



ふじつピア圏域の



医療と介護をつなぐ

Q & A



〔2023年（令和5年度） 専門職版Q&A〕

※藤枝市地域包括支援センター（安心すこやかセンター）は、藤枝市が委託した市内高齢者のための総合相談窓口です。

藤枝市地域包括支援センター（安心すこやかセンター）ふじつピア

所在地：藤枝市時ヶ谷417番地2 電話：054-638-5259

緊急時（24時間連絡窓口） 090-3421-5259

【圏域（担当地域）】
西益津地区の全町内会
藤枝地区の全町内会

【目次】

1) 介護から診療所へ	p1～p14 (No.1～No.39)
相談	No. 1～No. 6
サービス利用	No. 7～No. 13
各種疾患	No. 14～No. 39
2) 介護から藤枝市立総合病院へ	p15～p18 (No.40～No.52)
入退院連携	No. 40～No. 47
外来受診	No. 48～No. 49
緊急時対応	No. 50～No. 51
栄養	No. 52
3) 介護から薬局へ	p19～p29 (No.53～No.84)
訪問	No. 53～No. 60
連携	No. 61～No. 69
薬剤	No. 70～No. 83
お薬手帳	No. 84
4) 介護からリハビリへ	p30～p33 (No.85～No.89)
訪問	No. 85～No. 87
通所	No. 88～No. 89

【目次】

5) 介護から訪問看護へ	p 34～ p 35 (No.90～No.93)
サービス	No. 9 0～No. 9 2
連携	No. 9 3
6) 介護から歯科へ	p 36～ p 41 (No.94～No.118)
受診	No. 9 4～No. 9 8
訪問歯科	No. 9 9～No. 1 0 1
口腔ケア	No. 1 0 2～No. 1 0 5
義歯	No. 1 0 6～No. 1 1 4
その他	No. 1 1 5～No. 1 1 8
7) お医者さんから介護へ	p 41～ p 48 (No.119～No.132)
緊急時	No. 1 1 9～No. 1 2 0
連携	No. 1 2 1～No. 1 2 9
社会資源	No. 1 3 0～No. 1 3 2
8) その他	p 49～ p 52 (No.133～No.137)

巻末参考資料

1) 介護から診療所へ

No.	項目	Question	Answer
1	相談	初めてかかりつけ医をお願いする場合、ケアマネジャーはどんな情報をお伝えしたらよいですか？	まず、病状（身体状況、精神状況）の発症から経過、家族の状況や、家族との関係、経済状況などを知らせていただきたいと思います。また、過去の健診データや医療機関受診時のデータなどがあれば、あわせてお知らせいただければ幸いです。
2	相談	先生に相談したい場合、どのように連絡をしたらよいですか？	面会等のアポイントを取っていただければ良いと思います。また、時間が取れない場合や、お急ぎの場合は、休憩時間などでのお電話、メール等で連絡いただければ良いと思います。
3	相談	次の診察日までの間に体調を崩されたり、著しい体力低下があった時、対象となる利用者が独居又は家族が適切な情報提供が行えない場合、ケアマネジャーから先生に情報提供を行った方がよいですか？	ぜひ、情報提供をお願いいたします。 状況に応じて、手遅れにならないように、往診（訪問診療）を行ったり、総合病院等への救急搬送等を指示させていただきます。
4	相談	急変時、診療時間外や休診で主治医と連絡が取れない場合、どのようにすればよいですか？	予め、急変時の連絡方法を確認しておいたほうが良いのですが、その方法がない場合は、総合病院等に救急搬送していただく方が、安全だと思われれます。 後日、総合病院からも連絡が入ることが多いのですが、翌日までに救急搬送した旨をご連絡いただければ幸いです。改めて、診療所から総合病院に紹介状を送ることになります。

No.	項目	Question	Answer
5	相談	<p>今まで診療所に通院できていた高齢者が、通院が大変だと感じてきた場合、どのタイミングで先生に相談すればよいですか？</p>	<p>基本的には、自力で通院することが困難になった場合です。これには、文字通り、ご自分の足で通院すること、すなわち、歩行困難になった場合と、通院の為の手段（交通手段）がない場合があります。通院困難な場合、訪問診療（往診を含む）になりますが、本来は、前者が保険診療上の要件になります。しかし、実際には、後者でも訪問診療となっていることが多いと思われます。なるべく、早めにご相談いただければ幸いです。</p>
6	相談	<p>在宅での介護を希望していた方が、病院や施設にお願いしたいと気持ちが変わった場合、ケアマネジャーはどうしたらよいですか？</p>	<p>ご本人の気持ち、ご家族家庭状況によって、方針が変わることは致し方ないと思います。方針が変わったことを早めに主治医に伝えていただければよいと思います。主治医から病院や施設に対して、情報提供をさせていただきます。</p>
7	サービス利用	<p>本人や家族が訪問看護サービスを希望しています。どのように先生に相談をしたらよいですか？</p>	<p>第1に、なぜ訪問看護を希望しているのか確認してください。その上で、ケアマネジャーとして訪問看護が必要か、検討をしてください。または、かかりつけ医にご本人またはご家族が希望していることを連絡してください。</p> <p>医師が必要と判断すると【訪問看護指示書】を出します。ただし、医師の【訪問看護指示書】はご本人宛に書くものではなく、訪問看護事業所宛てに発行されます。訪問看護の利用については、ご本人・ご家族が希望する場合と、かかりつけ医から訪問看護が必要と説明を受ける場合があります。</p>

No.	項目	Question	Answer
8	サービス利用	<p>かかりつけ医から【特別指示書】を出すからと言われました。【特別指示書】とは何ですか？</p>	<p>正確には、【特別訪問看護指示書】といいます。訪問診療している方が、急に具合が悪くなったり（急性増悪）、褥瘡D3・Ⅲ度以上のものや疾患の末期状態（終末期）に陥ったりした場合、退院直後から在宅生活が安定するまでなどに発行する指示書です。週4回以上の頻回の訪問看護を一時的に行う必要性を認めた場合、ご本人の同意を得た上で、訪問看護ステーションに対して、1ヵ月に1回を限度として交付できるものです。疾患によっては、2回交付できるものがあります。</p>
9	サービス利用	<p>担当している利用者が、訪問看護ステーションを利用されています。ケアマネジャーは、先生とどの様に関わればよいですか？</p>	<p>医療機関と訪問看護ステーションは、訪問看護指示書に加えて、綿密に連絡を取り合っていることが多いと思います。しかし、ケアマネジャーは介護において中心的存在です。及び腰にならず、利用者本人の立場に立って、積極的に関わっていただきたいと思います。</p>
10	サービス利用	<p>介護保険の医療系サービスの導入にあたり、主治医の意見をお伺いする必要があります。いつ、どのようにすればよいですか？</p>	<p>医療系サービス(訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ等)の導入を検討された場合は、お気軽にお電話いただいたり、面会のアポを取っていただければ良いと思います。また、お急ぎの場合や、電話・面会などの時間が取れない場合は、【医療と介護連携・連絡表※文末参考資料参照】等をFAXしていただければ良いと思います。</p>

No.	項目	Question	Answer
11	サービス利用	先生に【指示書】をお願いすることがありますが、料金はかかりますか？	保険上、訪問リハビリテーション診療情報提供書料などの加算（250点、2500円）、訪問看護指示書の加算（300点、3000円）がありますので、そちらでの請求となります。ご本人の負担は、医療保険上の負担割合（1～3割）となります。
12	サービス利用	医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ等）の回数を変更したり、中止をしたりしたい場合、主治医への相談はどのようにすればよいですか？	直接、面会のアポを取っていただいて面談したり、電話連絡をいただいたりすれば良いと思います。また、【医療と介護連携・連絡表】等をFAXしていただいてお答えすることもあります。
13	サービス利用	【通所介護】で機能訓練を受ける場合、主治医のご意見はどのようにお伺いすればよいですか？	電話、メール、FAX、書面等で問い合わせただけ良いと思います。
14	各種疾患	慢性肺疾患の方の入浴で気をつけることはありますか？	入浴は体力を消耗するので、どれだけ動けるか、労作時のSpO2が下がってしまう人なら、無理をせず、機械浴などにして、対応をする方が良いでしょう。
15	各種疾患	肺疾患のある方が運動をしてよいですか？	一概には言えないのですが、苦しいからと言って、じっとしている必要はありません。動ける範囲で動いた方が良いでしょう。

No.	項目	Question	Answer
16	各種疾患	肺疾患のある方の食事について、何か気をつけることはありますか？	<p>あまり量が食べられなくなるので、高カロリーなものを食べると良いです。特にサラダ油は、すぐにエネルギーになるので有効です。栄養士も推奨しています。</p> <p>一度にたくさん食べられない分、高カロリー食を少しずつ食べると良いです。</p>
17	各種疾患	肺疾患のある方が飲酒をしてもよいですか？	<p>多量に飲酒することは控えたほうが良いです。適量を守ることが大切です。はっきりした目安はありませんが、呼吸苦や動悸がしない程度、日本酒・ワインで1合程度までが限度でしょう。</p>
18	各種疾患	肺疾患のある利用者が受診する時、ケアマネジャーから主治医に情報をお伝えした方がよいですか？	<p>医師はあまり在宅での様子を知りません。診察室で患者が「苦しくない」と言えば、（実際は苦しいときがあったとしても）そのまま言葉を受け止めてしまいます。在宅での情報は大事ですので、主治医が知らないことで、ケアマネジャーが知っていることは伝えてほしいです。</p>
19	各種疾患	【COPD（慢性閉塞性肺疾患）】の特徴は何ですか？どの様に対応をすればよいですか？	<p><症状の特徴></p> <p>労作性呼吸困難・咳・喀痰・多様な全身症状・全身の浮腫み・夜間の頻尿</p> <p>心理的抑うつ状態・不安などの精神的な症状</p> <p><対応について></p> <p>治療をすることは難しいため、いかに現在の状態を維持していくかが重要です。</p> <p>炎症などにより、一気に悪くなる状態を避けることが重要です。</p>

No.	項目	Question	Answer
20	各種疾患	<p>【COPD（慢性閉塞性肺疾患）】の栄養管理について教えてください。</p>	<p>疾患の進行に伴い、体重の減少や、栄養障害が出てきます。高エネルギー・高たんぱく食が良いでしょう。その他、骨粗鬆症の頻度が高くなるため、カルシウム摂取は重要です。食事摂取量を増やすことが困難な場合は、栄養補助食品を考慮しましょう。</p>
21	各種疾患	<p>【COPD（慢性閉塞性肺疾患）】の利用者が退院して自宅に戻る際、病院に確認しておくことは何ですか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・酸素量 5 L/分以上の場合は、加湿が必要です。 ・自宅環境、トイレ、浴室への動線を確認しましょう。 ・入浴時の酸素の指示を確認し、入浴方法を必ず確認しましょう。 ・退院時に通院する医療機関を確認しましょう。 ・訪問看護を導入しましょう。 ・災害時の対応を確認しましょう。 ・携帯酸素ボンベの残量確認、注文方法を確認しましょう。 ・内服薬、吸入薬の管理について確認しましょう。 ・退院日の初回受診日の確認をしましょう。
22	各種疾患	<p>【慢性腎不全】の利用者のケアマネジメントの際、必要なことは何ですか？</p>	<p>「バイタル」「体重」「水分量」「食事量」「服薬」の確認が最低限必要な確認事項です。ケアマネジャーとしては、これらのことをきちんと確認することを援助するプランの作成が必要です。</p>

No.	項目	Question	Answer
23	各種疾患	【糖尿病】末期は、どのような状態ですか？	<p>糖尿病末期になると、糖分の利用ができなくなってくるため、やせ細ってきます。合併症として、腎不全、視力障害（失明）、下肢の血行障害による切斷などが起こり得ます。また、それ以前に、大動脈から中小の動脈の動脈硬化が進展し、いつ大動脈が破裂してもおかしくありません。心筋梗塞や脳梗塞を起こすリスクも高いと思います。食事の注意点としては、カロリーや水分、塩分の制限を守り、主治医とよく相談してください。</p>
24	各種疾患	Ca（癌）患者を、地域のかかりつけ医で見てもらいたい場合はどうすればよいですか？	<p>麻薬管理ができる医師（麻薬免許を有する医師）に、往診や訪問診療の主治医になってもらうことが望ましいです。</p>
25	各種疾患	「Ca(癌)」「末期」の2つがいたら、医療保険などの取り扱いはどうなりますか？	<p>基本的に、医療保険扱いになります。「Ca（癌）」のみなら、介護保険扱いになります。</p>
26	各種疾患	食事をしなくなったら、どのくらいの期間が危険レベルですか？	<p>基本的に人間は、食事をしなくなってから、一週間から10日で絶命することが多いです。ただし、水分摂取だけでも行えれば、1ヵ月程度生存可能とも言われています。</p>

No.	項目	Question	Answer
27	各種疾患	認知症の薬を飲んで副作用が出たら、どうすればよいですか？	副作用が出たら、薬の内服はやめてください。受診の際、どのような症状が出たのか、分かりやすく医師に伝えてください。例えば、「下痢が続いている」「気持ちが悪い」など、症状を伝えたほうが良いです。
28	各種疾患	認知症の受診にケアマネジャーが付き添うべきかどうか悩みます。	基本的に、受診は家族のみが良いと思います。家族によっては、隠したがることもあります。情報を頂くのであれば、簡条書きで出してもらおう程度で良いと思います。
29	各種疾患	認知症の可能性のある利用者が受診を嫌がっています。どのように対応したらよいですか？	「精神科」という言葉に抵抗があれば、「心療内科」と言い換えて受診してみたらどうでしょうか。相手が受け入れやすい言葉に言い換えることも、時として大切です。
30	各種疾患	【統合失調症】とはどのような病気ですか？	最も多いものが、「妄想型」と呼ばれる症状です。30～40代で発症する患者が多いです。 一般的な症状として、「幻覚」「被害妄想」「引きこもり」「感情鈍麻」などがあります。最も多い症状は、「不眠」「幻覚・幻聴」「被害妄想」が挙げられます。 統合失調症の治療は、「薬物療法」「精神療法」「リハビリテーション」等をその人の状態や段階に応じて行っていきます。

No.	項目	Question	Answer
31	各種疾患	【双極性障害】とはどのような病気ですか？	<p>双極性障害とは、うつ病と躁状態（異常に気分の高揚した状態）を繰り返す脳の病気です。治療は薬物治療が中心です。うつ状態の患者には、励ましは精神的負担になるので、注意しましょう。また、自分自身を責めてしまうことが多いので、その場合は、否定せず、傾聴しながら聞いてあげることが大切です。</p> <p>うつ状態からの回復時期（活動が出てきた時期）が最も自殺リスクが高まるときなので、注意が必要です。完全なうつ状態のときは、自殺する力すらないです。</p>
32	各種疾患	【アルコール依存症】とはどのような症状ですか？	<p>長年の飲酒により、アルコールをコントロールできない体質変化を起こし、精神的・身体的・社会的な問題が生じる病気です。対応としては、まず酒を断たせることからスタートします。</p>
33	各種疾患	飲酒の適量とはどの程度ですか？	<p>一日にアルコール20gです。生活習慣病のリスクが高まる飲酒量は、男性は一日40g以上、女性は一日20g以上です。アルコール20gとは、ビール500ml、7%のチューハイ350ml、日本酒1合、ワイン200ml、25%の焼酎100ml、ウイスキー60mlです。</p>

No.	項目	Question	Answer
34	各種疾患	【アルコール依存症】で生じる問題は何ですか？	<p><精神的な問題></p> <p>飲酒を正当化するために、様々な否認の言動を繰り返します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全面否定：「飲酒の問題は全くない。自分の金で飲んで、何が悪い」 ・他罰否定：「こうなったのは〇〇のせい。仕方がなかった」 ・部分否定：「確かに問題はあった。今後は上手に飲む」 ・自虐否定：「酒をやめようとしたが、出来ない。自分には無理・・・」 <p><身体的な問題></p> <p>①自立神経系のアンバランス</p> <p>手足の振るえ・発汗（特に寝汗）・不眠・吐き気・嘔吐・血圧上昇・不整脈</p> <p>焦燥感・集中力の低下</p> <p>幻聴（人の声が聞こえ、悪口を言われたり、命令をされたり）</p> <p>てんかん様痙攣発作（90%以上が断酒2日以内に起こる。治療は断酒）</p> <p>②脳神経系のアンバランス</p> <p>幻視（幻聴を伴うことがある）</p> <p>見当識障害（不安が生じ、興奮する）</p>

No.	項目	Question	Answer
35	各種疾患	<p>心不全とはどのような病気ですか？また、心不全の高齢者は、どのような点に気を付けて生活をしたらよいですか？</p>	<p>心不全とは、心臓が悪い為に、息切れや浮腫みが起こり、だんだん悪くなり生命を縮める病気です。日常生活の管理が重要であり、生命を縮めないようにすることが目的となります。</p> <p>水分制限、塩分制限、体重管理が重要となります。水分制限は、水分とはお茶や飲み物だけでなく、食事に含まれている水分も全て含めた量となることに注意する必要があります。塩分制限は、一般的に1日の塩分量は6g未満が目標とされています。体重については、入院していた場合には退院時の体重がその人にとっての目標体重となります。水分制限を厳密に普段行うことは難しいので、体重を測ることが現実的です。</p> <p>下肢の浮腫みは、心不全悪化の重要なサインでとなります。また、横になれないほどの息苦しさを訴える場合にはすぐに受診が必要です。</p>

No.	項目	Question	Answer
36	各種疾患	<p>心不全の高齢者の生活場面では、どのように健康管理とリハビリに繋いでいったらよいですか？</p>	<p>日常生活の注意をした上で、まずは、日常生活の中でどれだけ活動量を増やせるかがポイントであり、寝ている時間を減らすことが必要です。立ち上がる回数を増やしていき、歩く等できることから取り入れていくとよいでしょう。</p> <p>運動については、「息があがる一步手前」が目安です。</p>
37	各種疾患	<p>心不全の高齢者の運動について、心拍数はどの程度を目安にしたらよいですか？「息が上がる程度」は、個人の感覚になってしまいます。</p>	<p>運動の程度は、個別性があるため一概には答えられませんが必ず運動をした方がよいです。</p> <p>心拍数だけでは判断が難しいですが、「普段より脈+10でどの程度の息苦しさがあるか？」がひとつの目安となります。さらに専門的となると カルボーン法 $\{(220-\text{年齢})-\text{安静時心拍数}\} \times \text{強度}(\%) + \text{安静時心拍数}$ で運動強度を算出することができます。</p>

No.	項目	Question	Answer
38	各種疾患	<p>高齢者の心不全管理において、どのように心不全管理ノートを活用したらよいですか？</p>	<p>高齢者にとって塩分6g制限の食事を作ることは難しいので、段階的に減らしていくことが重要であり、的を絞った指導が効果的となります。</p> <p>自己管理としては、横になれないほどの息苦しさ、体重増加、むくみ、息切れ、食欲不振に気をつける必要があります。心不全管理ノート23～24ページを参照し、満点ではなく60点程度を目指して心不全の管理をしていくとよいでしょう。中でも、体重管理が一番重要です。水分制限を守ることができればよいですが、自宅で水分制限をすることは大変難しいです。そのため、毎日体重測定をすることで変化がわかります。</p> <p>心不全管理ノートの活用により、毎日体重測定をする介護施設が増えてきました。心不全に関する共通認識をもてるようになってきています。</p> <p>※心不全管理ノートは、藤枝市立総合病院のホームページ「地域医療連携室」からダウンロードすることができます。</p>

No.	項目	Question	Answer
39	各種疾患	<p>心不全の高齢者の栄養管理はどのような点に注意したらよいですか？</p>	<p>心不全の栄養管理の視点からは、やはり塩分制限が主となります。塩分制限ができないことが再入院の主な原因となっています。また、塩分を摂りすぎると喉が渇く原因ともなり、その結果として水分制限も守れなくなってしまう、負のスパイラルに陥ってしまいます。</p> <p>減塩食を配食等で依頼した場合、普通食よりも値段が高くなり、経済的理由で利用できなかつたり、また、味付けが薄いので飽きやすく辞めてしまったりするというケースも多くなっています。普通食の場合でも、半分にして2食に分けて食べる、汁物は半分にする、漬物はやめる、調味料はかけないなどの対応をとることで、かなり減塩になります。</p> <p>自宅で何を食べているかの確認をしていく必要もあります。可能であれば冷蔵庫の中身をチェックしたり、ゴミの内容の確認をしたりすることである程度わかる場合もあります。</p> <p>食事が十分に摂れていない人の場合には、まずは食べられるものを食べてもらうことを優先します。</p>

2) 介護から藤枝市立総合病院へ

No.	項目	Question	Answer
40	入退院連携	<p>【入退院・在宅支援室】と【地域医療連携室】の違いについて教えてください。</p>	<p>「入退院・在宅支援室」は、1階図書室横にあります。業務は退院先の調整や在宅療養の支援、外来・入院患者の情報共有、医療福祉相談、クレーム対応等で後方支援を行います。職員体制は看護師や社会福祉士、事務員がいます。</p> <p>「地域医療連携室」は「入退院・在宅支援室」の向かいにあります。業務は診療所、病院との連携が主で前方支援を行います。職員体制は看護師や事務員がいます。</p> <p>また「入退院・在宅支援室」では、みなし訪問看護サービスも行っています。</p>
41	入退院連携	<p>入院時連携の手順について教えてください。どこに連絡して何を準備したらよいですか？</p>	<p>担当されている利用者が入院した場合、「入院時情報提供書 藤枝市版」（※巻末参考資料参照）を各病棟に提出してください。その後、退院調整を行い、必要に応じて退院前カンファレンスを開催します。連絡窓口は入退院・在宅支援室になります。</p>
42	入退院連携	<p>入院時情報提供書の記入で、特に病院が必要とする情報は何か？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急連絡先は必須です。 2. 特記事項には、ケアマネジャーでしか分からない事項等を記載していただき、転院や退院、在宅に向けての重要な情報として参考にします。 3. 本人・家族から情報がとれない場合は特に入院前の情報がほしいです。

No.	項目	Question	Answer
43	入退院連携	<p>入院中や退院間近の利用者についての話を伺いたい場合や、担当のMSWがついていない場合などは、どこへ相談にすればよいですか？</p>	<p>入院患者の件については、担当のMSW、または担当退院支援看護師にご連絡ください。担当が不明な場合は、入退院・在宅支援室にご連絡ください。</p>
44	入退院連携	<p>入院中の区分変更などの申請は、誰がどのようにしたらよいですか？</p>	<p>区分変更はケアマネジャーにお願いします。</p>
45	入退院連携	<p>入院をきっかけに診療所の主治医が変更になる場合があります。経済的理由等より、ケアマネジャーが家族と相談し決めることはできますか？病院から紹介がある診療所に行かなくてはなりませんか？</p>	<p>かかりつけ医の決定は、患者本人の意思で良いと思いますが、紹介状は必要ですので、担当医と入退院・在宅支援室に相談してください。</p>
46	入退院連携	<p>退院前カンファレンスは、どのような時に開催されますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLが低下し、在宅での調整が必要な場合。 ・医療処置・介護サービス介入が必要な場合。 ・家族、本人の不安が強い、ターミナル・看取りの場合。 ・外来、診療所との連携が必要な場合。 ・老健・特養等の施設入所で、状態の変化がある場合。 ・ケアマネジャーからの希望がある場合。

No.	項目	Question	Answer
47	入退院連携	<p>病院からの依頼で退院前カンファレンスに参加した場合、どのような書類をいつまでにどこへ提出すればよいですか？</p>	<p>ご家族のサイン入りのケアプランをFAXでも良いので、送付し提供してください。ケアプランは、ご家族のサインがあれば暫定でも結構です。退院前カンファレンス後、1週間以内にいただければありがたいです。</p>
48	外来受診	<p>病院の外来診療の方の診断書や指示書等の依頼はどのようにすればよいですか？</p>	<p>指示書及び診断書については、正面玄関受付（書類係）に所定の申込書を記入の上、指示書及び診断書の原本とともに提出してください。本人や家族以外の代理人が提出する場合には、委任状や身分証明が必要となります。また、郵送での書類申込を希望の場合には、患者本人の顔写真付き身分証明書と代理人の委任状が必要となります。詳細は書類係にお問い合わせください。 （代表番号：054-646-1111 内線7480）</p> <p>主治医の意見伺い等の書類については、外来受診時に患者本人及び家族から直接主治医へ依頼してください。基本FAXでの対応はしません。次回外来受診までの期間が長く、やむを得ない事由がある場合や状態に変化がある場合には、外来へ連絡してください。</p>
49	外来受診	<p>病院を主治医にしている利用者の受診にケアマネジャーが同行したい場合、どこに連絡すればよいですか？</p>	<p>本人、家族の同意が得られていれば受診同行は構わないかと思えます。気になることがあれば、入退院・在宅支援室へご相談ください。</p>

No.	項目	Question	Answer
50	緊急時対応	<p>病院を主治医として定期受診されている利用者の緊急時の対応方法を教えてください。</p>	<p>緊急時は、救急外来へ受診してください。</p>
51	緊急時対応	<p>急変時の対応について、救急車を呼ぶべきか、救急外来に行くべきか、担当医の外来に行くべきか分かりません。事前にどのように相談しておけばいいですか？</p>	<p>在宅療養で訪問診療や訪問看護を受けている方であれば、在宅主治医や訪問看護師へ連絡をしてください。</p> <p>救急外来は、電話トリアージを行っていますので、迷ったら電話で相談もできます。外来受診が可能で、待つことができる場合は、通常の外来を受診してください。</p>
52	栄養	<p>病院で栄養指導を行っていると聞きました。どのようにすれば受けることができますか？</p>	<p>まずは、かかりつけ医の先生に栄養についての相談をしてください。かかりつけ医の先生から病院に予約をとっていただければと思います。「診療情報提供書（栄養指導書）を参照」</p> <p>必要に応じて、普段食べている食事の写真などを撮って持参、または献立表を作って持参していただきます。初回相談は、管理栄養士との話が30分程度と医師の診察があります。回数については、それぞれですが、平均して月1回程度です。</p>

3) 介護から薬局へ

No.	項目	Question	Answer
53	訪問	薬を自宅まで届けてもらうことはできますか？	処方箋ネット予約サービスによる宅配と介護保険・医療保険を利用した訪問サービス（在宅医療）があります。まずは、各薬局にお届け可能かどうかお問い合わせください。
54	訪問	薬剤師も患者宅を訪問してくれますか？	患者さんが通院困難な場合に、薬剤師が薬を持ってお宅を訪問し、必要な薬学的管理を行うことができます。
55	訪問	薬剤師が自宅訪問してくれた時、どんなことをしてくれますか？	体調、お薬の服用や管理に関する相談から健康全般の相談まで幅広く行うことができます。 残薬がある場合には、処方日数の調整や医師と相談して服薬や服用方法の調整を行うこともできます。
56	訪問	薬剤師は月に何回くらい訪問してくれますか？	必要度によりますが、処方せんを介しての訪問は月に4回までです。末期の悪性腫瘍や、中心静脈栄養を受けている場合は、1週に2回、月に8回まで可能です。必要に応じて、それ以外の訪問が可能な場合もありますので、まずは薬剤師に相談してください。

No.	項目	Question	Answer
57	訪問	<p>薬剤師の訪問はいくらかかりますか？</p>	<p>利用されている保険やお住まいの状況によって異なります。</p> <p>1回のご利用につきかかる薬剤師訪問に関わる費用（自己負担1割の場合）は、単一建物診療患者が1人の場合、介護保険を利用の場合517円、医療保険を利用の場合650円になります。単一建物診療患者が2～9人の場合、介護保険378円、医療保険320円。</p> <p>単一建物診療患者が10人以上の場合、介護保険341円、医療訪問290円になります。</p> <p>条件によっては自己負担金が変わりますので不明な点があればご相談ください。</p> <p>※単一建物診療患者、個人宅や介護施設等同じ建物に住んでいる人の訪問診療サービスを利用した人数。</p>
58	訪問	<p>訪問してくれる薬剤師とは、どのような契約をすればよいですか？</p>	<p>薬局も介護保険の一事業者となります。他のサービス事業所と同様に利用者の方の了承を得て契約を結び重要事項説明書を交わします。</p>

No.	項目	Question	Answer
59	訪問	居宅療養管理指導で薬剤師訪問を利用したい場合、どうすればよいですか？	<p>居宅療養管理指導は、医療系サービスの位置づけになります。手順としては下記の通りです。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①まずは主治医に確認を行ってください。 ②主治医に相談の上、かかりつけ薬局にも相談をしていただき、本人・家族の同意を得られた上で契約を行います。 ③主治医から指示書がでます。 ④サービス担当者会議を開催していただき、指示書をもとにケアマネジャーと相談してサービス内容を検討していきます。 ⑤ケアプランへの位置づけをお願いします。 ⑥主治医とケアマネジャーに報告をします。※ <p>※居宅療養管理指導として算定する場合、報告の義務があります。</p>
60	訪問	家族と同居していても薬剤師は訪問してくれますか？	<p>同居のご家族がいても問題ありません。ご本人だけでなく、ご家族にも薬の説明をして、理解してもらったうえできちんと服薬してほしいと考えています。</p>
61	連携	薬のことで分からないことがあった場合、薬局に問い合わせをしてもよいですか？	<p>お薬の不明な点をご気軽にお問合せください。夜間、休日も電話対応している薬局が多いです。</p>

No.	項目	Question	Answer
62	連携	薬について医師と連携をとりたいのですが、薬剤師に お願いすることはできますか？	薬剤師は薬を通して医療と介護に関わっていますので、医師との 連絡の仲立ちができると思います。
63	連携	訪問を始めた薬剤師との連携はどのようにとればよい ですか？	薬剤師の訪問の報告は、医師と同様にケアマネジャーにもお知ら せして連携をとることが定められています。他の介護職の方とも連 携が必要です。連携の方法は、患者様によって様々です。担当者会 議にもぜひ声をかけてください。
64	連携	薬剤師とケアマネジャーが連携をするためにはどのよ うにすればよいですか？	薬局では予診表にケアマネの名前や連絡先を記入していただき、 確認出来るようにしているところもあります。 また、お薬手帳に、担当ケアマネジャーが名刺を入れておいてくれる と分かりやすいです。
65	連携	複数の病院や薬局にかかっている場合、どこをかり つけ薬局にすればよいですか？	①最も利用頻度の高い薬局 ②自宅の最寄りの薬局 ③主疾患の薬を処方してもらっている薬局 ④話やすい薬剤師がいる薬局 などを参考して決めていただくと良いです。

No.	項目	Question	Answer
66	連携	<p>薬剤師には利用者のどのような情報を提供したらよいですか？</p>	<p>下記の情報があると参考になります。</p> <p>①飲み込みはどの程度できるか。（顆粒は飲めるか、むせはあるか）</p> <p>②認知症はあるか。</p> <p>③訪問看護は導入されているか。</p> <p>④担当のケアマネジャーは誰で、どこの事業所か。</p>
67	連携	<p>ケアマネジャーが直接薬局に行き、担当利用者の相談をしてもよいですか？</p>	<p>患者様に同意を頂いた上で、お薬手帳を持参していただければ、相談に応じます。また、お薬手帳の中に、担当ケアマネジャーの名刺を入れておいてくれると分かりやすいです。</p>
68	連携	<p>居宅療養管理指導以外で薬を届けてもらっても、薬の説明はしてくれますか？</p>	<p>基本的には、お届けした際には薬の説明をさせていただきます。</p>
69	連携	<p>薬局はどのような相談に乗ってくれますか？</p>	<p>必要があれば、薬剤師から医師に直接相談します。</p> <p>健康相談や残薬の確認や処方された薬の相談にも乗ります。</p> <p>その他に、一般医薬品の相談や、サプリメントとの飲み合わせについても相談に応じます。処方箋がなくても、ご相談できますので、お気軽にお声をおかけください。</p>

No.	項目	Question	Answer
70	薬剤	<p>いくつもの医療機関・薬局を利用しているため、薬がゴチャゴチャになってしまっています。どのようにしたらよいですか？</p>	<p>全ての薬を同じ薬局でもらっている場合は、その薬局でご相談ください。</p> <p>複数の薬局や医療機関でもらっている場合は、かかりつけ薬局を決めて、相談してみましょう。薬剤師が薬の整理方法についてアドバイス致します。必要があれば全部まとめて、一包化も出来ますし、ご要望に応じ、一包ごとに服用時点や服用日の記載も可能です。</p> <p>また、薬が余っている場合には、処方した医師と相談して、処方日数を調整することもできますので、ご相談ください。</p> <p>情報共有の為に、お薬手帳をぜひご活用ください。</p>
71	薬剤	<p>医療機関から直接薬をもらっています。薬の種類や変更内容が分かりません。</p>	<p>錠剤やカプセルについている識別番号などから、薬の内容を調べることが出来ます。必要に応じ、薬剤師が医療機関に問い合わせることも可能です。院内処方の場合でも、処方内容をお薬手帳に記載してもらうようにしていただければ、薬の変更内容を把握しやすくなると思います。</p>

No.	項目	Question	Answer
72	薬剤	薬の飲み忘れ防止に何か良い方法がありますか？	<p>①おくすりカレンダーや薬整理箱、服薬支援ロボットの活用ができます。</p> <p>②かかりつけ医や薬局に相談し一度に飲む薬を一つにまとめることができます。（一包化）</p> <p>③家族が服薬のタイミングに合わせて定期的に電話をしたり、声をかけたりします。</p> <p>④医師の指示がある場合は、在宅訪問薬剤管理指導や居宅療養管理指導を活用できます。</p> <p>⑤訪問看護や訪問介護（一包化されている場合）の活用ができる場合があります。</p> <p>⑥生活に合わせた服薬についてかかりつけ医に相談します。</p> <p>①～⑥を検討してみてください。</p>
73	薬剤	お薬カレンダーを使用しても、お薬が飲めません。	<p>複数の医療機関から薬をもらっていて、服薬管理が複雑な場合は、一緒にして飲みやすくすることが出来ます。一包化されている場合には、袋に月・日を書き込むことが出来ます。どうしても忘れてしまう場合は、周りのサポートが必要です。薬を飲むタイミングをヘルパーが来る時間に合わせるなど、一日の服薬回数や剤形の変更を医師に提案することも可能です。</p>
74	薬剤	薬を飲み忘れたときの対応を教えてください。	<p>薬によって対応が違いますので、ぜひ薬剤師にご相談ください。忘れた分と合わせて一度に2回飲むことは絶対にやめてください。</p>

No.	項目	Question	Answer
75	薬剤	<p>内服拒否があります。何か良い方法はありますか？</p>	<p>薬の服用を拒否される理由はいろいろあります。</p> <p>①薬の内容を理解されていない、副作用が心配、周りの理解が得られていない方の場合。 ⇒薬を飲むことの大切さをきちんと説明します。副作用が心配な方も、初期症状を具体的に説明するなどして、不安を解消できるように努めます。</p> <p>②嚥下障害、手の麻痺でうまく飲めないことが障害になっている場合、味や匂いなど感覚的な刺激が服薬への障害になっている場合。 ⇒物理的な問題の方には、散剤を錠剤に変えたり、服用回数を減らすなどの工夫をします。味やにおいが気になる方には、飲みやすい味のものに変更したり、オブラートの使用を考えます。</p>
76	薬剤	<p>たくさんの薬を一度にまとめて飲んでも大丈夫ですか？</p>	<p>同じ医師からの処方であれば、ある程度大丈夫です。</p> <p>複数の医師、医療機関から処方された薬の場合は、重複や飲み合わせに問題がある場合があります。お薬手帳等でチェックすることが可能です。ぜひ、薬剤師に相談してください。</p>
77	薬剤	<p>薬を間違えて飲んでしまった場合、どう対処すればよいですか？</p>	<p>薬を間違えた場合、身体に合わない薬や、現在の病気で飲んではいけない薬の可能性が考えられます。間違いに気付いた時点で、かかりつけ医又はかかりつけ薬局に相談してください。</p>

No.	項目	Question	Answer
78	薬剤	サプリメントを飲んでいても薬は飲めますか？	<p>サプリメントや健康食品の種類によっては、薬の作用に影響を与えるものがあります。また、現在治療中の病気を悪化させるものも存在します。まずは、薬剤師に服用しているサプリメントが、現在服用している薬と飲み合わせが悪くないか調べてもらいましょう。</p>
79	薬剤	薬が飲みにくい場合、何かよい方法はありますか？	<p>①ご本人の飲みやすい剤形に変える。</p> <p>薬には、錠剤・カプセル・散剤・水剤・口腔内崩壊錠等の種類があります。ご本人の飲みやすい剤形への変更を薬剤師より提案し、医師に相談させて頂いています。例えば、カプセルが口にくっついて飲みにくい場合は、錠剤に変更すれば飲みやすくなる可能性があります。口腔内崩壊錠にかえられるものもあります。どの剤形に変更が可能であるかも含めて、薬剤師と相談してください。</p> <p>②飲みやすい工夫をする。</p> <p>トロミをつけたり、おかゆと一緒に摂取も有効です。ゼリーやプリンに包み込んで飲むこともできます。オブラートも周りを水分で溶かして飲み込めば、つるんと喉を通ります。</p>
80	薬剤	錠剤の飲み込みが大変な場合、薬を潰して飲ませても大丈夫ですか？	<p>粉碎可能な薬と、そうでない薬があります。薬によっては、ゆっくり溶けて効き目が次第に現れたり、胃で溶けず腸で溶けるよう工夫されているもの等があります。また、粉碎により光や湿気で効果が弱くなってしまうお薬もあります。薬剤師はデータに基づき粉碎可否の判断ができます。必要に応じて医師の了承を得てから薬局で錠剤を粉碎してお渡しすることも可能ですのでご相談ください。</p>

No.	項目	Question	Answer
81	薬剤	<p>カプセルが飲みにくい場合、カプセルの中身を出して飲んでも良いですか？</p>	<p>カプセルの中身を出して服用可能な薬と、そうでない薬があります。薬によっては、口腔内、食道の刺激を軽減するためカプセル化している薬があります。カプセルから出すことにより、光や湿気で効果が弱くなってしまのお薬もあります。薬剤師はデータに基づき、カプセルから出して服薬の可否の判断ができます。必要に応じて、カプセルから他の形状に変更することを医師に提案することができますので、ご相談ください。</p>
82	薬剤	<p>食後の薬を飲むとき、必ず食事をしていなければダメですか？</p>	<p>お薬によって異なるので、まず、なぜお食事が摂れないのかを確認します。</p> <p>どうしても食事が摂れない場合には、本人の生活を把握して、飲み方が変わることもあります。</p> <p>飲み方の変更は、薬によって対応が違います。空腹時に服用すると、胃に障害を与える薬もありますし、食事を取ることによって、効き目の出る薬もあります。</p> <p>血糖値を下げる薬は、食事を摂らないと血糖が下がりすぎてしまうことがあります。食事と特に関係なく飲まなくてはいけない薬もたくさんあるので、ぜひご相談ください。</p>

No.	項目	Question	Answer
83	薬剤	<p>薬の用法のポイントを教えてください。また、指示された時間に飲めなかった時の対応を教えてください。</p>	<p>【食 後】食後30分以内に服用すること。 【食 前】食事の20～30分前に服用すること。 【食直前】食事を口に入れる直前に服用すること。 【食 間】食事の最中と言う意味ではなく、食事を終えてから2時間後ぐらいの服用が目安。</p> <p>それぞれ意味があるので守ることが大切です。施設などでは、介護の状況により、食事中に食後の薬を飲ませる例もありますが、食事中であれば、問題ないと考えられます。服用時に水分をきちんと摂ることが大切です。指示された時間に飲めなかった時の対応は薬によって異なります。まずは、薬剤師に相談してください。</p>
84	お薬手帳	<p>お薬手帳は何のためにあるのですか？</p>	<p>医療機関で処方された薬の情報を記録し、内服履歴を管理するための手帳です。</p> <p>他の病院の処方薬と重なる薬がないか、過去に処方された薬の履歴の把握、服用している薬からおおよその病状が把握できます。処方された薬の情報を毎回記載することで、普段とは違う病院や薬局に行ったときに、服薬中の薬の確認ができ、同じような薬を飲んでしまうことや、飲み合わせの悪い薬を飲んでしまわないように予防するために利用しています。また、災害時に現在服用中の薬の把握ができ、スムーズに治療が受けられるメリットがあります。</p>

4) 介護からリハビリへ

No.	項目	Question	Answer
85	訪問	<p>訪問リハビリをお願いしたいとき、導入までの流れについて教えてください。</p>	<p>訪問リハビリは、『計画的な医学的管理を行っている医師の指示の下、実施すること』となっています。まずは、ケアマネジャーから主治医に訪問リハビリの利用について、専門的意見を聞いていただき、必要と判断された場合に利用できます。</p> <p>①訪問リハビリ事業所(病院、老健等)の場合 主治医から情報提供書をいただき、訪問リハビリを行う事業所の医師が診療もしくは情報提供書に基づいてリハビリの指示を行います。</p> <p>②訪問看護事業所からの療法士の訪問の場合 主治医から直接リハビリの指示がでます。 事業所により、異なる場合がありますので、詳細はお問い合わせください。</p>
86	訪問	<p>3ヶ月に1回の医師の診断を受けるために受診できない場合、対応してくれる事業所はありますか？</p>	<p>外来での受診が困難な方については、主治医からの訪問診療や、対応事業所からの訪問診療、または運転手によるリフト車などによる送迎などがあります。</p> <p>※事業所により、異なる場合がありますので、詳細はお問い合わせください。</p>

No.	項目	Question	Answer
87	訪問	<p>訪問リハビリ事業所のリハビリと訪問看護事業所におけるリハビリの提供の違いは何ですか？</p>	<p>訪問リハビリ事業所からは、各療法士が訪問しますが、訪問看護事業所からは看護師または各療法士が訪問します。実施するリハビリテーションの内容に関しては医師からの指示によるものであるため、違いはありません。しかし、訪問リハビリ事業所は、主治医の情報提供書（指示書）または、訪問リハビリ事業所の医師による診察が必要となり、指示期間は3ヶ月です。訪問看護事業所では主治医の指示書をもって開始となり、指示期間は6ヶ月となります。</p> <p>訪問リハビリ事業所では、1回（20分）につき、307単位が基本となります。更に各種加算や減算があります。</p> <p>訪問看護事業所からの療法士の訪問は、1回（20分）につき、293単位が基本となります。</p> <p>事業所により異なりますので、詳細に関しましては各事業所へお問い合わせください。</p>

No.	項目	Question	Answer
88	通所	<p>通所リハビリテーションのリハビリ会議では、どのようなことを検討されるのですか？また、ケアプランにどう連動させていくのですか？</p>	<p>リハビリテーション会議は、リハビリテーションマネジメント（A）（B）を算定する方に対し、行っています。リハビリマネジメントについては、退院直後や状態変化などにおいて、在宅生活に不安がある方や、「一人でトイレに行きたい。」「買い物に行きたい。」「〇〇がしたい。」などという明確な（具体的な）目標がある方などが対象となります。リハビリテーション会議の目的は、医師・リハビリ職員・ケアマネジャー、その他利用者に関わる方々がアセスメント結果などを共有し、生活や支援の目標、目標を実現する期限、具体的な支援方法、介入の頻度・時間、訪問の必要性の有無、各職種の関わり方などをまとめ、リハビリの計画を作成する事とされています。</p> <p>会議には、医師、ケアマネジャー、相談員、リハビリスタッフ、他のサービス関係者が参加し、目標の進捗状況や自宅・施設での様子、現状や今後の課題などの情報共有を行い、計画の見直しや課題への対応等について検討する事で、目標達成をスムーズに行えるようにしています。例えば、「近所に買い物に行きたい」という目標を挙げている利用者に対し、通所リハビリでは「歩行能力を高める訓練の実施」、福祉用具では「適切な歩行補助具の提供」、訪問介護では「実際の買い物の付き添い」、ケアマネジャーはそれらのサービスの連携を図ります。そして、目標を達成したら次の目標設定や、通所リハビリを終了するなどの見直しをするというサイクルがケアプランとの連動性をつけることに繋がると考えます。</p> <p>マネジメント加算の状況によって異なる為、詳細は各事業所にお問い合わせください。</p>

No.	項目	Question	Answer
89	通所	<p>通所介護での機能訓練と通所リハビリでのリハビリとの違いは何ですか？</p>	<p>『通所リハビリ』は、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることに対し、『通所介護』は、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることとされています。（H11.3.31厚生省例第37号参照）また、具体的取り扱い方法において大きな違いは3点です。</p> <p>①『通所リハビリ』が医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行うことに対し、『通所介護』は、通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行うこととなっています。</p> <p>②『通所リハビリ』では、提供にあたりリハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うことになっていることに対し、『通所介護』では、サービス提供の方法等について、理解しやすいように説明を行うこととなっています。</p> <p>③『通所リハビリ』では、常に利用者の病状、心身の状況及びそのおかれている環境の的確な把握に努め、利用者に適切なサービス提供をすることとなっていることに対し、『通所介護』では、利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、状況に応じて身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定し提供します。その上で、リハビリも機能訓練も、両方とも「機能の向上」を目的としています。</p>

5) 介護から訪問看護へ

No.	項目	Question	Answer
90	サービス	医療保険の訪問看護と介護保険の訪問看護の違いは何ですか？	<p>訪問看護の内容に違いはありません。基本は介護保険が優先されます。医療保険の対象となる人は、①40歳未満の方 ②40歳以上65歳未満の16特定疾患以外の方 ③40歳以上の16特定疾患の方、または65歳以上であって要介護認定を受けていない方です。また、要介護認定を受けていても、（1）末期の悪性腫瘍や指定難病（厚生労働大臣の定める疾病の方）（2）特別訪問看護指示書が交付された場合は医療保険の対象となります。</p>
91	サービス	訪問看護では、どんなサービス提供ができますか？	<p>下記の内容ができます。</p> <p>①病院で行う医療処置の継続 ②全身状態の観察 ③清潔援助 ④食事・排泄の援助 ⑤排便コントロール ⑥精神的支援 ⑦リハビリ ⑧特別管理と指導など ⑨看取り看護 ⑩家族支援 など また、緊急時の対応もできます。</p>

92	サービス	<p>どんな人に訪問看護が適応ですか？医療処置がなくても利用できますか？</p>	<p>予防から看取りまで、病気を持って在宅で生活している方は皆様が適応です。生活に軸足を置いた医療者の視点で生活のしやすさを支援します。医療処置がなくても利用できます。</p> <p>例えば、慢性疾患で入退院を繰り返してしまう、皮膚トラブルを起こしやすい、医師の話が伝わりにくく本人や家族の理解が難しい、何となく生活しづらい、など、生活していく上で「困った」が無いよう支援していきます。</p> <p>詳しくは、各訪問看護ステーションにお問い合わせください。</p>
93	連携	<p>主治医と訪問看護とケアマネジャーとどのようにして情報共有したり役割分担していけば上手に連携できますか？</p>	<p>お互いに、情報を与え合うよう心掛け、顔の見える関係づくりをしていくことが大切です。</p>

6) 介護から歯科へ

No.	項目	Question	Answer
94	受診	ワーファリンを使用している方の場合、抜歯することを拒否する歯科がありますが、どのようにしたらよいですか？	藤枝市立病院に紹介状を出す場合もあります。その場合、マウスピースを作り、抜歯後にマウスピースをはめて1泊入院し止血して様子を見てから帰宅してもらうようになります。また、かかりつけ医に相談、注意事項等の指示を受けた上、訪問でも抜歯することもあります。（出血傾向や骨粗しょう症対応薬の処方等は止めるなど連携が必要）
95	受診	定期受診を不要と思っている方や、受診を忘れていたりする方への対応はどのようにしたらよいですか？	一つの方法としては、「〇月は歯科受診する」など、ケアプランに受診が必要であることを明記していただくことも良いかと思えます。
96	受診	定期受診はどのくらいの間隔で行ったらよいですか？	患者の状態と目的によって異なります。一つの日安としては、①口腔ケアが目的で自分でできない場合なら週1回、②口腔ケアが目的で自分でできる場合は月1回、③義歯を作った場合は3～4カ月に1回、④歯石取り目的の場合も3～4カ月に1回、となります。
97	受診	歯科の受診はどのようなタイミングで行ったらよいですか？	気になることがあったらすぐに相談した方がよいです。痛くなってからでは遅いと思ってください。

No.	項目	Question	Answer
98	受診	<p>歯科受診の際、注意しておく必要がある内服薬等がありますか？</p>	<p>特に抗血栓薬や骨粗鬆症の薬を飲んでいる高齢者の方は注意が必要です。その場合、歯科医からかかりつけの医師に手紙を書いて対応について相談をします。歯科医院への受診の際は、内服薬は全てご報告ください。</p>
99	訪問歯科	<p>歯科受診を勧めたいのですが、老々介護で歯科まで行くことが困難です。また、歯科医院もバリアフリーになっていないため介助も大変になる場合が多いです。</p>	<p>通院が大変な場合には訪問歯科の相談をしてください。訪問歯科は家族が連れてくるのが困難な場合でも利用できます。</p>
100	訪問歯科	<p>治療や義歯調整ではなく、口腔ケア、リハビリのみの利用でも訪問歯科の利用はできますか？</p>	<p>利用は可能です。まずは、受診時や電話でご相談ください。</p>
101	訪問歯科	<p>訪問歯科について、地域の4ブロックごとに相談窓口（コーディネートする歯科医院）があると聞きました。訪問歯科を行っている歯科医院へ直接連絡して相談してもよいですか？</p>	<p>希望の歯科へ直接相談していただいてもかまいません。</p>

No.	項目	Question	Answer
102	口腔ケア	口腔ケアは自分でしっかりできているから大丈夫という方にはどのように対応したらよいのでしょうか？	自分の歯は汚れていない、と言う人は多いです。そのような場合、歯垢染色剤などを利用して自覚を促すとよいと思います。また、6月は予防月間とされていますが、個人の歯科強化月間作ってみてもよいかと思います。歯科受診は少なくとも半年に1回をお勧めします。
103	口腔ケア	口の渇きに関する対策は何かありますか？	口腔ケア、唾液腺刺激によるマッサージ、保湿ジェル、スプレー剤、えごまオイル、などによる保湿が挙げられます。歯科、薬局にご相談ください。
104	口腔ケア	口臭があっても失礼だと思い、言えないことが多いですが良い方法はありますか？	歯科医師や看護師、歯科衛生士など、医療的な専門職の方から話をしてもらう方法がよいかと思います。
105	口腔ケア	口腔ケア（歯ブラシ）はいつしたらよいですか？	食後は必ず行ってほしいと思います。また、朝の寝起きは口腔内の雑菌が多いとされており、朝一番で歯ブラシを勧める歯科医もいますが、健康な方であれば丁寧にうがいをすれば十分だと思います。しかし、誤嚥性肺炎を繰り返しているような方は行った方がよいです。
106	義歯	入れ歯洗浄剤は使った方がよいですか？	有効なので使った方がよいと思います。

No.	項目	Question	Answer
107	義歯	入れ歯安定剤は使った方がよいですか？	清掃時に取りきれなかった安定剤から細菌が発生しやすくなるので、使用に注意が必要です。入れ歯が食事中取れていないか、話している途中でズレないかなどをチェックしてもらい、安定しないようであれば一度歯科医師に相談をしてください。
108	義歯	外れないためのホック付きの入れ歯はありますか？	自費治療になりますが、残っている自分の歯の根やインプラントに磁石を取り付け、入れ歯を磁力でピッタリ吸着させることができます。
109	義歯	歯茎がやせ細り弱っていても入れ歯を作ることができますか？	歯茎の中の骨がしっかりしていた方が入れ歯は安定しますが、入れ歯作りは可能です。まずは歯科医に相談をしてください。
110	義歯	入れ歯はどのように管理したらよいですか？	義歯ブラシで清掃し、外した際は水につけておいてください。入れ歯洗浄剤を利用するとより良いと思います。歯磨き粉をつけて清掃すると、入れ歯が削れてしまうので使用しないでください。夜間は外して、義歯洗浄剤につけておくと殺菌効果が得られます。
111	義歯	入れ歯はずっとつけたままにしておいてもよいですか？	寝たきりの人も含めて、寝るときに外すことが基本です。また、食事の後は必ず入れ歯を外して洗ってください。入れ歯の間に入った食べかすが原因で炎症を起こすなどのリスクが高くなります。

No.	項目	Question	Answer
112	義歯	<p>入れ歯が合わずずっと使っていない方がいます。歯科受診を勧めたいのですが、受診に繋がるような言葉がけなどのアドバイスがあれば教えてください。</p>	<p>義歯が合わないのであれば調整が必要です。どうしても擦れてしまい痛みが生じることがあります。義歯を使用することで認知症や転倒の予防効果があることなどを説明して受診を促してみてもいいでしょうか。</p>
113	義歯	<p>入れ歯を装着すると味が分からなくなると言い、食事の時に入れ歯を外す方がいます。</p>	<p>舌以外にも上顎にも味を感じる器官があり、それを入れ歯で覆ってしまうので、味覚に変化があることもあります。それは入れ歯に慣れることで気にならなくなりますが、入れ歯なしでの食事は消化に良くないため、入れ歯をつけてのお食事をお勧めします。</p>
114	義歯	<p>インプラントとは何ですか？自歯と同じ扱いでよいのでしょうか？</p>	<p>失った自分の歯の代わりに顎の骨に人工歯根を埋め込み、人工の歯を装着させる方法です。適切なケアを受けないとインプラントも歯周病になります。そうするとインプラントが抜けてしまうこともあります。</p>
115	その他	<p>デイサービスでの口腔機能加算について教えてください。</p>	<p>基本チェックリストの口腔機能3項目のうち、2項目に該当する人が対象です。対象者には個別に言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員が月2回口腔チェック、指導を行っています。詳細については、各サービス事業所にお問い合わせください。</p>

No.	項目	Question	Answer
116	その他	<p>ヨーグルトで、口腔に良いものがあると聞いたことがあります、何かありますか？</p>	<p>「ロイテリ菌」が歯周病菌を殺すと言われています。ロイテリ菌入りのヨーグルトも販売されていますが、歯周病に関しては、歯科医院で治療を行う方が費用も安く確実です。</p>
117	その他	<p>口腔のアセスメントにおいて重要なポイントを教えてください。</p>	<p>①1日に何回歯磨きをしているか？②1回の歯磨きにどれくらいの時間をかけているか？③歯磨き粉を使っているか？、④かかりつけ歯科医はどこか？⑤最終受診はいつか？、などは確認をしてみてください。また、話をされていて歯が汚れていないか、口臭はどうか、入れ歯が外れやすくないか、などもチェックポイントになります。</p>
118	その他	<p>要介護者の口の中は、どこをチェックしたらよいですか？</p>	<p>①むし歯の確認（詰め物のまわり、歯と歯の間、歯と歯肉の境目、入れ歯のバネがかかる歯）、②歯周病（歯肉の腫れ、発赤、出血、排膿、歯石）③義歯（使っているか、清掃できているか、保管できているか、ゆるくないか、歯肉に傷はないか）④歯垢・口臭（食物残渣はないか、食片がはさまってないか、歯垢の量はどうか、口臭はないか）⑤舌苔（舌は上手に動くか、舌苔の厚さと範囲はどうか）⑥口腔粘膜（腫瘍はないか、清掃はできているか、食物残渣はないか、唾液の量はどうか）</p>

7)お医者さんから介護へ

No.	項目	Question	Answer
119	緊急時	<p>週末や時間外に、ケアマネジャーと連絡が取れないことがあります。緊急時の連絡体制は整えていますか？</p>	<p>居宅介護支援事業所については、特定事業所加算を算定している事業所とそれ以外の事業所があります。特定事業所加算を算定している事業所は、緊急連絡体制が定められていますので、24時間の連絡が可能です。この地域では、ふじトピア居宅介護支援事業所です。また、それ以外の居宅介護支援事業所においても、この地域においては、緊急時の連絡体制がある事業所がほとんどです。地域の社会資源リストをご確認ください。</p>
120	緊急時	<p>かかりつけ医との緊急時の連絡方法はどの様に決めていますか？</p>	<p>緊急時の連絡方法は、静岡県の介護支援専門員研修等で『居宅介護サービス計画』1表「総合的援助方針」欄に家族、主治医の緊急連絡先を記載することを指導されています。また、2表で具体的連絡方法を記載する場合があります。緊急連絡等の取り決めについては、主治医の先生に本人・家族またはケアマネジャーから確認し、サービス担当者会議で共有、居宅サービス計画書に反映させます。担当のケアマネジャーの作成する居宅サービス計画書及びサービス担当者会議録で確認してください。</p>

No.	項目	Question	Answer
121	連携	<p>ケアマネジャーが医療と連携するときの基本的態度はどのように考えていますか？</p>	<p>ケアマネジャーは、主治医等医療連携機関との連携は必要不可欠であると認識しています。</p> <p>高齢者は、病気の治療をしている場合も多く、かかりつけ医の先生に状態や生活状況を報告・連絡・相談し、ご本人が安心して安全に過ごせるようその人の個性を大切にされた生活のマネジメントをしたい気持ちは誰もが持っています。また、病院入院時や退院時についても、スムーズな移行ができるよう情報提供を積極的に行っています。基本的な医療知識の習得や連携方法についても、勉強会を定期的実施し、質の向上を図っています。介護の相談援助の専門家として機能できるように取り組んでいます。</p>
122	連携	<p>患者様、及び家族が、個人情報の提供に同意されているのか、その有無が不明な時があります。どのように確認すれば良いのでしょうか？</p>	<p>各事業所において、契約時に契約以外にも『個人情報使用同意書』（※巻末参考資料参照）の取り交わしがなされています。その中で、使用の目的として、ケアプラン作成及び円滑なサービス提供のための関係機関との連絡調整等、使用する事業者の範囲として、かかりつけ医や医療機関担当者等が明記されています。その書面で個人情報使用について確認できます。その他、必要な機会ごとに、医療機関との連携について、ケアマネジャーがその旨を本人・家族に伝え、医療機関に前もって連絡しておいてもらう場合があります。不明な場合には、提供についての同意過程を担当ケアマネジャーに直接確認していただくと良いかと思えます。</p>

No.	項目	Question	Answer
123	連携	<p>退院時の詳しい情報がない患者様について、突然、電話のみで「かかりつけ医になってくれ」と言われても困るときがあります。</p>	<p>退院時にケアマネジャーとして契約する場合については、ケアマネジャー自身も情報量が少なく、ご迷惑をかけることもあるかと思えます。藤枝市介護支援研究会での『サービス依頼時情報提供書』や『入院時情報提供書 藤枝市版』（※巻末参考資料参照）が共通ツールとしてありますので、項目を確認の上、その提出を求めているだけと良いかと思えます。また、それ以外にも、退院時の場合には病院の退院時の介護連携シートがあったり、ケアプラン作成のための担当者会議録、アセスメントシート、居宅サービス計画書等もケアマネジャーは作成しますので、必要に応じてご提案ください。かかりつけ医の依頼方法については、地域の社会資源リストで既に提示しましたので、ケアマネジャーの依頼方法も改善が図られていくと思えます。</p>
124	連携	<p>医療機関に送られてくる患者様の情報が少なく、判断が難しい時があります。情報提供を詳しくいただくことはできますか？</p>	<p>担当ケアマネジャーにご連絡ください。藤枝市では、藤枝市介護支援研究会での『サービス依頼時の情報提供書』（※巻末参考資料参照）があります。また、入院の場合には、国で定められた項目に基づき、藤枝市介護支援研究会が作成した『入院時情報提供書』（※巻末参考資料参照）がありますので、その提出を依頼してください。また、それ以外にも、ケアマネジャーは、日常生活動作（ADL）、身体的健康、精神的健康、社会関係、経済状況、住環境、ケア提供者の状況の7つのポイントで身体・機能的状況、社会・環境的状況、精神・心理的状況を国の定める23項目に従いアセスメントしていますので、必要に応じて情報提供は可能です。</p>

No.	項目	Question	Answer
125	連携	<p>新規の患者様を紹介される場合、紹介元があれば、紹介状があるとありがたいです。また、その際に、患者様の情報提供をしてもらうことはできますか？</p>	<p>可能です。藤枝市では、藤枝市介護支援研究会の『サービス依頼時の情報提供書』（※巻末参考資料）があります。また、それ以外にも、ケアマネジャーは一連のマネジメントとして、アセスメント票、担当者会議録、居宅サービス計画等を整備しておりますので、どのような内容の情報が必要であるかをご相談いただければ、必要な情報提供ができると思います。</p>
126	連携	<p>「何の目的」で、「何を」主治医から確認したいのか分からないときがあります。何を知りたいのか、分かりやすく書式を工夫することはできますか？</p>	<p>かかりつけ医に確認したい内容として考えられることは、①医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・短期入所療養介護・居宅療養管理指導・複合型サービス）の導入にあたり専門的意見を伺うこと、②軽度者福祉用具貸与に係る医学的な所見に基づく判断を伺うこと、が想定されます。①、②の書式は定められていません。面会、電話、FAX等となります。しかし、②については藤枝市介護支援研究会が作成した書式が活用されています。</p> <p>それ以外の場合は、状態変化に伴う連携が多いかと思います。書式の工夫については、藤枝市介護支援研究会に準じ使用していくこととなります。</p>

No.	項目	Question	Answer
127	連携	<p>F A Xのみで連絡をされる方がいます。緊急性の有無について判断ができかねることがあります。何を求めているのか、書面の中で分かりやすく工夫することはできますか？</p>	<p>残念ながら、書式については、一部藤枝市立病院との介護保険サービスに係る専門的意見の聴取を目的とした書式はありますが、現段階で定められている書式はありません。国で定められているものでは、『サービス担当者に対する照会（依頼）』（※巻末参考資料）のみです。今後、勉強会等を通して、目的、内容、回答期日、緊急性の有無を記載できるよう助言していきます。また、緊急性が高い場合には、直接電話連絡することも助言します。</p>
128	連携	<p>受診同行は、どのタイミングで行っていますか？</p>	<p>下記の事由当が挙げられます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①一人での受診が困難であり、家族の支援が難しい場合。 ②病状や治療方針を確認したい場合。 ③心身の状況から、治療に対する情報提供やご相談をしたい場合。 ④医師からの専門的意見を求めたい場合。 <p>基本的には、本人・ご家族に同意を得て、医療機関に受診同行の目的をお伝えした上での同行となります。</p>
129	連携	<p>主治医に相談をするときは、どのタイミングで行っていますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①担当のケアマネジャーとなった時の挨拶。 ②患者（担当する利用者）様の治療等医療的ニーズを確認したい場合。 ③患者様の心身の状況に変化があった場合。 ④患者様の生活状況から、連携が必要と判断した場合。 ⑤服薬等の管理が困難な場合。 ⑥介護保険制度上で、専門的意見を求める場合等が考えられます。

No.	項目	Question	Answer
130	社会資源	<p>介護保険を受けていない高齢者の患者様が通院されていて、心配になる方や相談したい方の相談窓口を教えてください。</p>	<p>患者様の住所地を管轄する地域包括支援センター（安心すこやかセンター）にご連絡ください。藤枝市では、介護、健康福祉、虐待防止、権利擁護など、高齢者のあらゆる相談や問題に対応する「ワンストップ相談窓口」として市内に7つの法人に地域包括支援センター（安心すこやかセンター）業務を委託しています。</p> <p>藤枝地区、西益津地区の担当は、ふじトピアです。</p> <p>※連絡先：054-638-5259 （時間外：090-3421-5259）</p>
131	社会資源	<p>サービス事業所が、どこにあり、どのようなサービスの特徴があるのか分かりません。</p>	<p>藤枝市では、『介護サービス事業所ガイドブック』が作成されています。また、ふじトピア圏域では、地域の社会資源をご紹介する『社会資源リスト』を作成しています。ぜひ、ご活用ください。具体的に確認したいことなどがありましたら、担当のケアマネジャーや患者様がお住まいの地域の地域包括支援センター（安心すこやかセンター）にお問合せください。</p>

No.	項目	Question	Answer
132	社会資源	<p>ケアマネジャーの強引な態度に困っています。相談窓口はありますか？</p>	<p>ケアマネジャーの態度でお困りの場合の身近な相談窓口は3つあります。</p> <p>①そのケアマネジャーが所属する「居宅介護支援事業所」 ⇒管理者が配属されていますので、直接的な指導が期待できます。</p> <p>②居宅介護支援事業所がある地域の「地域包括支援センター」 ⇒個別的な具体的助言のほか、匿名での相談にも対応します。また、地域のケアマネジャー全体への助言ができ、地域全体の問題として取り組むことも期待できます。</p> <p>③藤枝市福祉政策課（054-643-3148） ⇒苦情対応窓口となっています。</p>

8) その他

No.	項目	Question	Answer
133	その他	<p>「認知症初期集中支援チーム」とは何ですか。</p>	<p>認知症の早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的に介護保険法の地域支援事業に基づいて実施される事業です。</p> <p>藤枝市の場合、実施主体は藤枝市、支援チームは各地域包括支援センターに配置されます。医師を含めた複数の専門職が、家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人、及びその家族を訪問し、アセスメントや家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活をサポートを行ったり、関係者間との連携や情報共有ができる仕組みの確保をしたりすることが事業内容となります。</p> <p>詳しくは利用者が居住する圏域の地域包括支援センターにお問い合わせください。</p>
134	その他	<p>障害サービスの担当機関がわかりません。</p>	<p>令和2年度より、「藤枝市基幹相談支援センター」が市役所自立支援課内に設置されました。</p> <p>藤枝市では、障害を持った方やそのご家族のための総合相談窓口として、地域に溶け込み自立した生活を送れるように必要な援助や情報提供を行っています。</p> <p>連絡先：054-643-3131</p>

No.	項目	Question	Answer
135	その他	<p>在宅医療サポートセンターとは何ですか。</p>	<p>志太医師会では、在宅医療推進事業を進める中、平成28年度から「藤枝市在宅医療・介護連携推進事業」を受託し事業を展開しております。その事業を担うのが、在宅医療サポートセンターになります。</p> <p>サポートセンターの主な業務は、「看取り時当番医制度」のコーディネートと「総合相談窓口」の対応です。</p> <p>「看取り時当番医制度」は、最期まで自宅で過ごしたいという患者や家族の想いを大切にしながら、看取りのために管内を離れられない医師の悩みを解消するため始めました。</p> <p>「総合相談窓口」は、市民・医師会員・その他病院からの在宅医療に関する相談を受け付ける窓口です。在宅医療に関する質問・疑問への対応、往診医の紹介、保険算定に関する質問への対応、診診連携の橋渡しなどを行っています。</p> <p>その他にも、「在宅医療部会」や「医療・介護・福祉フォーラム」「地域で平穏死を考える集い」「よろず相談室（がん相談窓口）」等の開催、「静岡県版在宅医療・介護連携情報システム<シズケア*かけはし>」の活用・普及活動等です。</p> <p>「安心して在宅医療を受けられる、安心して在宅医療を提供できる」環境づくりに貢献すべく、活動しております。</p>

136

その他

「市民相談センター」とは何ですか。

藤枝市役所西館2階に設置されており、市民の様々な悩み事を整理し、助言、アドバイスを行うとともに、関係機関や専門相談へつなげる機関です。

一般相談は、市民が日頃抱える不安や悩みに対する相談や助言などを一般相談員が受け付けています。相談日時は、毎週月曜日～金曜日の午前9時～午後4時です。また、毎月第2・第4水曜日の午後1時30分～午後3時に日頃の悩みや心配事の相談を人権擁護委員や行政相談委員が受け付け、必要があれば弁護士から法的なアドバイスが受けられるよろず相談があります。

専門相談は、次の6種類あります。

- ①民事上の法律問題全般の相談を弁護士が行う法律相談
- ②所得税や相続税、贈与税など税の相談を税理士が行う税務相談
- ③贈与・不動産登記など相続全般の相談を司法書士が行う相続相談
- ④測量や土地の境界、建物の登記などの相談を土地家屋調査士が行う測量相談
- ⑤公正証書遺言書や約束事の証書などの相談を公証人が行う公正証書相談
- ⑥労働者・雇用主それぞれが抱える労働トラブルの相談を社会保険労務士が行う労働相談

専門相談は事前予約制となりますので、まずは054-643-3318（受付時間は午前9時～午後4時）まで連絡してご相談ください。

<p>137</p>	<p>その他</p>	<p>「消費生活センター」とは何ですか。</p>	<p>藤枝市役所西館2階に設置されており、事業者に対する消費者の苦情や相談のほかに、消費者啓発活動や生活に関する情報提供などを行う機関です。</p> <p>消費生活相談は、商品やサービス、契約、悪質商法などの相談、クレジットやサラ金などの債務相談などを消費生活相談員が受け付けています。相談日時は、毎週月曜日～金曜日の午前9時～午後4時です。相談の内容によっては弁護士の対応につながります。来所相談には事前予約が必要になりますので、まずは054-643-3305（受付時間は午前9時～午後4時）まで連絡をしてご相談ください。</p>
------------	------------	--------------------------	--

《 卷末参考資料 》

- 1) サービス依頼時の情報提供書
- 2) サービス担当者に対する照会（依頼）内容
- 3) 入院時情報提供書（藤枝市介護支援研究会）
- 4) <参考例>個人情報同意書（地域包括支援センターふじトピア）
- 5) 居宅サービス事業所の選択に関する説明についての確認書
- 6) 『国立長寿医療センターの事前指示書』にもとづく確認書
- 7) 救急受診時の医療・介護情報用紙（患者情報）
- 8) 診療情報提供書（栄養指導用）

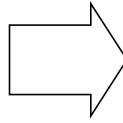
サービス種類

()

サービス依頼時の 情報提供書

送信日 年 月 日

事業所名(担当者名)		
()		
TEL	638-5259	FAX



事業所名(担当者名)	
()	
TEL	FAX

フリガナ		性別	生年月日	介護度	
名前		男・女	M・T・S	被保険者番号	
			年 月 日(才)		
住所		緊急連絡先	氏名		続柄()
電話			電話		
既往歴	家族構成・介護状況 主介護者名() 続柄()				
現病歴					
主治医					
主治医 意見欄					
現在利用中のサービス					
項目	程度			特記事項	
麻痺	無 有 ()				
座位	自立 つかまり 一部介助 全介助				
移動	自立 見守り 一部介助 全介助				
立位	自立 つかまり 一部介助 全介助				
入浴	自立 一部介助 全介助				
皮膚状態	褥瘡 無 有 ・その他疾患 無 有				
食事	自立 見守り 一部介助 全介助				
排泄	自立 一部介助 全介助				
更衣	自立 一部介助 全介助				
薬の内服	自立 見守り 一部介助 全介助				
視力	正常 やや弱い 見えない				
聴力	正常 やや遠い かなり遠い 聴こえない				
意思伝達	できる 時々 できない				
問題行動	無 有			日常生活自立	
				自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
連絡事項				認知症自立度	
				自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

利用者名 _____ 様

計画作成者(担当者)氏名 _____

作成年月日 年 月 日

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会(依頼)年月日 照会(依頼)先	照会(依頼)内容	回答年月日 回答者氏名	回答内容

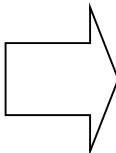
※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

入院時情報提供書 藤枝市版

作成日 年 月 日
 入院日 年 月 日
 情報提供日 年 月 日

担当ケアマネジャーより、医療機関の方へ
 ・退院が決まりましたらできるだけ連絡をお願いします。
 ・また、必要時、退院前カンファレンスをお願いします。

事業所名 (担当者名) _____ ()
 TEL _____ FAX _____



医療機関名 _____ 御中
 TEL _____ FAX _____

利用者・家族の同意に基づき、利用者情報を提供致します。

フリガナ	性別	生年月日 (年齢)	住所
氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
電話番号	ジェノグラム		
緊急連絡先	氏名: _____ 連絡先: _____		
キーパーソン	氏名: _____ 連絡先: _____		
主介護者	氏名: _____ 連絡先: _____		
介護力	<input type="checkbox"/> 見込める <input type="checkbox"/> 見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない		
主治医	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> アパート <input checked="" type="checkbox"/> 施設等 <input type="checkbox"/> その他		
既往歴/現病歴			
処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患		
服薬方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 飲み忘れあり		
要介護度	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5 <input type="checkbox"/> 申請中		
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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		*現在の状況をケアマネジャーの判断で記入
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		
問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他		
本人の生活歴			
入院前の本人家族の意向			
利用中のサービス			
診療上の指示	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 通じない		
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上		
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう		
特記事項			
今後の展望			

個人情報使用同意書（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用）

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

利用者のための介護予防プランの作成（変更）及び介護予防プランに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や事業者及び関係機関との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者の範囲

指定介護（予防）サービス提供事業者及び介護保険外サービス提供事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに介護予防支援に協力が必要な地域の行政機関や民生委員等の関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援に協力が必要な関係者に限る）

3 使用する期間

サービス提供を受けている期間

4 条件

- （1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- （2）緊急を要すると判断した場合は、必要最小限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すとともに、速やかにお客様に対して報告すること。
- （3）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年 月 日

利用者 氏 名 印

家 族 氏 名 印

居宅サービス事業所の選択に関する説明についての確認書

(1～4までは居宅支援事業所が記入)

1. 説明を受けた居宅サービス事業所名及び法人名

①

サービス名： _____

	事業所名	法人名
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

②

サービス名： _____

	事業所名	法人名
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

欄が足りない場合は別紙としても可。

2. 説明に使用した文書（該当するものに○）

- ①各サービス事業所のパンフレット
 ②ワムネット等のインターネットでの情報画面
 ③市町作成のサービス事業所ガイドブック等

3. 説明日 年 月 日

4. 説明者 事業所 _____ 氏名 _____

私は、上記の居宅サービスを受けるに当たり、当該サービスの事業者情報に関して、1に記載の事業所について2の資料により説明を受け、比較検討した結果、下記理由から下記所宅サービス事業所によるサービス提供を受けることを希望します。

①（事業所名） _____

（選択理由） _____

②（事業所名） _____

（選択理由） _____

年 月 日

利用者氏名 _____ 印

『国立長寿医療センターの事前指示書』にもとづく確認書

心臓マッサージや人工呼吸器装着など延命治療に対する希望の有無を、利用者様にあらかじめ文書化してもらい取り組みを始めています。

私の医療に対する希望(終末期になったとき)

終末期とは、生命維持処置を行わなければ、比較的短時間で死に至るであろう、不治で回復不能の状態です。

ここに書いておいていただきたいことは、

- ・ 利用者様が終末期になったときの受けられる医療に対する希望です。
- ・ 利用者様ご自身で判断できなくなられたとき、主にご家族の参考になると思われれます。
- ・ この希望はいつでも変更でき、法律的な意味はありません。

利用者氏名 _____ 様

1. 基本的な希望(希望の項目をチェックしてください。)

① 痛みや苦痛について

- できるだけ抑えて欲しい(必要なら鎮痛剤を使ってもよい)
 自然のままにいたい

② 終末期を迎える場所について

- 病院 自宅 施設 病状に応じて

③ その他の基本的な希望(自由にご記載ください。)

(_____)

2. 終末期になったときの希望(希望の項目にチェックしてください。)

- ① 心臓マッサージなどの心肺蘇生 して欲しい して欲しくない
② 延命のための人工呼吸器 して欲しい して欲しくない
③ 抗生物質の強力な使用 使って欲しい 使って欲しくない
④ 胃ろうによる栄養補給 して欲しい して欲しくない
※ 流動食を腹部から胃に直接通したチューブで送り込むことです。
⑤ 鼻チューブによる栄養補給 して欲しい して欲しくない
⑥ 点滴による水分の補給 して欲しい して欲しくない
⑦ その他の希望(自由にご記載ください。)

(_____)

3. ご自分で希望する医療が判断できなくなったとき、主治医が相談すべき人はどなたですか。

お名前(_____) ご関係 (_____)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者氏名 _____ 印 (続柄 _____)

担当介護支援専門員 _____

藤枝市立総合病院 宛 救命救急センター TEL 054-646-1119 / FAX 054-646-1118

救急受診時の医療・介護情報用紙（患者情報） NO.1

※ 電話連絡後、救急受診申込書、紹介状(あれば)とともにFAXを願います。(原本持参)

作成日: 年 月 日 記載者サイン

患者氏名	(男・女)	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
患者の住所				TEL
施設・事業所名				TEL
家族形態	独居・家族と同居()	家族の住所	TEL	
入所日または 施設利用開始日	年 月 日	施設利用理由()		
利用中サービス	入所(老健・特養・)・ショートステイ・訪問看護・訪問介護・デイ・その他()			
介護保険	(有・無・申請中)	障害者手帳	(有・無)	
キーパーソン	氏名	続柄	TEL	
キーパーソンへの連絡	連絡済 ・ 来院可			
主治医	(配置・嘱託・外来かかりつけ)	病院名	TEL	
ケアマネジャー	事業所名	氏名	TEL	
要介護度	支援1・支援2 介護1・介護2・介護3・介護4・介護5 認定時期()			
* 本人、家族の死の受け止め方について聞いたことを記載してください。				
* 例	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃より、延命治療は望んでいない話しをされていた。 ・一日でも長く生きて、孫の顔を見たいと言っていた。 ・特になにも聞いていない。 			
救急受診時、 入院時の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の症状の軽減(痛みを取る・呼吸を楽にするなど)のみを希望(する・しない) ・延命治療を希望(する・しない)(「しない」場合においては、心停止時の救命処置はしない) ・心停止または呼吸停止時は救命処置を希望(する・しない) 			
	救急入院時の方針に返答した方 (本人・家族・その他)		続柄:()	
意思表示した方のサイン_____		続柄:()		

2枚目へ(裏面へ)

救急受診時の医療・介護情報用紙（患者情報）

NO.2

当院救急外来受診時には、必ず電話連絡をお願いします。054-646-1119
お薬手帳があれば必ず持参してください。

		受診までの経過を記載してください
受診までの経過等	訴えは何か	
	どのような状況で どのような処置、治療を行ったか	
	かかりつけ医の診察を受けましたか (有・無)	

身体状況	項目	状態	追記
	移動	自立・歩行器・車いす・ベッド上・全介助	
座位保持	できる・支えが必要・できない		
階段昇降	できる・できない・介助が必要		
食事	自立・介助・絶食		むせこみ(有・無)
食事形態	普通食・刻み食・ミキサー食・とろみ食		
排泄	トイレに行ける・ポータブルトイレ・ベッド上		オムツ(有・無)
入浴保清	自立・一部介助・全介助		
衣服着脱	自立・一部介助・全介助		
四肢拘縮	有・無()		
整容	自立(洗面・歯磨き・青髪・髭剃り) 部分介助またはできない		
体重減少	入所時よりも(有・無)		現在の体重 , kg , cm
認知症	自立・意思疎通困難・夜間徘徊・常に介護が必要・専門医の治療を受けいている		
既往歴	心臓病(心筋梗塞・弁膜症・不整脈) 脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血) 高血圧症・糖尿病・腎病・肝病・精神疾患 手術歴() その他()		
医療処置	インシュリン注射・血糖測定・酸素投与・褥瘡・人工肛門・点滴・尿道バルーン・気切 その他()		

令和 年 月 日 記述者サイン

※ 受診時、患者さんの状況がわかる方が必ず同行して下さい。

診療情報提供書（栄養指導用）

藤枝市立総合病院
ご担当医御机下

令和 年 月 日

紹介医

病(医)院名	
所在地	
医師名	
電話	
FAX	

(ふりがな) 患者氏名	(男・女)		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
住 所			電話番号	
病 名 (耐糖能異常 は保険適応 外)			既往歴	
検査所見	検査日 年 月 日 (検査値のコピー等があれば記入不要)			
	血 圧 / mmHg		血 糖 (空腹時・随時) mg/dl	
	HbA1c(NGSP) %	TG mg/dl	HDL-Cho mg/dl	
	LDL-Cho mg/dl	UA mg/dl	K mg/dl	
	eGFR ml/分/1.73m ²	Cr mg/dl	その他()	
身体所見(必須)	身長 cm	体重 kg	BMI [体重kg÷(身長m×身長m)]	
処方内容	なし ・ あり ()			
栄養指導 指示	<p>指示量 ・ 別添の藤枝市立総合病院栄養指導内容一覧表から選んでください。</p> <p> ・ 一覧表にない指示は直接記入してください。</p> <p> ・ 指示量不明で病院医師に依頼される場合は、次の()に○を記入してください。</p> <p> () CKDの食事指示は病院医師に依頼します。</p> <p>食種名 ()</p> <p>エネルギー()kcal 蛋白質()g 脂質() P/S比 1:2</p> <p>その他該当項目があれば○を付けてください。</p> <p> 塩分制限 (6g未満 ・ 5g未満) コレステロール制限 200mg以下</p> <p> ビタミンK制限 (ワーファリン内服者用制限) カリウム制限(2,000mg以下 ・ 1,500 mg以下)</p> <p> 水分制限 ()ml以下</p>			
その他指示 特記事項	<p>該当項目に○を付けてください</p> <p>初回栄養指導 ・ 2回目以降の栄養指導 ・ 家族と共に指導</p> <p>重点指導項目</p> <p>外食 ・ 宅配食 ・ コンビニ ・ 市販惣菜 ・ 間食 ・ アルコール(制限)(禁酒) ・ 単身赴任 ひとり暮らし ・ その他()</p>			

(別添)

藤枝市立総合病院栄養指導内容一覧表

食種名	エネルギー(kcal)	タンパク質(g)	脂質(g)
エネルギーコントロール食15(単位)	1200	60	40
エネルギーコントロール食16(単位)	1280	65	40
エネルギーコントロール食17(単位)	1360	65	40
エネルギーコントロール食18(単位)	1440	70	40
エネルギーコントロール食19(単位)	1520	75	45
エネルギーコントロール食20(単位)	1600	80	45
エネルギーコントロール食21(単位)	1680	80	45
エネルギーコントロール食22(単位)	1760	80	45
エネルギーコントロール食23(単位)	1840	85	50
エネルギーコントロール食24(単位)	1920	85	50
エネルギーコントロール食25(単位)	2000	90	50
エネルギーコントロール食26(単位)	2080	90	50
エネルギーコントロール食27(単位)	2160	95	50
エネルギータンパクコントロール食1	1500	40	45
エネルギータンパクコントロール食2	1800	40	50
低タンパク食1	1600	25~30	55
低タンパク食2	1600	40	50
低タンパク食3	2000	40	70
透析食1	1600	50	40
透析食2	1800	60	40
透析食3	2000	70	45
高タンパク食1	1600	80~90	45
高タンパク食2	2000	80~90	50
腎炎食	2000	60	50
減塩食	1700	65	45
痛風食	1800	70	45
肝臓食1	1600	70	45
肝臓食2	1800	70	45
膵炎食3	1300	40	10
低脂肪食1	1600	65	10~20
低脂肪食2	1800	70	30
低コレステロール食	1700	65	45
貧血食	1800	70	45
潰瘍食	1800	85	50
胃切除後食	1400	60	40
低残渣低脂肪食	1500	65	20

<執筆ご協力者>

- 秋山 友紀 (藤枝市社会福祉協議会 生活支援コーディネーター)
- 石神 弘美 (訪問看護ステーションスポット 看護師)
- 剣持 拓也 (聖稜リハビリテーション病院 理学療法士)
- 佐藤 佳央理 (れんげじ歯科クリニック 歯科医師)
- 田近 貴子 (ゴールドエイジ藤枝 居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員)
- 原田 美和 (夢コープしだ事業所 訪問介護事業所 管理者)
- 満島 尚子 (NASA介護スペース五十海通所介護事業所 管理者)
- 宮内 ゆか (ふじトピア居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員)
- 村井 美加子 (エムハート薬局れんげじ店 薬剤師)
- 山本 和枝 (藤枝市立総合病院 入退院・在宅支援室)

(敬称略・五十音順)

【事務局】

- 藤枝市地域包括支援センターふじトピア 社会福祉士 内村 宣子
- 藤枝市地域包括支援センターふじトピア 主任介護支援専門員 福原 隆行
- 藤枝市地域包括支援センターふじトピア 看護師 澤口 経子
- 藤枝市地域包括支援センターふじトピア 主任介護支援専門員 縣 真美恵
- 藤枝市地域包括支援センターふじトピア 社会福祉士 金原 明子
- 藤枝市地域包括支援センターふじトピア 看護師 石原 美幸
- 藤枝市地域包括支援センターふじトピア 社会福祉士 松野 竜二