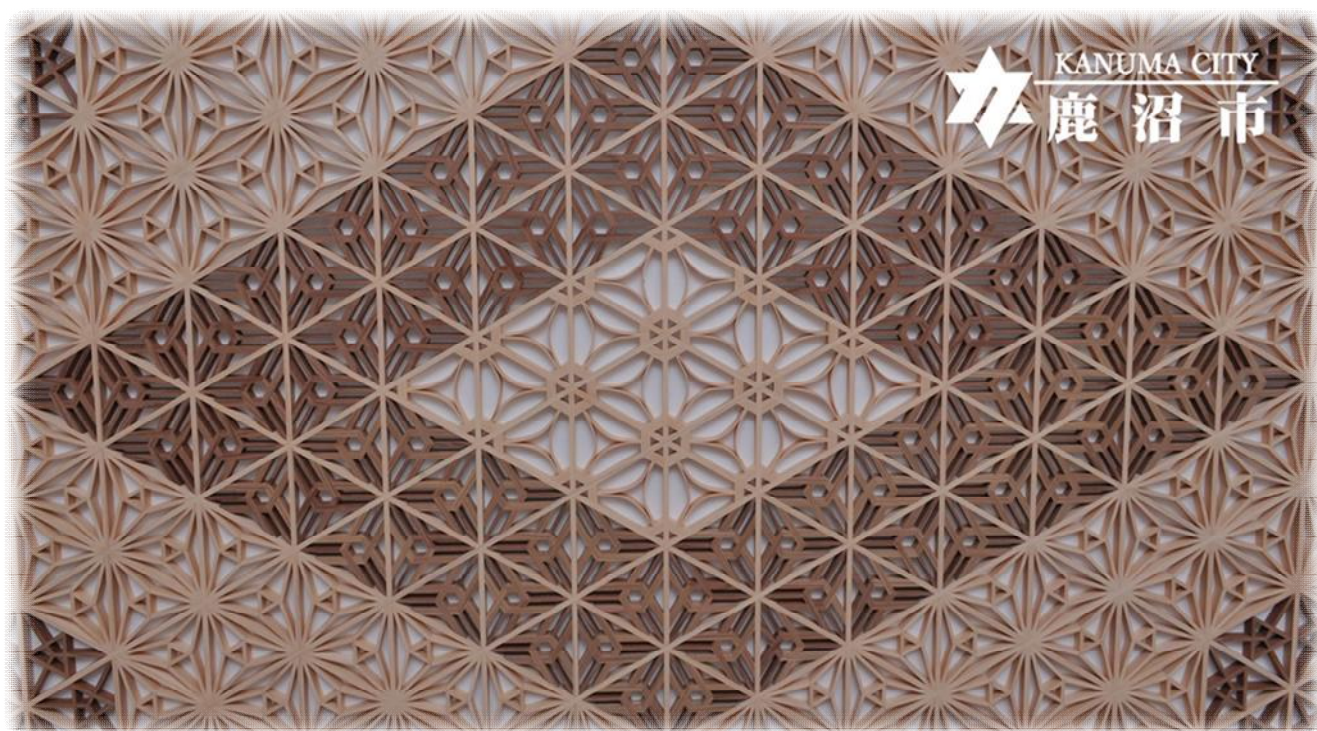




鹿沼市

在宅療養 多職種連携ガイドブック



KANUMA
TOCHIGI JAPAN
STRAWBERRY CITY

目 次

はじめに	1
1. よりよい多職種連携のために	2
(1) すべての職種の方へ	2
(2) ケアマネジャーのみなさんへ	4
・ 関係機関へ連絡する前に	4
・ 関係機関への連絡	4
・ 在宅時	5
・ 入退院時	7
(3) 医師のみなさんへ	8
(4) 病院、診療所のスタッフのみなさんへ	10
2. 多機関・多職種を知ろう	13
(1) 地域包括支援センター	13
・ 地域包括支援センター一覧	14
(2) 病院等の医療相談部門	
・ 地域連携業務（退院支援）	15
・ ソーシャルワーカー	16
(3) 在宅医療（訪問診療）	17
(4) 訪問歯科診療	18
(5) 訪問看護ステーション	19
・ 介護保険または医療保険で訪問看護を提供するときの流れ	20
(6) ケアマネジャー	21
(7) 薬剤師	22
(8) 管理栄養士	23
(9) リハビリテーション専門職	24
(10) 在宅医療・介護連携相談窓口	25
(11) 鹿沼市の相談窓口一覧	26
3. 入退院共通連携シート様式、その他の資料	27
○在宅・施設 → 医療機関	
・ シート	28
・ 記入例	29
・ 記載時の注意点など	30
○医療機関 → 在宅・施設	
・ シート	31
・ 記入例	32
・ 記入マニュアル、記載時の注意点など	33
ODESIGN-R（褥瘡アセスメントツール）	34
○認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	35
○障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	36

はじめに

この在宅療養多職種連携ガイドブックは、より一層の多職種連携を図ることを目的として、医療や介護職の役割や連携をする際に知っておきたいマナーをまとめ、平成30年度に作成しました。社会環境、人口・世帯構成は大きく変化し続けています。医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加しています。したがって、高齢者の入退院や、退院後の介護保険サービスを利用する機会も増え、関係者間の情報共有や多職種による支援がますます重要となっています。

そこで欠かせないのが、在宅医療を支える専門職としての役割発揮と、多職種の連携となります。本市では、「鹿沼地区の在宅医療と介護を考える会」、症例検討会「コレディノダ」等により、顔の見える関係づくり、ネットワークの構築が図れるようになってきております。

さらに在宅療養を支えている医療と介護の関係者、そして病院スタッフのみなさまが、より良い連携を図ることができるよう、ご活用いただければと思います。

なお、このガイドブックは、適宜必要事項を追加・修正してまいりますので、関係者のみなさまにおかれましては、引き続きご協力をお願いします。



“ 連携は、マナーと心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から ”

1 よりよい多職種連携のために



（１）すべての職種の方へ

①お互いに思いやりをもち、丁寧な対応を心がけましょう。

（解説）お互いの立場、役割、専門性を理解することが大切です。職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。
相談しやすい関係を作るために、利用者のことを考えお互いを尊重し、気持ちよく仕事をしましょう。
相手に失礼のない身だしなみも大切なエチケットです。

②お互いに日常的な情報交換を忘れずにしましょう。

（解説）顔の見える関係から、顔が見えなくても通じる関係につなげましょう。
電話では、あらかじめ内容をまとめてから、連絡を取りましょう。

③他職種に連絡をとる時には、どの程度急ぐ要件かの判断をして連絡しましょう。

（解説）それぞれ時間が限られた中での仕事をしています。急ぐ用事でなければ、ゆっくり対応できるとゆとりができます。どの程度急ぐ要件か判断して連絡しましょう。

④患者（利用者）の名前はフルネームで伝えましょう。

（解説）必要に応じて生年月日等で確認しましょう。連絡の際、自分の所属・職種と名前をはっきり正確に伝えましょう。

⑤担当不在の際にも対応ができる体制を整えておきましょう。

（解説）緊急時も含め担当者不在時の連絡体制は、事業所ごとに整理しておきましょう。代理の職員が対応したり、連絡がつく体制を整えたりしておきましょう。
職場内のコミュニケーションも大切にしましょう。

⑥各職種の専門用語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう。

（解説）医療職も介護職も、自分の業種以外の専門用語には慣れていません。専門用語を使わず、わかりやすく伝えます。話すときは、ゆっくり、はっきりと説明しましょう。

⑦カンファレンス、担当者会議などの日程調整は早めに行いましょう。

（解説）みなさん限られた時間の中で仕事をしているため、急な日程調整は難しい場合があります。

◆在宅時

①訪問時間は、できる限り守りましょう。

（解説）訪問時間がずれて他のサービスと重なると報酬算定が難しくなる場合や、次の訪問に影響が出ることがあります。お互いにできる限り訪問時間を守りましょう。遅れるようであれば連絡を入れましょう。

②看取りの時は、家族の揺れる気持ちを多職種で支えましょう。

（解説）在宅での看取りの時期が近づくと、家族の気持ちは大きく揺れ動きます。家族の気持ちを多職種で理解し、情報共有しながら、利用者と家族を支えましょう。看取りの時期には特に気を付けて、密に情報共有を行いましょう。

◆入退院時

①入退院共通連携シートを活用しましょう。

（解説）入退院共通連携シートを活用しましょう。このシートの活用で、スムーズな退院準備を目指します。

②入退院共通連携シート等は、介護サービス事業所間で共有しましょう。

（解説）入退院共通連携シート、看護サマリー※、リハビリ施設間連絡票、薬剤情報提供書を入手した場合には、ケアマネジャー、訪問看護ステーションやその他の介護サービス事業所間でも情報共有できると、利用者の状態が把握しやすくなります。また、共有する際は個人情報の取り扱いに気をつけましょう。
※看護サマリーとは、退院・転院時に患者の治療や経過、看護等をまとめたもの。



(2) ケアマネジャーのみなさんへ

ケアマネジャーは、利用者が在宅療養生活を送るうえで要となる存在です。ケアマネジャーが情報の集約・発信の中心となることで、多職種連携がスムーズに行われます。

◆関係機関へ連絡する前に

①利用者・家族から確認できることは確認しましょう。

(解説) 利用者・家族には病院から渡されている資料や病気・薬の説明書等もありますので、活用して確認しましょう。

②利用者の同意をとりましょう。

(解説) 利用者の情報を得たり、提供する場合は利用者・家族の同意が必要です。同意を得ることにより他職種との連携がスムーズになります。

③聞きたい内容を整理し明確にしましょう。

(解説) 自身で出来る限りの情報を集め、利用者のために何を伝えるべきか、相手はどんな情報が欲しいのかを考えて伝えることも大切です。

書面の場合、文章もダラダラ長いものは好まれません。箇条書きに記載するなど工夫しましょう。

◆関係機関への連絡

①医療機関への訪問の前に、アポイントメントをとりましょう。

(解説) 医療機関では、アポイントメントのない訪問には対応しにくい場合があります。

②まず自分がケアマネジャーであることを、医師に伝えましょう。

(解説) ケアマネジャーの仕事内容を知らない方もいますので、自分が担当ケアマネジャーであること、事業所、名前(フルネーム)を主治医に伝えましょう。

面会時には名札を着用し、名刺を渡すなど、相手が名前を確認しやすいように配慮しましょう。

◆在宅時

①サービス担当者会議※には、介護サービス事業所やかかりつけ医師等に声をかけましょう。

（解説）都合がつかず出られないこともあります。なるべく連絡するようにしましょう。緊急でない場合の担当者会議はあらかじめ十分な日程調整を行い、家族や介護サービス事業所の方を含めてなるべく出席できるようにしましょう。

都合で出席できなかった方へは、情報提供を忘れずに行いましょう。

※「サービス担当者会議」は利用者に関わるサービス機関が一堂に会する場で、チームケアを進めるうえで欠かせない多職種連携会議です。

②日頃から、かかりつけ医と情報交換をしておきましょう。

（解説）日頃から信頼関係の醸成に努め、必要な情報交換を行っていきましょう。

医療機関との連携が密に必要な利用者の例としては、

- ①呼吸器、酸素吸入器等の医療機器使用、点滴、経管栄養、吸引、インスリン注射等の医療処置の必要な方
 - ②在宅ターミナルケアを行っている方
 - ③食事制限、活動制限等の医学管理を行っている方
 - ④退院後、間もない方
 - ⑤入退院を繰り返している方
- などです。

また、かかりつけ医が気になる介護情報としては、ケアプランの内容、利用者の生活や介護状況などです。かかりつけ医とスムーズかつ円滑な連携を図るためにも、医師が気になる介護情報の提供を行いましょう。

③日頃から、薬剤師（薬局）と情報交換をしておきましょう。

（解説）高齢者は複数の疾病を有することが多く、多種類の薬剤を併用しているため、薬の相互作用・副作用、市販薬の薬剤情報等について相談を受けることがあります。

薬についての説明は、主治医、薬剤師においても行われますが、日頃から信頼できる薬剤師がいる薬局と連携して、適切な情報提供等ができるように配慮しておきましょう。また、「おくすり手帳」を活用しましょう。



④日頃から、歯科医師・歯科衛生士と情報交換をしておきましょう。

（解説）高齢者にとっては、入れ歯の悩み、歯ぐきの腫れ、口臭、食べこぼし、噛む力や飲み込む力の低下など口腔ケアの問題は切実ですので、日頃から信頼できる歯科医師や歯科衛生士と連携して、適切な情報提供等ができるように配慮しておきましょう。

⑤利用者の口腔に関する問題や服薬状況等について、医師、歯科医師や歯科衛生士、薬剤師と情報共有し連携しましょう。

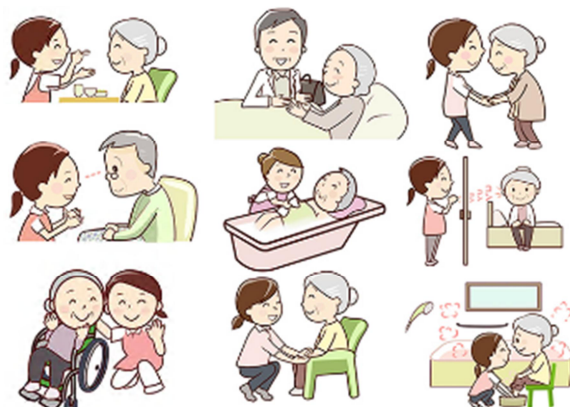
（解説）介護サービス事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーが主治医、歯科医師や歯科衛生士、薬剤師に必要な情報伝達を行うことが義務づけられています。

⑥情報共有の方法を決めましょう。

（解説）ひとりの利用者に複数の事業所が関わっている場合、他の事業所がどのようにサービス提供しているかノートなどで情報共有しましょう。
ノートを利用する場合にはサービス提供時必ず目を通し、確認した証として、日時・所属・氏名を記載しましょう。

⑦通所リハビリや訪問看護、訪問リハビリテーション等の医療系サービスの利用をケアプランに位置づける場合には、必要性や内容等について主治医等に相談し確認しましょう。

（解説）医療系サービスを利用する際は、利用者の同意を得て主治医等に意見を求める必要があります。また、意見を求めて作成した居宅サービス計画については主治医等に交付する必要があります。



◆入退院時

- ①入退院時は在宅サービスで関わる事業者（訪問看護・訪問介護・訪問診療医・訪問歯科医や、歯科衛生士・リハビリテーション専門職・薬剤師・栄養士等）に早急に連絡しましょう。

（解説）在宅ではケアマネジャーのケアプランに沿ってチームで関わっていますので、サービス提供事業者には早急に連絡しましょう。

- ②入院先に自宅等での生活の様子を知らせ、退院時に情報を得られるようにしておきましょう。

（解説）ケアマネジャーは入退院共通連携シート（P.27）を病院へ提出しましょう。退院調整がスムーズになります。

- ③病院へ情報提供を求める前に、先ず利用者・家族と相談しましょう。

（解説）病院では利用者や家族の了解なしに、介護サービス事業所などへ情報提供することは困難です。利用者・家族と相談しながら退院調整に向けて動いていることを病院に伝えましょう。

病院の付き添いやインフォームド・コンセント時の立ち会いは、利用者や家族を通して病院や医師に確認するようにしましょう。

- ④病院が退院前カンファレンスを開催する際、在宅生活を支えていくうえで連携が必要な事業所が参加できるよう、病院に調整の相談をしましょう。

（解説）在宅生活を再開するうえで特に医療面での連携が必要な利用者の場合は、病院が開催する退院前カンファレンスに連携が必要な事業所が参加できるように病院に相談しましょう。



(3) 医師のみなさんへ

①かかりつけ医師は、生活のことを含めて書類を早めにきれいに書きましょう。

(解説) かかりつけ医が書く書類として、主治医意見書、訪問看護指示書、訪問薬剤指導指示書などがあります。主治医意見書はケアマネジャーも読んでいます。早めに読みやすい字で書きましょう。病歴と共に服薬の状況を書くといいでしょう。また、生活のことも含めて書くと介護サービス事業所の参考になり、スムーズな支援につながります。『い』『ろ』『は』『に』『す』『めし』に着目して書くといいでしょう。

『い』：移動

『ろ』：ふろ

『は』：排泄

『に』：認知症

『す』：睡眠

『めし』：食事



②日頃から、ケアマネジャーや訪問看護師と情報交換をしておきましょう。

(解説) 日頃から信頼関係の醸成に努め、必要な情報交換を行っていきましょう。また、サービス担当者会議※には出席しましょう。この会議では、医学的見地から医師の意見が重要です。

※「サービス担当者会議」は利用者に関わるサービス機関が一堂に会する場で、チームケアを進めるうえで欠かせない多職種連携会議です。

③かかりつけ医師は急変時の対応方法などを、あらかじめ示しておきましょう。

(解説) かかりつけ医師は緊急を要する症状や状態などを、あらかじめ介護サービス事業所へ知らせておきましょう。また、急変時の連絡先や、対応方法などをあらかじめ示しておきましょう。



④医療用麻薬の処方 は 計画的に しましょう。

（解説）問屋に麻薬がない場合や、週末には納品までに数日かかることもありますので、処方 は 計画的に しておきましょう。

⑤ケアマネジャーやサービス提供者の、診察時立ち会いの必要性をご理解ください。

（解説）在宅を支えるケアマネジャーにとって医師の判断や評価は貴重な情報です。本人家族から客観的な情報を入手できない時には、診察に立ち会うことで医師との連携をはかる場合があります。

⑥訪問歯科医師や歯科衛生士・リハビリテーション専門職・薬剤師・栄養士とも連携をとりましょう。

（解説）在宅療養において、口腔清潔や身体機能の維持や向上、薬の管理、栄養管理はとても重要です。訪問歯科医師や歯科衛生士、リハビリテーション専門職、薬剤師、栄養士が介入している患者さんも増えてきています。



(4) 病院、診療所のスタッフのみなさんへ

介護が必要になる患者さんが退院し自宅に戻る際は、入院中に関係者間のカンファレンスを行なうことで、患者さん家族はより安心して退院を迎えることができ、在宅生活の安定につながります。

- ①ケアマネジャーやヘルパー、訪問看護などのサービス提供事業者は、患者さんや家族の代わりに意思決定や同意をすることはできません。

(解説) サービス提供事業所は、患者さんや家族の代わりに入退院の事や治療方針などの意思決定、同意をすることはできません。患者さんの意思・治療方針の決定等については患者さん本人かご家族に確認しましょう。

- ②退院日の予定は、早めにケアマネジャーに知らせましょう。

(解説) 介護サービスの調整や自宅環境の整備にはある程度の時間が必要です。退院前に早めの連携ができるとその後の調整や連携がしやすくなります。

- ③退院調整の際は、在宅生活をイメージしてケアマネジャーと連携・情報交換をしましょう。

(解説) 病院と在宅では、患者さんの生活環境や支援する人が大きく異なります。退院後の生活全体をイメージして連携をしましょう。

- ④退院前に本人や家族へ介護・看護方法や生活上の留意点を指導しましょう。

(解説) 退院までに十分な指導が行えなかった場合でも、在宅生活を踏まえて、いまどの程度までできているのか、退院後に関わるケアマネジャーと情報の共有をしましょう。



⑤退院前や外来受診時、ケアマネジャーからサービス利用の必要性などについて意見を求められることがあります。

（解説）患者さんが通所リハビリや訪問看護、訪問リハビリなど一部の医療系介護サービスを利用する場合、ケアマネジャーからサービス利用の必要性などの意見を求められることがあります。ケアプラン作成のためにとても大切な確認なので、ご理解のうえご協力ください。

⑥退院患者に訪問診療が必要と判断された場合、まずはかかりつけ医師に訪問診療について確認・相談しましょう。

（解説）普段は訪問診療をしていなくても、長く経過を診ている、かかりつけの患者の場合やその状況により往診することもあります。

⑦退院時に、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。

（解説）ショートステイなどの介護サービスを利用しようとする場合、かかりつけ医からの胸部レントゲンや感染症の情報を求められることがよくあります。
在宅患者の場合は、受診が難しく費用負担と手間がかかりますので、情報提供があると助かります。

⑧入院中や退院時の薬の情報をかかりつけ薬局へ引き継ぎましょう。

（解説）退院時に使用された薬の内容をおくすり手帳等に記載するなど、かかりつけ薬局薬剤師が確認できるようにしましょう。



⑨退院後も気になることがあれば、日頃からケアマネジャーと情報交換をしておきましょう。

（解説）高齢者は疾病を持ちながら地域で療養、社会生活を送っていますので、在宅生活を支える要のケアマネジャーとは日頃から情報交換をしましょう。

外来では利用者が受診する際、自宅での療養生活、治療の継続の様子など様々なニーズを把握することができます。

『い』『ろ』『は』『に』『す』『めし』に着目して生活状況を把握すると良いでしょう。

『い』：移動・・・歩くときにふらつく？ロコモティブシンドロームや脱水かも。

『ろ』：ふろ・・・お風呂に入りたくない（入りたがらない）？認知症の初期症状かも。
体の清潔が保てず感染症を起こしやすい。

『は』：排泄・・・排泄リズムが乱れている？便秘が原因で発熱や吐き気、食欲低下、情緒不安定になることも。

『に』：認知症・・・いつもと違う言動や物忘れがひどくなった？徐々に進行する場合は認知症の可能性も。

『す』：睡眠・・・寝つきが悪い？よく眠れない？生活環境の変化や精神的な悩みや不安、薬の副作用などが原因かも うつ病の可能性も。

『めし』：食事・・・食欲がない？食べる量、回数が減った？低栄養になると、免疫力が低下し感染症など、さまざまな病気の原因に。

患者さんが安心して療養ができるよう在宅生活を意識し、介護や福祉に関する知識を持ちましょう。

“ ケアマネジャーは対象者の『日常』を、

医療機関は『非日常』を支えています ”



2. 多機関・多職種を知ろう！！

(1) 地域包括支援センター

◆地域包括支援センターは、高齢者の生活を支える身近な相談窓口です。

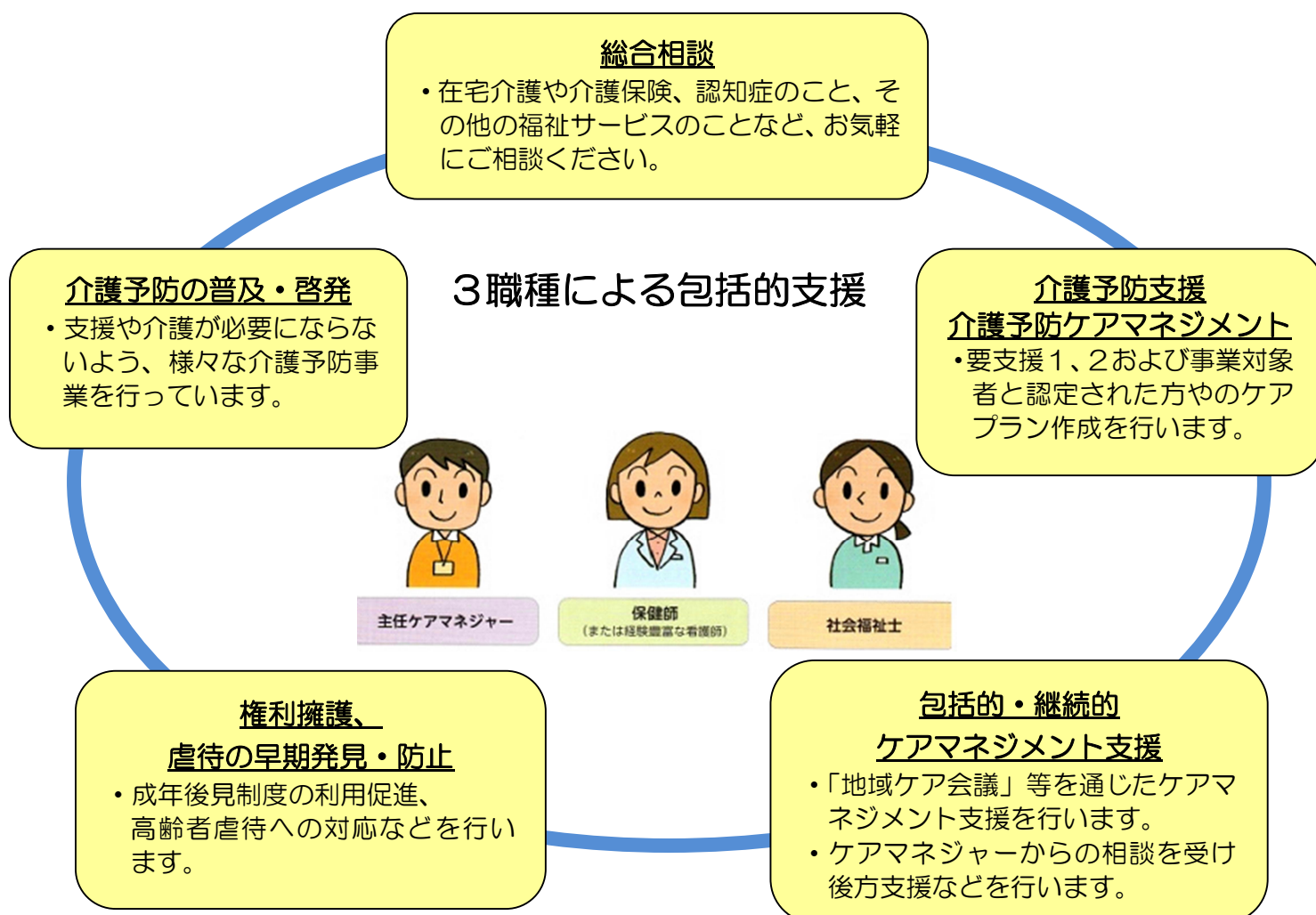
◆鹿沼市内の地域包括支援センター一覧は、14ページにあります。

たとえば・・・

- ◇ 介護保険サービス等について知りたい
- ◇ 一人暮らしを続けられるか不安になった
- ◇ 家に閉じこもりがちで気持ちが塞いでしまう
- ◇ 足腰が弱って買い物や日常生活で少し不安がある
- ◇ お金の管理や契約に自信がない
- ◇ 最近、物忘れが気になっている（両親の物忘れが気になる）など



◎介護のこと、健康のこと、権利を守ること、その他いろいろな相談ごと



鹿沼市内 地域包括支援センター 一覧【令和8年2月現在】

名称	住所・連絡先	担当地区
鹿沼市 地域包括支援センター	鹿沼市今宮町1688-1 (鹿沼市役所内) TEL: 63-2175 FAX: 63-2169	鹿沼市全域
鹿沼東 地域包括支援センター	鹿沼市上石川1465-4 (北犬飼コミュニティセンター内) TEL: 74-7801 FAX: 74-7802	東部地区、北犬飼地区
鹿沼東部台 地域包括支援センター	鹿沼市幸町2-1-26 (木村ビル1階) TEL: 74-7337 FAX: 74-7338	東部台地区、北部地区
鹿沼北 地域包括支援センター	鹿沼市富岡492-2 (オレンジホームデイサービスセンター内) TEL: 62-9688 FAX: 74-5551	菊沢地区、板荷地区
鹿沼中央 地域包括支援センター	鹿沼市上殿町960-2 (老人保健施設かみつが内) TEL: 64-7236 FAX: 64-2753	中央地区、東大芦地区、 西大芦地区、加蘇地区
鹿沼南 地域包括支援センター	鹿沼市縦山町40-2 (デイサービスセンターリズム内) TEL: 60-2000 FAX: 63-4141	北押原地区、南押原地区
鹿沼西 地域包括支援センター	鹿沼市口栗野1780 (栗野コミュニティセンター内) TEL: 85-1061 FAX: 85-1062	南摩地区、栗野地区、 粕尾地区、永野地区、 清洲地区



（２）病院等の医療相談部門 （地域連携業務、退院支援）



病院内にある入退院支援や医療相談、地域連携等を担う部門です（入退院センター、医療相談室、地域連携室など）。
診療所では退院支援、医療相談部門がない場合もありますので、看護師にご相談ください。

こんな相談をお受けします！！

- ・退院後の療養生活について
- ・福祉サービスの申請や利用の方法について
- ・各種施設、医療機関等の利用について
- ・医療費や生活費などについて
- ・通院または入院中の家族の生活や仕事について
- ・病気や治療に心配や不安がある



連携

地域の医療・保健・福祉機関と連絡を取り合い在宅療養等への支援を行っています。

- ・退院後の療養環境調整やサービス利用等
- ・在宅療養中の患者の受診・入院に係る相談・調整等
- ・介護施設や医療機関等の情報
- ・利用できる制度等の案内



(2) 病院等の医療相談部門 (医療ソーシャルワーカー)

医療ソーシャルワーカーとは

医療機関において、専門的な技術や知識に基づいた面接や連絡調整などを通じて、患者の持つ力を引き出しながら、その人が望む生活ができるよう支援する社会福祉の専門職です。

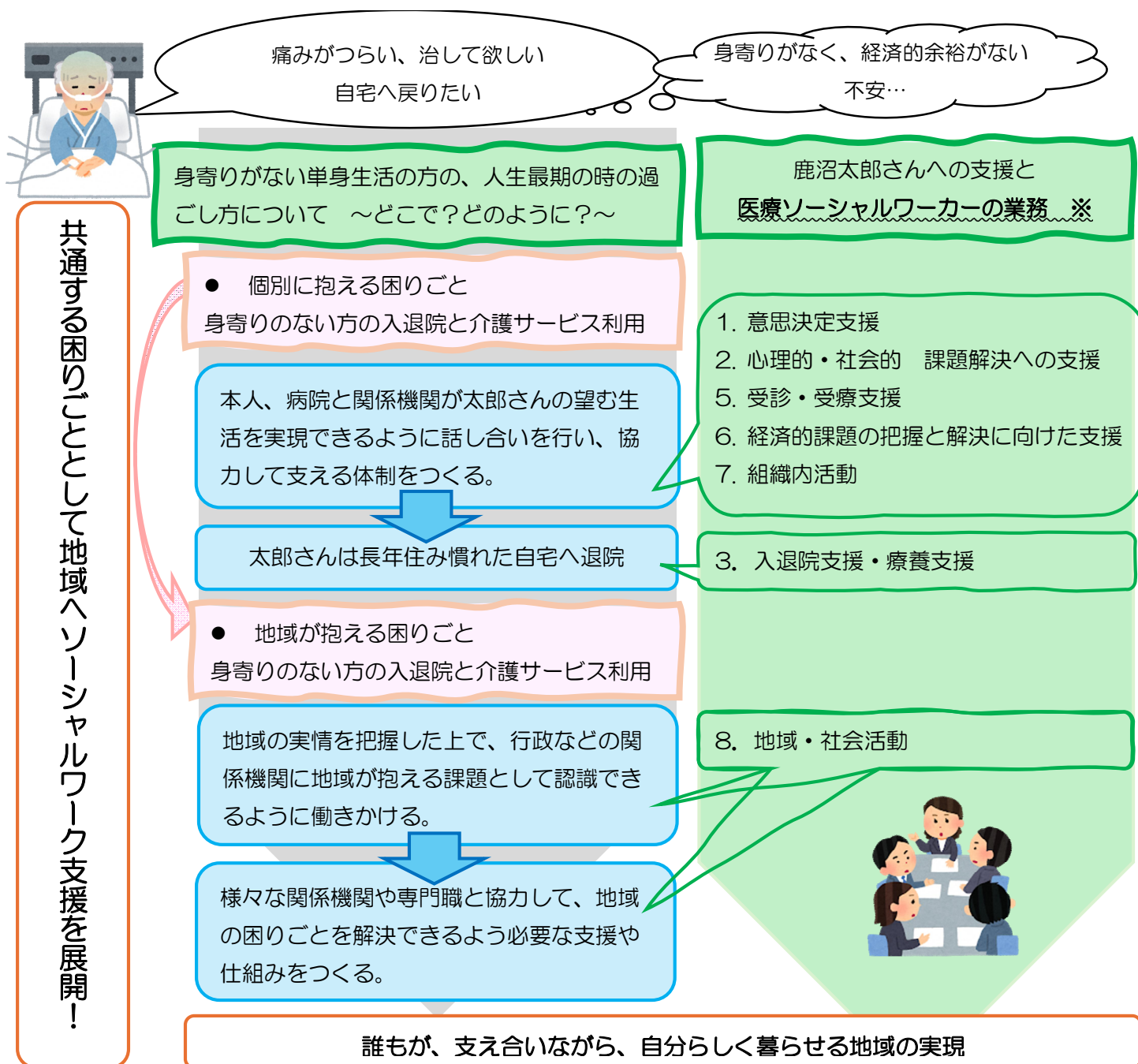
また、誰もが、支え合いながら自分らしく暮らせる地域をつくるために、様々な関係機関や職種と協力する役割も担っています。

『医療ソーシャルワーカー業務指針』には以下（右側※）の 8つの業務 が位置付けられています。

詳しくは厚労省 HP へ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001673455.pdf>

※今回の鹿沼太郎さんへ支援には当てはまりませんでしたが、4. 社会生活と治療の両立支援があります

【医療ソーシャルワーカーの支援例：鹿沼太郎さん(男性) 腰痛があり、外来受診後にがんと診断され入院となる】



(3) 在宅医療（訪問診療）



様々な原因で病院や診療所への通院が難しくなった時、自宅や施設※¹ など住み慣れた場所に、医師※² が訪問し、診察や治療、処置など病気の診療を行うことです。

病気や障がいがあっても、住み慣れた場所で暮らしながら医療を受けることができるよう、医師だけでなく、場合によっては訪問看護師や介護の専門家がチームを組んで支援します。

※1 サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム、グループホームなども在宅医療の対象となります。

※2 かかりつけ医が訪問診療や往診を実施していない場合もありますので、詳しくは各医療機関にお問い合わせください。

在宅医療の対象者は・・・

脳卒中後遺症、運動器疾患、認知症等の虚弱な要介護高齢者だけでなく、がん終末期や、パーキンソン病、ALS などの神経・筋難病、医療処置が必要な小児、身体障害、精神疾患の方も対象となります。

在宅医療の内容

全身状態の診察を基本として

- ・お薬の処方
- ・点滴
- ・中心静脈栄養や経管栄養
- ・床ずれなどの処置
- ・酸素療法や人工呼吸器の管理等の医療処置
- ・認知症の方へのケアなど
- ・血液検査など

在宅医療は「訪問診療」と「(緊急) 往診」に分けることができます。

訪問診療は・・・

あらかじめ決めた曜日、時間に訪問する、いわば定期往診のことです。



(緊急) 往診は・・・

容態の変化や悪化により、患者さんまたは家族、場合によっては訪問看護師や介護職の要請により臨時訪問する、従来の往診のことです。



利用者負担

介護保険で利用する場合

原則 1 割負担

- ・65歳以上では所得により2割または3割負担

医療保険で利用する場合

1 割から 3 割負担

- ・70歳以上では所得により負担割合が異なります

別途交通費がかかる場合があります。



(4) 訪問歯科診療

全身の健康維持にはお口の健康を保つことが大切です。歯の治療、入れ歯の調整、口腔ケアをすることにより、食事がしやすくなることは、生活の質を高めることにつながります。

在宅で療養されていて歯科診療所への通院が困難な方を対象に、歯科医師や歯科衛生士が自宅に訪問し治療やケアを行います。

◆ こんな困りごとはありませんか？

- ・入れ歯が合わない
- ・歯がグラグラする
- ・食事中にむせる
- ・うまく飲み込めない
- ・食事量が減ってきた
- ・噛みにくい



など、こんな症状にお悩みの方はご相談ください。

訪問歯科診療をご希望する場合は・・・

まずは、かかりつけ歯科に相談しましょう

かかりつけ歯科がない場合は

「在宅要介護高齢者等 歯科保健推進事業」へご相談ください。

◆ 対象者：下記の項目をすべて満たす方

- ①鹿沼市在住の方
- ②在宅で要介護状態の方（おおむね要介護4以上、通院困難な方）
- ③おおむね65歳以上の方

◆ 内 容：歯科医師等が訪問して行う義歯の調整、歯周病・むし歯の応急処置等

◆ 申込み：健康課市民健康係へ

電話（0289）63-8312

※施設に入所されている方は、施設にご相談ください。

利用者負担

介護保険で利用する場合	医療保険で利用する場合
原則1割負担 ・65歳以上では所得により2割または3割負担	1割から3割負担 ・70歳以上では所得により負担割合が異なります
居宅管理指導（介護保険）＋治療費（医療保険）がかかります。 別途交通費がかかる場合があります（300円～）。	

(5) 訪問看護ステーション



- ◇ 看護師等が住まいを訪問し、療養生活を送っている方の看護を行うサービスです。
- ◇ 本人や家族の意思、ライフスタイルを尊重して、QOL（生活の質）が向上できるよう予防的支援から看取りまで支えます。
- ◇ 指示書がある方（利用者）のみならず、家族の介護疲労度もチェックしています。利用者の健康課題を早期に発見し、医師や多職種と連携して病気の発症や重症化を防止します。

訪問看護を受けられる人は…

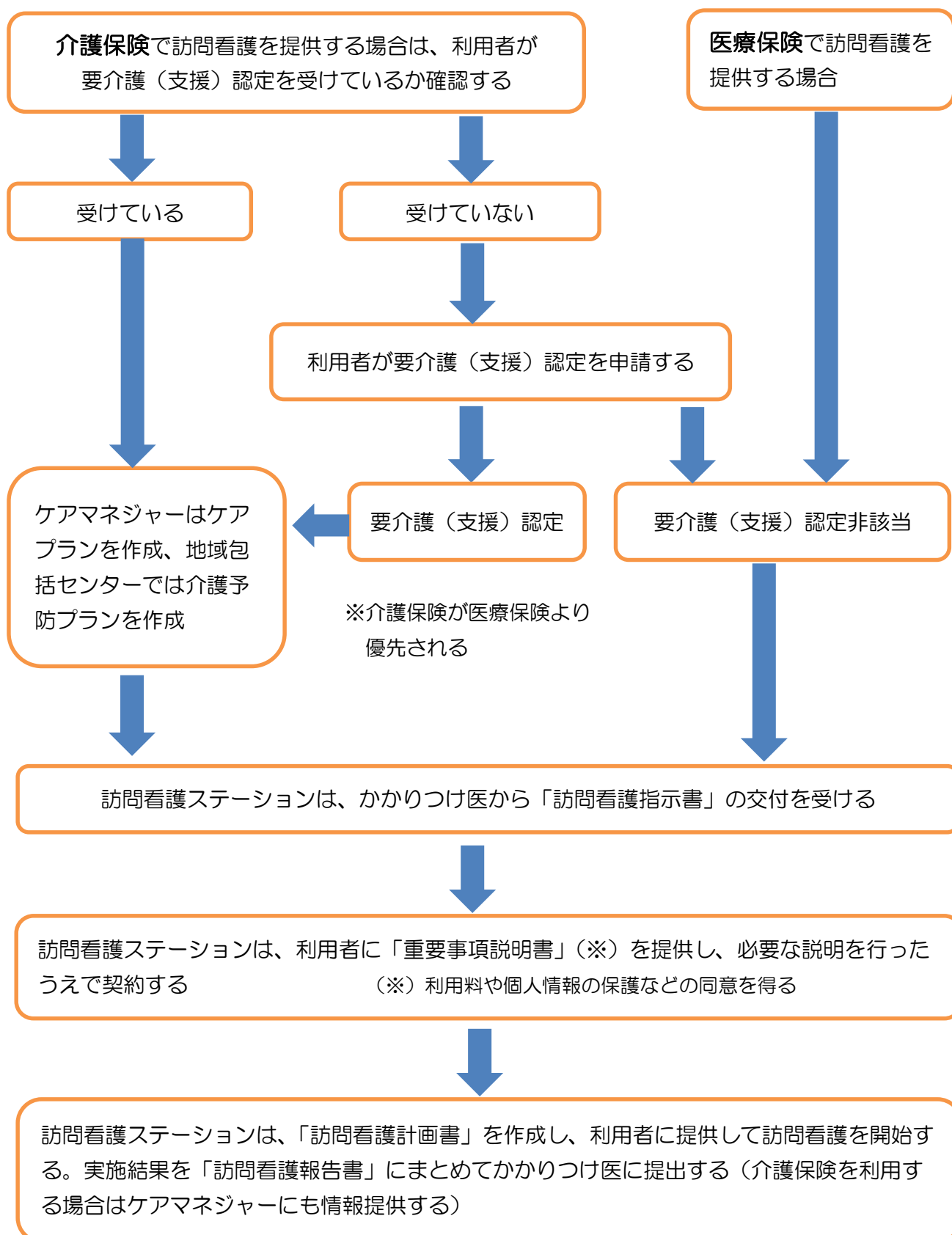
- ◇ 病気や心身の障がいのために、療養生活の支援や終末期ケアを必要とする方
- ◇ 乳幼児から高齢者まで、かかりつけ医が訪問看護の必要性を認めたすべての方

サービス内容	
◆療養生活の相談・支援 食事や運動、口腔ケア、排せつのケアなど様々な療養上の助言を行い、健康状態の維持・改善を図る	◆病状や健康状態の管理と看護 体温や脈拍、血圧、呼吸などをチェックし、状態に応じて助言
◆医療処置・治療上の看護 医師の指示による医療処置 在宅酸素、人工呼吸器など医療機器の管理 点滴・注射・服薬の指導	◆療養環境の調整 医療機器の配置 福祉用具・住宅改修の助言
◆リハビリテーション 運動機能の回復・低下予防 飲み込む機能の回復・低下予防	◆家族等への介護支援・助言 介護方法の指導ほか、さまざまな相談対応

利用者負担	
介護保険で利用する場合	医療保険で利用する場合
原則 1 割負担 ・ 65 歳以上では所得により 2 割または 3 割負担	1 割から 3 割負担 ・ 70 歳以上では所得により負担割合が異なります
別途交通費がかかる場合があります。	



介護保険または医療保険で訪問看護を提供するときの流れ



(6) ケアマネジャー



ケアマネジャーは在宅生活に関する専門職であり、福祉や保健医療の分野での実務経験がある人が取得できる公的資格で、正式には「介護支援専門員」といいます。

仕事内容は？

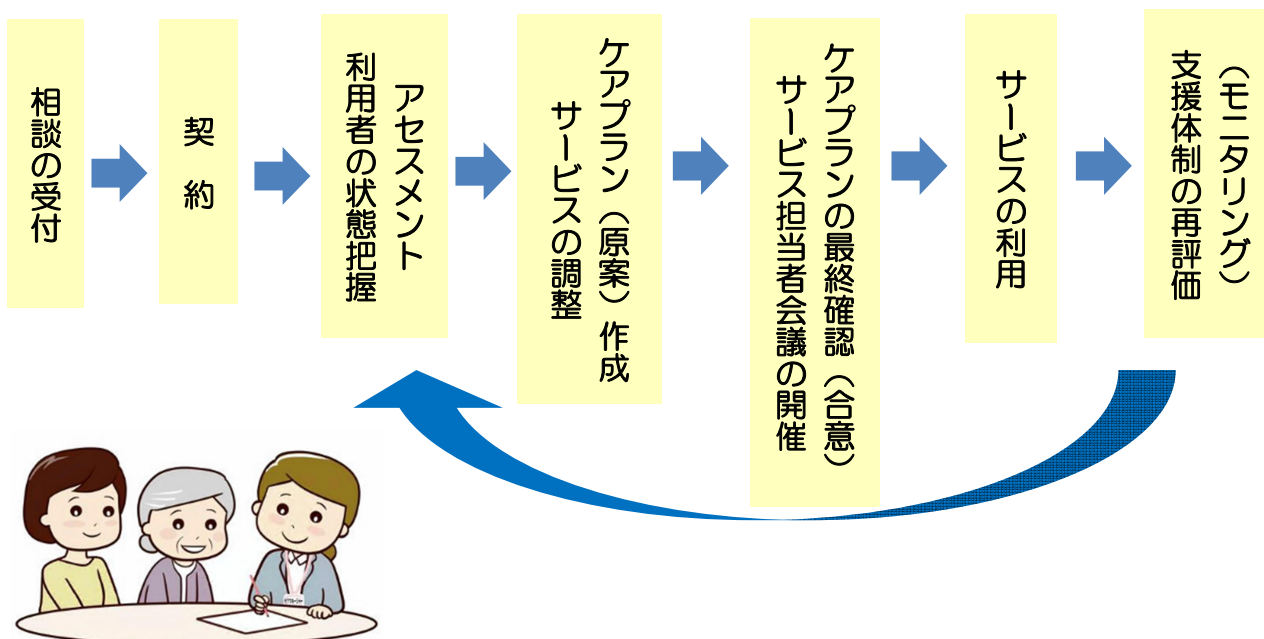
ケアマネジャーは支援が必要な方、その家族などから相談を受け、その方の心身の状況に応じて尊厳を保ちながら住み慣れた地域生活ができるよう、総合的なコーディネートやマネジメントを行います。

介護保険制度を推進していくうえで、支援が必要な方やその家族と介護サービス等を提供する施設や業者とをつなぐ橋渡しの役割を担っています。

具体的には…

利用者の面談、ケアプランの作成、介護サービスを提供する施設や事業所との調整、行政、医療機関、地域との連携、モニタリングの実施などです。

ケアマネジメントの流れ





(7) 薬剤師

薬局で、薬剤師は以下のような業務をします

◆ 飲み方の工夫

薬の飲み忘れを防ぐために1回ごとに分包したり、飲みやすい製剤への変更を提案します。

◆ 薬の効果・副作用の確認

手の震えが出た、便秘になった等、体調の変化がある場合副作用の可能性がないかチェックします。

◆ 終末期医療での役割

疼痛コントロールや外来化学療法への対応、点滴などの無菌調整剤を供給します。

◆ 残薬調整や

受診日のコントロール

多科受診している方の残薬調整や受診日調整を提案します。

◆ 衛生材料の供給

ガーゼやドレッシング材（皮膚創部の被覆材）など、介護用品の相談をお受けいたします。

◆ かかりつけ薬局

薬をひとつの薬局で管理することにより、重複投与を防いだり、相互作用のチェックを行います。

お薬手帳活用のすすめ

- ◇ いままでどこの医療機関を受診し、どんなお薬を服用しているか確認できる
- ◇ アレルギー、過去にかかった病気などの情報を得ることができる
- ◇ 医療と介護、多職種の方との橋渡しとして活用できる



※ 薬剤師に訪問してほしい時は、かかりつけ医師、薬局の薬剤師、ケアマネジャー等にご相談ください。また、薬局にて、ご家族や各専門職の方へ薬の注意点や副作用等の説明をしたり、相談を受けることもできます。

介護保険または医療保険による薬剤師訪問サービス

- ◇ 訪問サービスが必要であると医師が認め、薬剤師に対して訪問指示がある
- ◇ 利用に対し患者（家族）の同意がある
- ◇ 通院来局が困難（歩行困難、認知機能の低下などで介助が必要など）で、自宅での薬の使用や管理に不安がある

※ すべての項目にあてはまる方が対象となります

利用者負担 ●介護保険：原則1割負担、65歳以上では所得により2割または3割負担
●医療保険：70歳以上では所得により1割から3割、負担割合が異なります

※ 薬剤師の在宅訪問については、かかりつけ薬局にご相談ください



(8) 管理栄養士



☆訪問栄養指導とは…

通院などが困難な方のために、管理栄養士がご家庭に定期的に訪問し、療養上必要な栄養や食事の管理及び指導を行うものです。

食事や栄養のことへの不安、栄養状態の改善アドバイスをを行います。

「通院が困難で自宅で療養中の方」「食欲不振や体重減少に悩む方」「摂食・嚥下機能の低下がある方」「低栄養の状態の方」「糖尿病や高血圧などの生活習慣病で改善が必要である方」など

管理栄養士は、以下のような業務をします。

- 身体状態のチェック
- 疾患に関する食事、食形態などの指導
- 調理指導（ヘルパーや家人へも可）
- 介護用食品の紹介
- 食事摂取量や栄養状態のチェック
- 食習慣に合わせたメニューの提案
- 栄養補助食品の使用方法的説明
- その他栄養に関するお困りごとの相談

*管理栄養士に訪問してほしい時は、かかりつけ医師、ケアマネジャー等にご相談ください。訪問だけでなく、ケアマネジャーや事業所スタッフ等への助言・相談も行います。



利用者負担	
介護保険で利用する場合	医療保険で利用する場合
原則 1 割負担 ・65歳以上では所得により2割または3割負担	1 割から3割負担 ・70歳以上では所得により負担割合が異なります
*別途費用：交通費や調理指導時の材料費は実費となります。	

訪問栄養指導を希望する場合は…

◆ 「栃木県栄養士会 栄養ケア・ステーション」

栃木県栄養士会 〒321-0933 栃木県宇都宮市築瀬町 1897-9

TEL：(028) 634-3438 FAX：(028) 634-3467

e-mail：t-eiyoushikai@crux.ocn.ne.jp

(9) リハビリテーション専門職

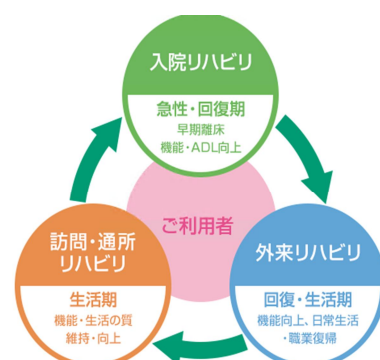


理学療法士、作業療法士、言語聴覚士はこんな業務をします。

理学療法士 (PT)：座る、立つ、歩くなど、日常生活に必要な基本動作の指導
 作業療法士 (OT)：身体の応用的な動作能力（食事やトイレなど、生活で行われる活動）、社会適応能力（地域活動への参加等）の指導
 言語聴覚士 (ST)：言語によるコミュニケーション能力や摂食・嚥下などの指導

在宅で利用できる訪問リハビリテーションとは・・・

- ◇ 何らかの原因で通院・通所が困難な場合
- ◇ 退院直後などに家屋内での日常生活の確立が必要な場合
- ◇ 家屋状況の確認を含めた介護予防のリハビリが必要な場合など
かかりつけ医・事業所の医師に訪問リハビリが必要と判断された方が
 利用できます。



訪問リハビリテーションの目的

訪問リハビリテーションの目的は、利用者の実際の生活の場にお伺いして、日常生活の自立と家庭内、さらには社会参加の向上を図ることです。

期待できる効果

- ◇ 身体の機能維持及び向上
- ◇ 住環境への適合や福祉用具の適切な活用により生活場面に即した能力の向上
- ◇ 介護者に対し、適切な介助法を提案することで介護者の心理的、身体的負担軽減

* 自宅退院直後、2週間以内の早期介入がより効果的とされています。

利用者負担	
介護保険で利用する場合	医療保険で利用する場合
原則 1 割負担 ・ 65 歳以上では所得により 2 割または 3 割負担	1 割から 3 割負担 ・ 70 歳以上では所得により負担割合が異なります
別途交通費がかかる場合があります。	



(10) 在宅医療・介護連携相談窓口

医療・介護 関係者の皆さんへ

医療と介護を必要とする市民が、住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を送ることができるよう、在宅療養を支える医療や介護関係者の皆さまをつなぐ相談窓口です。医療・介護等サービス事業者からの在宅医療サービスに関する相談に対して、必要な情報提供、支援、調整を行います。

また、市民から直接、相談を受ける地区担当の「地域包括支援センター」とも連携して、専門機関同士の連携体制をつくります。

こんな相談内容にお応えします

- Q. かかりつけ医がいないけど、どうしたらいいの？
- Q. 訪問診療をしてくれる医師や歯科医師を探しているが見つからない。
- Q. 訪問してくれる薬剤師を教えて欲しい。
- Q. 訪問看護ステーションと連携するためにはどうしたらいいの？
- Q. 訪問看護を利用したいので依頼先を教えて欲しい。
- Q. 退院が決まった高齢者がいるけど、家に帰った後の生活が心配。どこに相談したらいいの？



相談対象	相談業務
地域の医療・介護関係者等 ※市民からの相談は、地区担当地域包括支援センター（15 ページ）が受けます。	①患者・利用者または家族の要望を踏まえた、地域の医療機関や介護事業所等の紹介 ②必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携調整



相談窓口



鹿沼市高齢福祉課 地域包括支援センター 庁舎1階4番窓口

TEL (0289) 63-2175 FAX (0289) 63-2169

※相談日時：月～金曜日（祝日、年末年始を除く）8：30～17：00

(11) 鹿沼市の相談窓口

相談窓口	相談内容	電話番号
高齢福祉課	高齢者の医療・介護・福祉制度の相談	☎63-2175
鹿沼市成年後見センター	成年後見制度に関する相談	
福祉まるごと相談室	福祉に関する総合相談	☎63-8369
介護保険課	要介護認定の申請に関する相談	☎63-2286
	介護保険サービスに関する相談	
障がい福祉課	障がいのある方への各種手帳・福祉制度利用の相談	☎63-2176
生活課	市営墓地に関すること 遺産・相続に関する相談	☎63-2122
消費生活センター	消費者トラブルや多重債務等、消費生活に関する相談	☎63-3313
保険年金課	国民健康保険・後期高齢者医療に関する相談（葬祭費の申請など）	☎63-2166（国保） ☎63-2125（後期）
	国民年金に関する相談	☎63-2125
納税課	納税に関する相談	☎63-2114
建築課	空き家の利用・解体等に関する相談	☎63-2243
行政経営課	財産の寄付に関する相談	☎63-2152

3. 入退院共通連携シート一覧

入退院機能と在宅医療にかかる連携シートを栃木県看護協会・とちぎケアマネジャー協会・栃木県医療社会事業協会で、看護師・ケアマネジャー・医療ソーシャルワーカーで検討し作成しました。

より良い連携のために是非、ご活用ください。



- ◆ 在宅・施設 → 医療機関
 - ・シート
 - ・記入例
 - ・記載時の注意点など
- ◆ 医療機関 → 在宅・施設
 - ・シート
 - ・記入例
 - ・記入マニュアル、記載時の注意点など
- ◆ DESIGN-R（褥瘡アセスメントツール）
- ◆ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
- ◆ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

※ シートは、栃木県看護協会のホームページ <https://www.t-kango.or.jp/>よりダウンロードできます。



氏 名		男性 ・ 女性		生年月日	年齢	歳
住 所		TEL		申請中【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】		事業対象者
緊急連絡先	氏名： (続柄：)	TEL		要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	氏名： (続柄：)	TEL			有効期間【令和1年10月10日～ 令和1年10月10日】	
家族構成	主な介護者	氏名： (続柄)	本人の意向			
		家屋状況 (戸建て ・ 集合住宅) ()階建 居室()階 エレベーター(有・無)	家族の意向			
		年金の種類		国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 身障		
既往歴	かかりつけ医療機関	かかりつけ医には情報提供することを伝える			主治医	
	障害者認定の有無	認定 (なし ・ あり)	障害高齢者の日常生活自立度		自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
生活歴	在宅生活に必要な条件	身体 ()級 精神 ()級 知的 ()級	認知症高齢者の日常生活自立度		自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
		(ケアマネージャーとしての意見)			虐待の可能性の有無	無 ・ 有
入院前の状況						
栄養	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
	形態	主食： 常食 ・ 粥 ・ ペースト				
		副食： 普通 ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ペースト				
		とろみ： なし ・ あり ()				
	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						
排泄	排尿	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
	排便	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
	失禁	なし ・ あり ()				
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等				
入浴	清潔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない				
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭				
移動	歩行	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				
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー				
夜間の状態	睡眠	良眠 ・ 不眠 (状態)				
	睡眠薬	なし ・ ときどき ・ 常用				
認知精神面	認知症状	なし ・ あり				
	専門医への受診	なし ・ あり ()				
	精神状態(疾患)	なし ・ あり ()				
コミュニケーション	会話	可 ・ やや困難 ・ 不可能 ()				
	聴覚	支障なし ・ 支障あり ()				
褥瘡	なし ・ あり (部位)	視覚： 支障なし ・ 支障あり ()				
	体圧分散マット： 使用していた ・ 使用していなかった					
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				
医療的処置	☐ 処置あり ☐ 処置なし ☐ インスリン注射 (内容： 回数 / 日 自己注射 可・不可)	☐ 在宅酸素 ☐ 人工呼吸器				
	☐ 中心静脈栄養 ☐ 喀痰吸引 ☐ 人工肛門 ☐ 疼痛管理 ☐ 膀胱留置カテーテル ☐ その他 ()					
その他連絡事項	その他、連絡事項がある際に記入する					

お願い：カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。薬剤情報は別途添付してください。

事業所名： 連絡先：TEL FAX
担当ケアマネジャー：

氏 名	Tさん		性別	男性	女性	生年月日	M・T・S 24. 7. 27	年齢	65 歳
住 所	A 市 w 町1234番地		TEL	0228-		申請中 【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】			
緊急連絡先	氏名	Oさん (続柄 妹)	TEL	0124-		要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	氏名	Bさん (続柄 弟)	TEL	0648-		有効期間【H26年1月1日 ~ H28年12月31日】			
かかりつけ医療機関	S病院	障害認定	身体障害者手帳(1級:肢体)		障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
主治医	K先生		精神障害者手帳() 療育手帳()		認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
感染症	(無) ・ 有 ()		家族構成			入院前の自宅での生活の様子等			
既往歴	昭和51年 I型糖尿病 平成18年 脳出血(右片麻痺) 平成20年 硝子体出血(全盲)		妹・弟は県外に在住。2~3ヶ月に1回、尋ねてくる。 母親が亡くなってからはその他の親戚との交流は無い			全盲で右片麻痺があるが、住み慣れた家なので一人で歩行し、手探りで歩行し、気ままに生活してきた。日中は、お店だったスペースにある、いすに腰掛け、ラジオを聴いてすごしていた。			
生活歴	くだもの屋の長男として生まれ育つ。結婚暦は無く、両親が亡くなってからは一人暮らしをしてきた。くだもの屋は、脳出血を発症するまでは細々と営業していた。発症後は閉店している。近所との交流はほとんど無い。		主介護者 : なし 住民税: 課税 ・ 非課税 年金の種類: 国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 身障者 保険の種類: 国保 社保 ・ 後期 ・ 公費・その他()			在宅でのサービス利用状況 訪問介護(週7回) 訪問リハビリ(週2回) ガイドヘルパーによる通院介助(月2回)			
入院前の状況						具体的状況・その他特記事項			
栄 養	食事	(自立) ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				朝食は、本人が手探りで米をとぎ、ご飯をたいている。昼食はヘルパーに作ってもらう。夕ご飯は、お弁当の宅配を頼んでいる。レンジでの温めはできる。「おいしいものが食べたい」、と…、通信販売で、季節の旬ものなど、電話で注文し、取り寄せている。それをヘルパーに調理してもらっている。買い物は週1回、ガイドヘルパーと一緒にいる。			
	形態	主食	(常食) ・ 粥 ・ ペースト						
		副食	(普通) ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ペースト						
		とろみ	(なし) ・ あり ()						
方法	(経口) ・ 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ・ 輸液								
排 泄	排尿	(自立) ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				尿意: (あり) ・ なし			
	排便	(自立) ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				便意: (あり) ・ なし			
	失禁	(なし) ・ あり ()				便がゆるいときに、間に合わず、トイレを汚してしまうことがありヘルパー支援時に掃除してもらっている。			
	方法	(トイレ) ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ おむつ ・ カテーテル等							
入 浴	清潔	(自立) ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない				入浴は一人で行いたいという強い希望があり、ヘルパーのいる時間に一人で入浴している。湯船には入らず、シャワー浴である。			
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭							
移 動	歩行	(自立) ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				麻痺の有無 : なし ・ (あり) (右片麻痺)			
	移乗	自立 ・ (見守り) ・ 一部介助 ・ 全介助				慣れた場所(自宅内)は、手探りでゆっくり歩行し移動している。外出の際は、介助者の肩につかまりゆっくり歩行し移動している。			
	方法	(独歩) 杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー							
夜間の状態	睡眠	(良眠) ・ 不眠 (状態)				就寝前に350mlビールを1缶飲むのが日課。それでも寝つきの悪いときには睡眠薬を服用。(本人管理)			
	睡眠薬	なし ・ ときどき ・ 常用							
認知精神面	認知症	(なし) ・ あり				【中核症状】記憶障害 ・ 見当識障害 ・ 知能(判断・理解)障害 実行機能障害 () 【周辺症状】幻覚 ・ 妄想 ・ 昼夜逆転 ・ 介護への抵抗 攻撃的行動 ・ 不潔行為 ・ 徘徊 ・ その他 ()			
	専門医への受診	(なし) ・ あり							
	精神状態(疾患)	(なし) ・ あり ()							
コミュニケーション	会話	(可) やや困難 ・ 不可能 ()				聴覚 : (支障なし) ・ 支障あり () 視覚 : 支障なし (支障あり) (全盲:光はわかる)			
褥瘡	(なし) ・ あり (部位)				体圧分散マット : 使用していた (使用していなかった)				
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				食後、一人で台所のシンクで口をゆすいでいる。				
医療的処置	インスリン注射 (内容 ランタス朝 ノボラピット朝昼夕 回数 4回/日 自己注射 (可) 不可) ・ 在宅酸素 ・ 人工呼吸器 ・ 中心静脈栄養 ・ 喀痰吸引 ・ 人工肛門 ・ 疼痛管理 ・ 膀胱留置カテーテル ・ その他 ()								
その他連絡事項	「気ままに自由に自宅で暮らしたい」というのが、本人の強い希望です。								

お願い : カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。

事業所名 : ○×ケアプランセンター 連絡先 : TEL 0228- FAX 0228-

担当ケアマネジャー : F田 F代

記載時の注意点など

介護認定の状況に○をつける。

かかりつけ医には、情報提供することを伝えること

自宅での生活状況や、本人や家族の想いなど、「入院前の日常」の様子がわかるよう、必要な情報を記入する。

家族構成は、図を用いて表現する。家族背景等、留意すべきことも記入する。

出身地や職歴など、これまでの本人の生活の歴史がわかるよう、必要な情報を記入する。

各項目の、具体的な状況や詳細等、伝えたい情報を記入する。
(例) 食事: 自宅では朝兼昼食と夕食の2食のみ。
排泄: 夜間は尿器で日中はトイレで排尿。

認知症状の具体的な状況を○で囲み、伝えたい状況を記入する。

あてはまる処置をまるで囲む。

その他、連絡事項がある際に記入する。

氏名	男性	年齢	歳
住所	TEL	申請中【新規・更新・変更】	
緊急連絡先 氏名	(続柄)	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
氏名	(続柄)	有効期間	
かかりつけ 医療機関	身体障害者手帳 ()	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
主治医	障害認定 ()	認知症高齢者の 日常生活自立度	
感染症: 無・有 ()	療育手帳 ()	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
既往歴	家族構成	入院前の自宅での生活の様子等	
生活歴	主介護者: ()	在宅での サービス 利用状況	
	年金の種類: 国民・厚生・共済・身障者	家屋状況	
	保険の種類: 国保・社保・後期・公費・その他 ()	段差 あり・なし	手すり あり・なし
入院前の状況			
栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	
	主食: 常食・粥・ペースト		
	副食: 普通・ソフト食・刻み・ペースト		
	とろみ: なし・あり ()		
排泄	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	
	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助	
入浴	失禁	なし・あり ()	
	方法	トイレ・ポータルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等	
	清潔	自立・一部介助・全介助・行っていない	
	方法	一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭	
移動	歩行	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	
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー	
	睡眠	良眠・不眠 (状態)	
認知 精神面	睡眠薬	なし・ときどき・常用	
	認知症: なし・あり		
	専門医への受診: なし・あり		
	精神状態(疾患): なし・あり ()		
コミュニケーション	会話: 可・やや困難・不可能 ()		
	なし・あり (部位)		
	自立・見守り・一部介助・全介助	義歯: あり・なし	
	インスリン注射(内容 回数 /日 自己注射 可・不可)	在宅酸素・人工呼吸器・中心静脈栄養	
その他	医療的処置	喀痰吸引	人工肛門・疼痛管理・留置カテーテル・その他 ()
	連絡事項		
	その他		
	連絡先: TEL		

お願い: ガンフアレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。

事業所名:

連絡先: TEL

FAX

担当ケアマネジャー:

入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)

様

作成日:

氏名				性別		生年月日				年齢		
入院期間	～			要介護度	未申請	再申請中	新規申請中			非該当		
病名					要支援	1	2	要介護	1	2	3	4
				身長	cm			体重	kg			
入院中の経過												
家族構成				既往歴		(本人)病気の捉え方と在宅療養に関する意向						
						コミュニケーション 不可 可能 ツール 言語 筆談 ジェスチャー 他 (家族)病気の捉え方と在宅療養に関する意向						
キーパーソン:												
連絡先:												
入院中の状況						在宅療養上の留意事項						
栄養	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	食事内容: 一般食 特別食 ()						
	食形態	主食(常食 粥 ペースト)				Kcal g						
		副食(普通 ソフト食 刻み ペースト)				禁止食品:						
	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				経管栄養の内容・量等:						
排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	カテーテル:(尿道 膀胱ろう 腎ろう) 導尿: 時間毎 サイズ: Fr 最終交換日:						
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	排便状況:(回1日) 排便コントロール: 不要 要						
	失禁	なし	あり	()				便秘薬使用状況:				
	方法	トイレ ポータブルトイレ おむつ カテーテル等				オムツ・リハビリパンツ:(常時 夜間のみ)						
入浴	清潔	自立	一部介助	全介助	行っていない	入浴の制限: なし あり						
	方法	一般浴 シャワー浴 機械浴 清拭				体温:(度)以上中止 血圧:(mmHg)以上中止						
移動	方法	独歩 杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 ストレッチャー				リハビリの内容:						
	歩行	自立	見守り	一部介助	全介助	運動制限: なし あり ()						
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	不眠時対応:						
夜間の状態	不眠	良眠	不眠	(状態:)								
	睡眠薬	なし	ときどき	常用								
認知 精神面 *	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M					認知症状: 記憶障害 幻覚/妄想 昼夜逆転 介護への抵抗						
	障害高齢者の日常生活自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2					暴言/暴力 不潔行為 徘徊 その他						
褥瘡 *	精神状態(疾患): なし あり ()											
	部位	d	e	s	i	g	n	p	体圧分散マット: 不要 要 マットの種類: ()			
	部位	d	e	s	i	g	n	p	体位変換: 不要 要 ()時間毎			
口腔清潔	自立	見守り	一部介助	全介助	口腔の痛み: なし あり ()							
						義歯: なし あり ()						
感染症の有無	なし	あり	()				退院後必要な福祉用具					
医療的処置の有無	なし	インスリン注射(自己注射: 可 不可 回数: 回)					在宅酸素		人工呼吸器			
	あり	非侵襲的人工呼吸器 (使用状況: 常時 夜間のみ 昼のみ)					中心静脈栄養					
	喀痰吸引 (回数: 回) 気管切開カニューレ挿入					人工肛門		疼痛管理				
その他												

情報提供元の医療機関名:

* 別紙判定基準参照

所属:

記載者氏名:

責任者氏名:

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆):

出来る限り、略語は使わず記載する。

特にがん終末期や予後不良状態の方の退院は次のようなことも記載する。①医師からどのような病状説明がされているか ②最期の時の迎え方 ③退院後の通院先

家族構成は図にて表現する。

○女性 □男性 (本人は二重表記) 死亡は●■ 同居は囲む

家族背景も気になることは記載する。

例) 日中独居 別居の子供たちの住居区 介護力など

入院中の状況で、「一部介助」の場合は、どの程度の介助を要するのか言葉で表現する。スペースもしくは、下記のその他へ記載

嚥下状態や痰がある場合は排痰の状況など記載する。

例) 吸引回数や時間帯 自己嚥出の有無など

最終排便日を記載する。

退院後の入浴サービスの利用時に参考になるため、医師に確認す

リハビリ継続が望ましい時は、リハビリスタッフにも情報提供書作成を依頼する。

添付資料を参考に記入する。

医療的処置について、ここだけで情報提供が困難な場合は別紙に詳細記入する。(看護サマリーなど)

その他に今後在宅介護時に役に立つと思われる情報を記載する。

患者情報を有効的に活用し共有するために、このシートのみでは不十分と思われる場合は、看護サマ

氏名	性別	年齢	作成日	平成	年	月	日
入院期間	未申請・再申請中・新規申請中・非該当	要介護	1・2	要介護	1・2・3・4・5		
病名	身長	cm	体重	Kg			
入院中の経過:							
家族構成	既往歴	(本人) 病気のとらえ方と在宅療養に関する意向 コミュニケーション(不可) ツール(言語・筆談・ジェスチャー・他) (家族) 病気のとらえ方と在宅療養に関する意向					
キーバートン:							
連絡先:							
在宅療養上の留意事項							
食事	自立・見守り・一部介助・全介助	食事内容: 一般食・特別食()					
形態	主食(常食・粥・ペースト)	Kcal g					
方法	副食(普通・ソフト食・刻み・ペースト)	禁止食品:					
経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液	嚥下: 良・不良	嚥下状況: 良・不良					
排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	カテーテル: (尿道・膀胱ろう・腎ろう) 導尿: 時間毎 サイズ: Fr 最終交換日					
排便	自立・見守り・一部介助・全介助	排便状況: (日1回) 排便コントロール: 不要・要 失禁: なし・あり() 便秘薬使用状況:					
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助	オムツ・リハビリパンツ: (常時・夜間のみ) 入浴の制限: なし・あり 体温: (度) 以上中止 血圧: (mmHg) 以上・(mmHg) 以下中止					
移動	自立・見守り・一部介助・全介助	リハビリの内容: 運動制限: なし・あり() 不眠時対応:					
夜間の状態	睡眠薬 なし・ときどき・常用						
認知機能	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IV・M	認知症状況: 記憶障害・幻覚・妄想・昼夜逆転・介護への抵抗・ 障害高齢者の日常生活自立度: 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 禁言・暴言・不穏行為・徘徊・その他					
褥瘡	部位 I _d I _e I _s I _i I _g I _n I _p	体圧分散マット: 不要・要 マットの種類: ()					
口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	口腔の痛み: なし・あり() 義歯: なし・あり()					
感染症の有無	なし・あり()	退院後必要な福祉用具					
医療的処置の有無	なし あり	インスリン注射: (自己注射: 可・不可 回数:) 在宅酸素 人工呼吸器 非侵襲的人工呼吸器: (使用状況: 常時・夜間のみ・屋のみ) 中心静脈栄養 喀痰吸引 (回数:) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 疼痛管理					
その他							

記載者と受持ち看護師が異なる場合は、受持ち看護師名も記載する。

責任者氏名:

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆): ○△ ○○

DESIGN-R

Depth 深さ 創内の一層深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する						
d	0	皮膚損傷・発赤なし			3	皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤			4	皮下組織を超える損傷
	2	真皮までの損傷		D	5	関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合
					U	深さ判定が不能の場合
Exudate 浸出液						
e	0	なし				
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない		E	6	多量:1日2回のドレッシング交換を要する
	3	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する				
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定:【長径(cm)×長径と直交する最大径(cm)】*3						
s	0	皮膚損傷なし				
	3	4未満				
	6	4以上 16未満		S	15	100以上
	8	16以上 36未満				
	9	36以上 64未満				
	12	64以上 100未満				
Inflammation/infection 炎症/感染						
i	0	局所の炎症兆候なし		I	3	局所の明らかな感染徴候あり(炎症兆候、膿、悪臭など)
	1	局所の炎症兆候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)			9	全身的影響あり(発熱など)
Granulation tissue 肉芽組織						
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない			4	良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		G	5	良性肉芽が、創面の10%未満を占める
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める			6	良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する						
n	0	壊死組織なし		N	3	柔らかい壊死組織あり
					6	硬く厚い密着した壊死組織あり
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)【長径(cm)×短径*1(cm)】から潰瘍の大きさを差し引いたもの						
p					6	4未満
				P	9	4以上 16未満
	0	ポケットなし			12	16以上 36未満
					24	36以上

部位 [仙骨部、坐骨部、大転子部、腫骨部、その他]
* 1 : “短径”とは “長径と直交する最大径”である
* 2 : 深さ (Depth:d.D) の得点は合計には加えない
* 3 : 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する

合計 * 2

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ほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰もが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまででき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	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、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、排尿が上手に出来ない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、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	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や周辺症状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、他害など精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態など。

「認知症の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号）厚生省老人保健福祉局通知より引用

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	室内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出していない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	室内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位は保つ 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

*判定に当たっては補助具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない

「認知症の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号）厚生省老人保健福祉局通知より引用

鹿沼市 在宅療養多職種連携ガイドブック（平成31年 3月発行）
（令和 2年 6月改訂）
（令和 3年11月改訂）
（令和 6年 9月改訂）
（令和 7年11月改訂）
（令和 8年 9月改訂）

初刊編集：鹿沼市在宅医療介護連携推進ワーキング会議

発行：鹿沼市高齢福祉課地域包括支援センター

〒322-8601

鹿沼市今宮町 1688-1

電話：0289-63-2288

FAX：0289-63-2169

