

令和8年度 第1回 医療介護連携推進委員会 次第

日時：令和8年6月4日（木）

13：30～15：00

会場：市役所 会議室1

1 あいさつ

2 議題

(1) 在宅医療・介護連携推進事業について

ア. 令和7年度実績報告 [資料1][別紙1]

イ. 令和8年度事業計画 [資料1][別紙2][別紙3]

(2) 地域包括ケアシステムのための在宅医療介護連携の手引きの修正について [資料2]

(3) はなしょうぶネットワーク（電子@連絡帳）について[資料3]

利用登録状況等について

3 その他連絡事項

次回：令和8年度 第2回 令和8年10月6日（火）市役所 談話室1

碧南市高齢者ほっとプラン(第9期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画)

医療と介護の二コースを併せ持つ高齢者を地域で支えていくために切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進します。入院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応力強化、感染症や災害時対応等の様々な場面で医療、介護関係者の連携を推進し、在宅医療・介護を一体的に提供できるように医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護師会、介護サービス事業所と緊密に連携します。また、「人生会議(ACP(アドバンス ケア プランニング))」の普及を通じて、もしものときのために、望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組みを推進します。

●制度体系

Table with 3 columns: 1.現状分析・課題抽出・施策立案(計画), 2.対応策の実施, 3.対応策の評価・改善. Includes sub-points for resource identification, implementation of support, and evaluation of outcomes.

Main implementation plan table for FY2023 and FY2024. It details various activities such as resource identification, support for medical and nursing cooperation, and implementation of ACP, including specific dates and locations like 'City of Aichi' and 'Nishio City'.

ア 医療介護連携に関する相談支援 厚生労働省(2)

1 電話相談・訪問相談等 (年間相談件数 265 件)

基本情報

	実件数	性別			年齢						住所			関係医療機関					
		男	女	不明	~64	65~	75~	85~	95~	不明	市内	市外	不明	碧南市民 通院中	碧南市民 入院中	他院 通院中	他院 入院中	開業医 通院中	なし
R6 年間合計	206	83	121	2	16	32	99	52	5	2	183	21	2	119	6	10	8	50	13
R7 年間合計	265	121	140	4	17	43	121	71	9	4	242	23	0	132	54	10	6	56	7
(%)	100%	46	53	1	7	16	46	27	3	1	91	9	0	50	20	4	2	21	3

相談者

	実件数	医療関係者										介護関係者			一般 市民	行政等	他			
		市民病院					市内		市外 病院	訪問 看護	他	ケアマネ ジャー	地域包括 支援センター	他						
		患者サポート室	外来	病棟	その他	他病院	開業医													
R6 年間合計	206	8					63	3	1	1	1	3	12	0	54	32	6	16	6	0
R7 年間合計	265	8					65	1	3	2	1	2	6	1	59	49	3	16	3	46
(%)	100%	3					25	0.3	1	1	0.3	1	2	0.3	22	19	1	6	1	17

相談内容

	実件数	紹介		窓口		連絡・確認		治療・療養への関係調整					状態悪化		認知症		対応困難 事例への 支援	病状・治療 認識への 支援	意思決定 支援	情報提供	その他
		医療 機関	介護 機関	訪問 歯科	栄養 指導	市民病院		市民病院		市内	市外	開業医	療養 支援	受診 支援	療養 支援	受診 支援					
R6 年間合計	206	6	0	1	0	7	0	35	3	0	1	4	16	16	66	3	25	6	4	7	6
R7 年間合計	265	1	0	0	0	4	1	44	4	0	0	0	14	27	53	6	31	6	10	60	4
(%)	100%	0.3	0	0	0	1.5	0.3	17	1.5	0	0	0	5	10	20	2	12	2	4	23	1.5

実施内容(複数あり)

	紹介		窓口		連絡・確認		治療・療養への関係調整					状態悪化		認知症		対応困難 事例への 支援	病状・治療 認識への 支援	意思決定 支援	情報提供	その他
	医療 機関	介護 機関	訪問 歯科	栄養 指導	市民病院		市民病院		市内	市外	開業医	療養 支援	受診 支援	療養 支援	受診 支援					
R6 年間合計	3	0	1	0	0	0	74	4	3	1	11	27	22	62	15	34	43	30	92	5
R7 年間合計	0	0	0	0	0	1	101	5	0	1	3	23	33	55	18	44	49	43	146	7

活動(複数あり)

	電話・FAX・メール						院内面談								訪問				会議等	他	
	医療 機関	医療系 サービス	ケアマネ ジャー	介護系 サービス	一般 市民	他	院内 医師	院内 看護師	院内 MSW等	院内 その他	医療系 サービス	ケアマネ ジャー	介護系 サービス	一般 市民	医療 機関	事業所等	地域包括 支援センター	行政等			自宅
R6 年間合計	343	256	743	211	38	290	406	807	131	204	191	84	36	415	78	99	19	17	5	48	26
R7 年間合計	214	152	779	104	52	275	357	894	144	153	139	89	36	454	64	102	19	44	2	51	22

イ 医療介護関係者への連携支援 厚労省(3)(4)

■ACPの理解を深め、現場で実践につなげるための啓発活動

ACP人材育成ステップ研修(初級・中級 計2回) <企画・運営・周知・講義・進行>

9月27日(土) 市内医療介護関係者42名 ファシリテーター14名 初級編

10月25日(土) 市内医療介護関係者42名 ファシリテーター14名 中級編

研修は今年度を最後としたため、今後各機関で継続するためにも積極参加を促した。来年度以降は、必要な内容を協力する方向とする。

ACPすぷらうと <作成・配布>

5月今年度の研修予定

10月研修報告

3月これまでの活動のまとめ

碧南市介護サービス機関連絡協議会加入の事業所・市内4病院へ配布。

その他の院内 ACP チーム活動 <他のチームメンバー各担当への協力>
院内メールによる ACP 情報の配信

■地域において ACP 情報を共有するための体制構築、関係者間の関係構築

ACP 運用の実態アンケート（ケアマネジャー） <内容作成>

病院医療者の ACP アンケート（碧南市民病院・小林記念病院） <作成・実施>

ケアマネに対しては、地域支援系のアンケートで ACP の実践状況を確認した。病院医療者に対しては、オンラインで碧南市民病院と小林記念病院に調査をした。（市民病院は ACP チームによる）

救急隊との連携 人生の最終段階の意思決定支援体制の構築 <企画・作成・運営・周知>

高齢介護課と共に、救急の協力のもと、「心肺停止」と「急激な状態悪化」に分けて、救急搬送に係る意思決定支援体制について検討し、市の医療介護連携推進委員会で承認を得た。市内のかかりつけ医・4 病院・ケアマネジャー・地域包括支援センター・訪問看護ステーションへ周知をした。受け皿として、当院救急外来の体制整備を実施中。

高齢者糖尿病チーム 研修会への協力 企画協力・講義

7 月 6 日（日）名古屋（オンライン）日本看護協会糖尿病看護認定看護師 54 名

テーマ：ACP の実践～意思決定とその実現～

内 容：ACP・SDM について、意思決定～意思実現までを詳しく示すとともに事例で具体化して講義した。

「1 人でも安心の備え サポートマップ」 <企画・作成・運営・周知>

「身寄りが無い」もしくは「身寄りがあっても疎遠」な方がどこで暮らすとしても、自分が思い描く生き方に合った暮らしを実現することを目指す基として作成。市内現場で活動する 7 名の医療介護関係者で検討し、4 回の話し合いと 4 回の文面による意見交換の末、作成した。作成後はケアマネジャー・地域包括支援センター・病院へ周知すると共に、今後も同場所に設置し、市民に周知しながら活用を促す方向。

多職種合同研修 <企画・運営・周知・講義・進行>

12 月 19 日（金）碧南市民病院講義室 市内医療介護関係多職種 43 名

テーマ：1 人暮らしの認知症高齢者がすべき安心の備え

講 師：医療介護関係者 4 名

内 容：「身寄りが無い」もしくは「身寄りがあっても疎遠」な方が、自宅・病院・施設などで暮らすことになっても、自分が思い描く生き方に合った暮らしを実現することを目指し、サポートマップを使って状況整理できる人材を育成するための講義とグループワーク。

医療講座 ランチョンセミナー <企画・周知・運営・進行>

7 月 17 日 第 1 回 誤嚥性肺炎 73 名

9 月 18 日 第 2 回 心不全 心疾患 59 名

11 月 20 日 第 3 回 脳血管疾患 73 名

テーマ：医療講座 ランチョンセミナー（オンライン）

講 師：堀尾医院 堀尾建太先生

内 容：市内医療介護関係者に患者自身の医療情報を正しく捉えて支援することの必要性を周知するために、身近な疾患を基に講義をしていただいた。すべての講義に ACP の要素を話に入れていただいた。

認知症外来患者に対する ACP 支援体制

神経内科看護師と共に情報提供用の用紙を作成。認知症外来受診の方の中で、支援を希望する方（市内在住のみ）を対象とし、認知症告知後の「病状認識」「本人と家族の思い」を確認、地域支援担当（相談窓口）に情報提供と ACP の開始を依頼した。

市民病院通院患者に対する早期からの状況整理体制

外来担当医師が気になる患者を看護師が受け取り、ACP を意識し状況整理できる体制として、外来看護師等と検討し呼吸器内科にて開始した。しかし、複雑な業務の中で、継続していくことには難しさもある印象。

看護師会事務局活動 <運営・作成・周知>

総会1回、役員会4回、交流会1回、見学会1回、ビデオによる研修2回
広報「看護師会ニュース」2回

「碧南市健康を守る会」すこやか碧南編集委員会

編集委員として参加

ウ 市民への ACP や在宅医療・介護の普及啓発

■市民の ACP や地域の医療・介護への理解が深まるための普及活動

医療介護市民講座 <企画・運営・周知・進行>

1月8日(木) 参加107名(うちスタッフ・登壇者12名)

テーマ: 1人でも安心の備え ～自宅・入院・入所それぞれの困りごとと準備すべきこと～

登壇者: 市内医療介護関係者8名 座長 堀尾医院 堀尾静先生

内 容: パネルディスカッション

事例の状況変化に合わせて、各職種から一人暮らしの「困りごとと準備すべきこと」を説明。
まとめとして会場を交えた意見交換。

出前講座「もしバナゲーム」 <企画・講義・進行>

6月25日 9月19日 遊友の会

8月21日 高齢者教室 参加者3回にて計74名

地域の高齢者へ講義後、もしバナトランプゲームによる人生会議を実施。

目的 自律実現可能な地域づくり
 本人が主体的かつ自由に自らの生き方を追求し、実現できる地域づくり

事業項目	対象	目標	事業内容
ア 医療介護連携に関する相談支援	市民 医療介護関係者	共有意思決定支援を軸にした早期からの状況整理	1 相談支援（電話相談・訪問相談を含む） <詳細> 地域担当者との協働による共有意思決定支援を基とする状況整理と方針決定支援
イ 医療介護関係者の連携への支援		共有意思決定支援による決定意思をもとにした医療介護関係者の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療的な困りごとへの支援（アウトリーチも含む） ・大病院から地元に戻る終末期患者の支援 ・通院患者の状況整理と方針決定支援 ・入院患者の地域からの情報収集支援 ・地域の医療介護関係者同士の関係構築の支援 2 院内 ACP チーム活動 3 碧南市看護師会活動

在宅医療・介護の連携における4つの場面と碧南市の取り組み

R8. 4月作成

① 日常の療養支援	② 入退院支援	③ 急変時の対応 (感染症や災害に対する対策含む)	④ 看取り
【4つの場面における目標】			
<p>医療・介護関係者の多職種協働によつて、本人や家族が住み慣れた場所で不安なく生活できるように支援する。</p>	<p>医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者に切れ目のないスムーズなサービスが提供され、望む場所で望む日常生活が過ごせるように支援する。</p>	<p>医療・介護・消防(救急)等の多職種が急変時や災害時に連携することにより、本人の意思を尊重した適切な対応が迅速に行われるように支援する。</p>	<p>住民が人生の最終段階について考え、備えることができるように、医療介護関係者が、本人(意思が示せない場合は、家族等)と人生の最終段階における意思を共有し、それを表現できるように支援する。</p>
【市の取り組み】			
<p>① 日常の療養支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「医療と介護ガイドマップ」作成 ・「みんなのあんしん介護保険」作成 ・総合事業周知パンフレット作成、配布 ・介護支援専門員の実態把握(5月) ・身元保証人不在時の対応に関するケース対応 ・医療介護連携推進委員会での検討(年3回) ・地域包括支援センターでの課題及び対応策の検討 ・在宅医療サポートセンター設置(碧南市民病院内) ・医療介護連携の環境づくり ・ACPの普及・推進(①④) ・「私の大切な4つの覚え」の普及(①④) ・エンディングノート(包括連携協定)周知・活用(①④) ・認知症啓発イベント ・認知症ケアパスの活用 	<p>② 入退院支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「入退院時情報連携シート」の活用 ・退院前カンファレンスの開催 ・介護保険未申請および外来リハビリ未利用の入院患者の連携シート 	<p>③ 急変時の対応 (感染症や災害に対する対策含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心肺蘇生を望む在宅療養者に対する救急隊との連携について ・へきなさん介護支援ネットワークによるBCP策定・防災訓練等の実施 ・利用者台帳、個別避難計画の作成 	<p>④ 看取り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ACPの普及・推進(①④) ・「私の大切な4つの覚え」の普及(①④) ・エンディングノート(包括連携協定)周知・活用(①④)
<p>在宅医療の提供と医療・介護連携に関する実態調査(愛知県医師会)①②③④ 碧南市介護サービス機関連絡協議会(事業所支援)①②③④ 医療介護市民講座の開催①②③④ 出前講座の開催①②③④ 多職種の協働・連携に関する研修①②③④ 医療介護に関する研修(医療講座・高齢者虐待対応研修・権利擁護に関する研修)①②③④ 主任介護支援専門員連携会議①②③④</p>			

在宅医療介護連携に関する資料（案）

碧南市医療介護連携推進委員会

令和 8 年 6 月作成

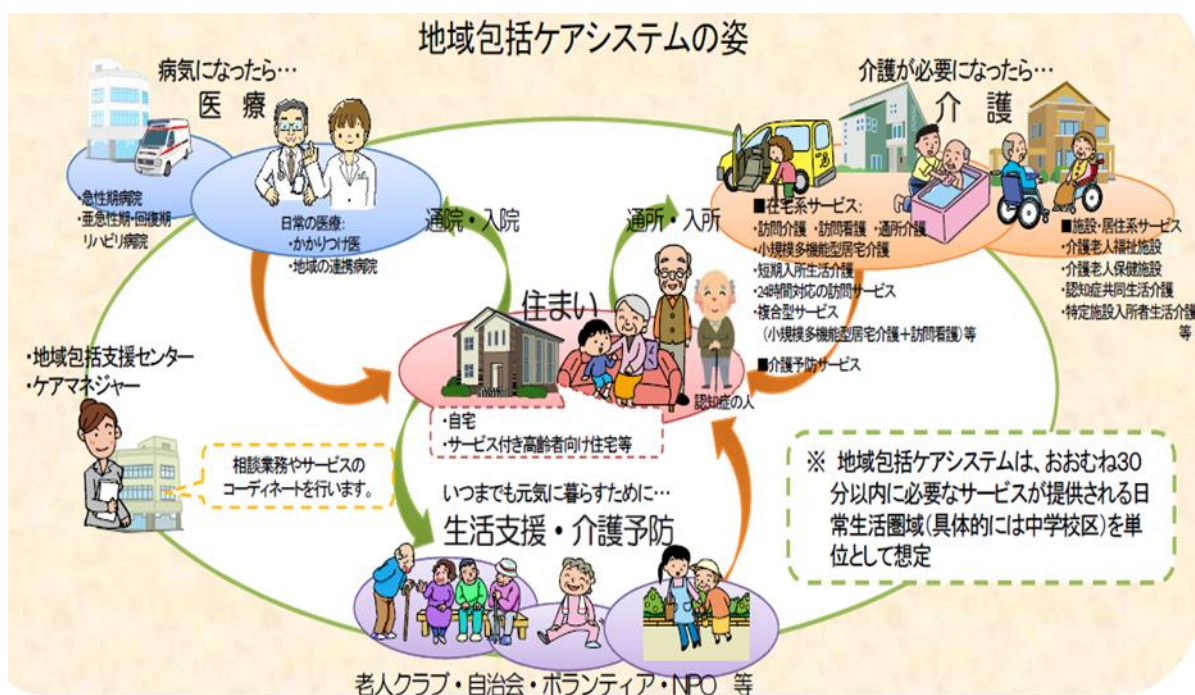
はじめに

高齢化が急速に進む中、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるように医療・介護・予防・生活支援・住まいを切れ間なく提供する地域包括ケアシステムの構築が進められています。

在宅療養時には医療サービスと介護サービスとの連携が必要になります。今後、増加すると考えられる在宅での看取りにおいては、より一層スムーズな連携が求められます。

この在宅療養を支援するために要となるのがケアマネジャーです。利用者（患者）が自立した日常生活を営むのに必要な援助を心身の状況等に応じ、サービス調整を行います。ケアマネジャーは、利用者（患者）の在宅生活を支えるために、医療と介護の関係者同士を繋ぐ連携の調整役です。

この手引きはケアマネジャーの視点で作成しておりますが、地域包括ケアシステムを構成する皆様が手引きを確認することで、それぞれの日常の業務に活かし、利用者（患者）の在宅療養の支援の一助になれば幸いです。



図：厚生労働省ホームページより

文中の□はチェック項目。●は確認事項を表す。

第1章 在宅療養時の連携

第1節 主治医との関係構築

- 利用者を担当することを知らせる。・・・様式1
- サービス担当者会議を案内する。
- ケアプランを送付する。
- 利用者に訪問診療・往診が必要な場合、利用者または家族から主治医に連絡をしてもらう。
- 主治医が訪問診療・往診を行っていない場合
「碧南市 医療と介護ガイドマップ」を参照
碧南市在宅医療サポートセンター（以下「在宅医療サポートセンター」という）に相談する。

第2節 医療機関との関係構築

1 訪問診療・居宅療養管理指導の導入

- 利用者または家族から、主治医、かかりつけ歯科医院・調剤薬局へ相談してもらう。
- 主治医、かかりつけ歯科医院・調剤薬局が訪問診療等を行っていない場合
 - ・医師・歯科医師・薬剤師共通
「碧南市 医療と介護ガイドマップ」を参照、または在宅医療サポートセンターに相談する。
- ※薬剤師のみ、下記についても参照
かかりつけ調剤薬局から対応できる調剤薬局を紹介してもらう。
碧南市薬剤師会在宅受入薬局リスト、または愛知県薬剤師会ホームページから対応できる薬局を確認する。

2 訪問看護の導入

- ケアマネジャー、利用者または家族から主治医に相談してもらう。
- 訪問看護指示書の依頼は訪問看護ステーションから行う。
病院によっては利用者または家族が書式を病院へ持って行くこともある。

第2章 入退院時の連携

第1節 入院時

利用者の入院前の生活状況や家族構成、介護サービス利用状況などの情報を病院に伝えることは、利用者の診療や退院支援の参考になる。

入院前にすること

- 在宅での生活の状況を情報提供することの承諾を、利用者または家族から確認する。
- 入院が予定されているときは、利用者または家族に、入院日を事前に教えてもらうよう依頼する。

入院後にすること

- 利用者または家族から病名、入院している診療科、病棟、入院日、医師からの説明内容等を確認する。
- 予定外の入院の場合は、利用中のサービスを中止するため、サービス提供事業所に連絡をする。
- 「入退院情報連携シート」を担当者に提出する・・・様式2
 - ・連携シートの左部分「入院時情報提供欄」を記入して提出する。不足部分は必要に応じて資料を添付するなど情報提供する。
 - ・連携シートは、入院時情報連携加算情報提供に活用する。
- 病院では全ての利用者に相談員や退院支援担当者はいるわけではないので、相談窓口を確認する。



第2節 退院時

退院前カンファレンスは、退院後の療養生活の課題等について関係者で情報共有を行い、総合的な方針や支援方法を確認するために行う。

●退院前カンファレンスの開催のめやす

- ・新規で在宅ケアチームを編成する場合
- ・入院により医療依存度が重度化したり、ADLが変化した場合
- ・再入院の可能性が高いと考えられる場合
- ・独居、高齢者世帯、認知症世帯など当事者から適切な情報収集が困難な場合
- ・退院前カンファレンスを行わずに退院することで、療養生活に支障をきたすと考えられる場合

●開催の必要性は病院が判断し、開催することが多い。概ね30分を目安に実施される。

●退院前カンファレンスには担当ケアマネジャーが参加するようにする。

退院前カンファレンス前にすること

- 出席するサービス提供事業所と参加者名を連絡する。
- 利用者または家族の退院後の生活に対する希望を確認すると同時に、可能であれば入退院情報連携シートの右半分の情報を入力する。
- 可能であればケアプラン原案を退院時カンファレンスで提示する。これにより在宅生活をイメージでき、カンファレンス参加者の共通認識やケアプランに対する助言がもらえる。
- 主治医に確認する事項を整理する。

確認事項：退院後に開始・再開を想定するサービス提供事業所に対し、想定されるケア内容等の情報収集を実施し、機能訓練、リハビリテーション等の必要性や内容、入浴などの中止基準や禁忌事項等を確認する。

退院前カンファレンス後にすること

- 看護サマリーが必要な場合は病院と調整する。
- サービス提供事業者に連絡をする。

入院前に利用していたサービスで、退院後に利用しないサービス提供事業者についても、今後の連携を円滑にするため、退院や転院の状況を伝える。

碧南市薬剤師会 在宅医療サポート利用ガイド

【在宅サポート】

碧南市薬剤師会では在宅訪問サポートとして患者さん宅や施設などへ薬をお届けし、その状況にあった薬の説明、管理を行っております。患者様自身やその家族または、医師から依頼を受けた薬剤師が訪問し、ご自宅での薬の管理をさせていただきます。

【サービス内容】

<患者さんの状態に適した調剤>

医師の指示又は医師との相談の上、錠剤・カプセル剤の粉碎、一包化等を実施

<自宅へ薬などを持参>

調剤した薬などをご自宅まで届けます。

<薬に関する情報提供と残薬や副作用など確認>

訪問した薬剤師が、薬の使用方法、保管方法などに関して情報を提供します。同時に、患者さんの状態、薬の使用状況(飲み忘れ、残薬、過不足薬等)を確認し、薬の有効性や副作用の有無などを判断し、問題があれば医師に報告し対応にあたります。

<薬剤使用履歴等の管理と相互作用などのチェック>

薬などの使用履歴、病歴、体質、薬剤による副作用歴等を記録し、管理することによって、薬の重複投与、相互作用(薬と薬、薬と飲食物等)、副作用の回避等に役立てます。必要に応じて医師・看護師・介護関係者と連携し患者さんの生活レベル向上のための対応にあたります。

<在宅介護用品等の供給、相談>

【対象】

病院から退院し、ご自宅で療養される方
高齢者・障害者等で薬の受けとりが困難な方
薬の過不足が生じている方
多科受診され、服薬管理を希望される方
何らかの事情で外出が困難な方
多数の薬の服用で問題が生じている方



【依頼方法】

まずは電話でご連絡ください
患者様の状況・ご希望をうかがいます。

ご自宅を訪問させていただき、訪問服薬管理指導が必要かどうかご相談の上、決めます。

訪問服薬指導の場合は医師の許可を得ます。

介護保険利用の場合は契約の手続きを行います。

次の受診後から開始となります。

【訪問までの流れ】

病院を受診後に処方箋を薬局にFAX
薬局にて処方監査・調剤
薬剤師による薬のお届け・服薬指導・処方箋の受取
服薬状況・体調・問題点などを医師にフィードバック



【在宅訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導)のご利用料金】

※お薬代とは別に費用がかかります。

費用・回数等については、調剤報酬点数表(厚生労働省)に準じます。

※疼痛管理用の麻薬が処方されている場合は、別途追加で料金がかかります。

※公費により一部負担金が助成される事があります。

【様式・資料編】

- 1 ケアマネジメント開始のお知らせ……………P 7
- 2 入退院情報連携シート……………P 8
- 3 碧南市内の訪問歯科診療窓口……………P 9
- 4 訪問看護師のための栄養相談……………P 1 0
- 5 私の大切な4つの覚え……………P 1 1

ケアマネジメント開始のお知らせ

医院
先生

_____ 居宅介護支援事業所

電 話 _____

F A X _____

この度、_____ 様（大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生）

のケアマネジャーを_____ 居宅介護支援事業所の _____ が担当させていただきますことになりましたので、お知らせします。

ご本人・ご家族様の希望と体調や介護状況をアセスメントし、

(_____)

の利用を検討しています。

先生との連携について、ご希望の方法をチェックいただき、F A Xにてご返送ください。

チェック欄

	・電話予約をして来院してください。 都合のよい時間は _____ 頃です。
	・主に F A X での連携を希望します。
	・その他 (_____)

担当者会議への参加について

	・時間が合えば参加したい (希望日時・場所があればお書きください)		・参加は難しい
--	--------------------------------------	--	---------

*なお、ご本人・ご家族様とは、契約時に個人情報使用の同意と情報共有の承諾を頂いておりますので、よろしくお願ひします。

送信先:

病院

様

様式2

入退院情報連携シート

ふりがな		性別	生年月日			要介護
氏名		男・女	大・昭	年	月	日(歳)
ふりがな		本人との関係		連絡先		
主介護者氏名						
キーパーソン		本人との関係		連絡先		

◆入院時情報提供欄(別添資料 無・有 → 枚)

◆退院情報欄(ケアマネジャー記載項目)→ご自身で記載して下さい

情報提供事業所名	居宅介護支援事業所					情報提供機関名	病院				
担当ケアマネジャー						所属・職種・氏名	病棟 Dr: Ns:				
電話番号		FAX番号				電話番号	— —				
入院日	年 月 日					退院日	年 月 日 (予定)				
【既往歴】	【家族構成】					【疾病の状態】					
						主病名:					
						副病名:					
						主症状:					
						既往歴:					
						手術: 無・有 (手術名:)					
*備考	※キーパーソン:										
【かかりつけ医】	医療機関/主治医名 /Dr.										
連絡先	【次回受診日】 科 年 月 日() :										
住環境	一戸建て 集合住宅 * 階段 (無・有)					医療処置					
医療処置						<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他					
サービス利用状況	訪問介護	通所介護	短期入所	訪問リハビリ	通所リハビリ	訪問入浴	食事				
	福祉用具	他 ()					自立	見守り	要介助	嚥下状況(良・不良)	
食事	訪問看護→事業所/Tel (看護st. —)					(ペースト・キザミ・ソフト食・普通 / 経管栄養(経鼻・PEG)					
	自立	見守り	要介助			水分必要(制限) 量/日 kcal ml					
移動	(ペースト・キザミ・ソフト食・普通 / 経管栄養(経鼻・PEG)					塩分	g/日		蛋白	g/日	
	自立	見守り	要介助	その他		自立	見守り	要介助	その他		
入浴	(手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車イス・ストレッチャー)					(手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車イス・ストレッチャー)					
	自立	見守り	要介助	その他		自立	見守り	要介助	その他		
排泄	自立	見守り	要介助	オムツ(常時・夜間のみ)		自立	見守り	要介助	オムツ(常時・夜間のみ)		
	間歇導尿()ハルーン挿入()Fr					間歇導尿()ハルーン挿入()Fr					
口腔ケア	自立	見守り	要介助	【内服情報】		口腔ケア	自立	見守り	要介助	【内服情報】	
服薬状況	自立	見守り	要介助			服薬状況	自立	見守り	要介助		
障害高齢者日常生活自立度	J(1・2) A(1・2) B(1・2) C(1・2)					障害高齢者日常生活自立度	J(1・2) A(1・2) B(1・2) C(1・2)				
認知症状:(無・有) 認知症高齢者日常生活自立度()						認知症状:(無・有) 認知症高齢者日常生活自立度()					
認知症の原因疾患等:						認知症の原因疾患等:					
精神状態(疾患): 無・有()						精神状態(疾患): 無・有()					
睡眠の状態: 良眠 問題有り()						睡眠の状態: 良眠 問題有り()					
眠剤の服用:						眠剤の服用:					
その他(心身の状況や生活歴・生活環境・経済状況等に関する特記事項など)						【療養上の留意事項】(転倒転落・注意点など)					
【本人の意向】						【リハビリ】無・有(頻度:)・運動制限 無・有					
【家族の意向】						【その他】					
提供年月日: 年 月 日						面談年月日: 年 月 日					

※このシートは6病院(安城更生病院、刈谷豊田総合病院、小林記念病院、西尾市民病院、市立半田病院、碧南市民病院)の地域連携担当で構成する「みかわ尾張地域連携会」が地域のケアマネジャー等の意見を踏まえて作成。

【碧南市内の訪問歯科診療窓口】

かかりつけ歯科医がない方は、以下の流れになります。

<p>● 申込み:</p> <p>①相談窓口にご電話してください(申込書はFAX)</p> <p>②相談窓口が歯科医に連絡をします</p> <p>③相談窓口から回答があります。</p> <p>④申込者から歯科医に連絡し、日程を決めてください。</p>	<p>【相談窓口】</p> <p>◎石川歯科医院(Tel :42-6996 FAX:42-6998) 8:00~11:00/14:00~17:30(木曜・日曜・祝祭日除く)</p> <p>◎在宅医療サポートセンター(Tel・FAX:46-8055) 9:00~17:00(平日のみ)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【訪問歯科診療申込書】

申込日:令和 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日(歳)
住所		電話	
申込者		(患者との関係) 家族 ・ 施設 ・ ケアマネ	
主な介護者			
介護度	要支援 1 ・ 2	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
通院が困難な理由	(病名:) (主治医:)		
現在かかっている病気	(病名:) (主治医:) (往診 or 通院)		
	(病名:) (主治医:) (往診 or 通院)		
	(病名:) (主治医:) (往診 or 通院)		
今までにかかった病気	(病名:) (主治医:)		
現在飲んでいる薬	() () ()		
	() () ()		
	() () ()		
体の状態	1:車椅子で移動できる 2:立てる 3:座れる 4:寝返りができる 5:動けない		
目	1:見える 2:少し見える 3:見えない		
耳	1:聞こえる 2:少し聞こえる 3:聞こえない		
会話	1:できる 2:少しできる 3:できない		
手	1:動く 2:少し動く 3:動かない		
以前通院していた歯科医院			
現在利用している施設・センター			
現在お困りの事 (入れ歯が痛い等)			
地図(訪問地の概略図をお書き下さい)			

※治療の危険度が高い場合、対応できない場合がありますのであらかじめご了承ください

碧南歯科医師会

訪問看護師のための栄養相談

在宅療養における栄養管理に対して、栄養士が医療・介護職から得た実際の生活情報をもとに相談・指導を行うことで、療養者の暮らしに合った栄養管理の質向上を目指します。

- ◎対象者 碧南市内事業所に勤務の医療・介護職
- ◎利用料 無料
- ◎窓口 保健センター（健康課）成人保健係栄養士 TEL 48-3751 FAX 48-2165
- ◎相談日 月～金曜日 午前9時～午後4時（休日、年末年始を除く）
- ◎相談内容
 - 実際の食事内容をもとにした栄養評価
 - 療養者の暮らしにあった栄養コントロールへのアドバイス
 - 栄養制限がある場合の調理法へのアドバイス 等
- ◎相談方法
 - ①上記窓口まで電話 48-3751 で問い合わせ
 - ②下の相談書に必要事項を記入の上、FAX(48-2165)

栄養相談 相談書

氏名 <div style="text-align: center;">様</div> 生年月日 T S H 年 月 日(男 女)	住所 <div style="text-align: center;">碧南市 町</div>
疾患名	家族構成(調理者に※)
相談内容	生活情報

相談者	事業所	氏名
	TEL	FAX

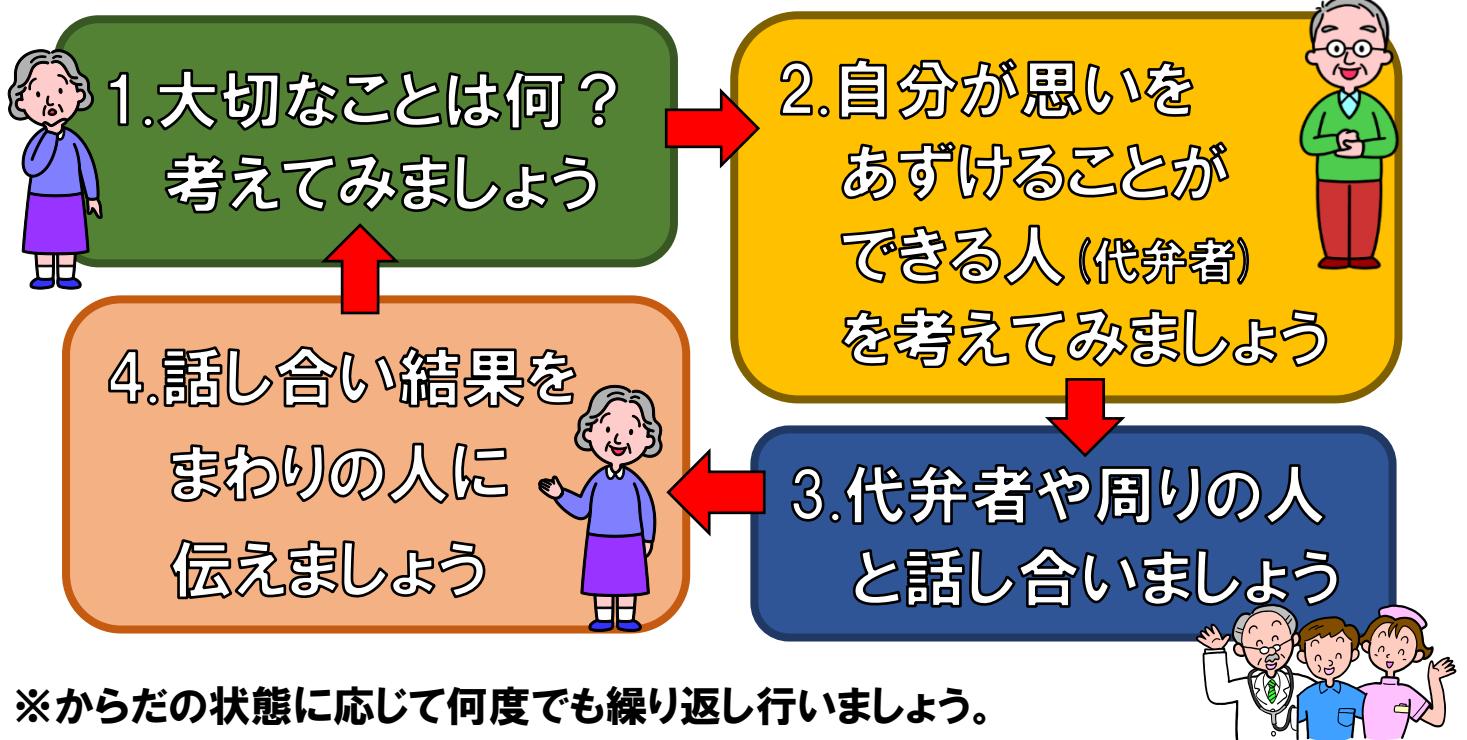


人生の終わりに大切にしたいことは何ですか？

私の4つの大切な覚いで

「もしもの時」のことを話し合ってみませんか？

誰にでも、老いや病気で自分のことを自分で決めることができない「もしもの時」が起こる可能性があります。人生の終わりに自分の望みを叶えるため、「もしもの時」の医療やすごし方について、元気なうちから、**考え、話し合い、伝えあう**ことがとても重要です。



※からだの状態に応じて何度でも繰り返し行いましょう。

※この取り組みは、考えたくないと思う方へのお心づかいをお願いします。



私の4つの大切な覚い

人生の長い流れの中には、病気などで自分自身のことを自分で決めることができないようなことが必ず起こります。その時のために、大切なことを紙に記しておきましょう。

名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和	住所	碧南市 町
年 月 日			
緊急連絡先 名前	様	続柄 ()	
電話 ()			

1. あなたの気持ちの代弁者
あなたの代わりにあなたの気持ちを伝えて欲しいのは誰ですか？

名前(続柄)	住所	電話
()	県 市 ()	()

2. かかりつけ医療機関など
ご自分で書かれるか、かかりつけの方に書いてもらいましょう。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

「私の4つの大切な覚い」は、
碧南市のホームページからダウンロードできます。
また、下の施設でもお渡ししています。

碧南市役所 高齢介護課
碧南市内 3ヶ所の地域包括支援センター

<お問合せ先>

碧南市 高齢介護課 電話 95-9890
碧南市在宅医療サポートセンター 電話 46-8055



「人生の最終段階における医療」をイメージすることができますか？

気管挿管きかんそうかん・人工呼吸器

自分の呼吸が弱く、しっかりと酸素が取り込めない時、口や鼻から気管に管を入れ、機械で肺に酸素を送り込みます。その後回復しない場合には、のどに穴を開けて管をさし、機械をつなぐこともあります。

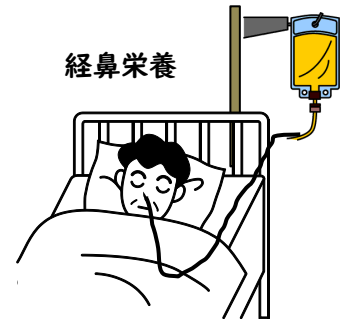
気管挿管



経管栄養（経鼻胃管・胃ろう）

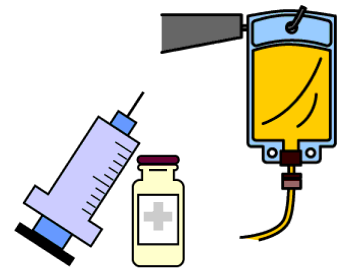
経鼻胃管は、自分で飲み込む力が衰えた時、鼻から胃（または腸）まで長い管を入れて栄養剤や水分を入れます。胃ろうは、おなかに穴を開けて、胃まで管を通し、栄養剤や水分を入れます。

経鼻栄養



中心静脈栄養

点滴が長い間必要な時、心臓近くの太い血管まで点滴の管を植え込み、点滴で栄養や水分を入れます。



心肺蘇生しんぱいそせい

心臓や呼吸が止まった時、一時的に心臓や呼吸の動きを再開させるために行います。胸を強く押して心臓を圧迫したり、マスク等を使って肺に空気を送り込んだりします。



心臓マッサージ



人工呼吸

私の4つの大切な覚え (ver.1 元気編)



人生の長い流れの中には、病気などで自分自身のことを自分で決めることができないようなことが必ず起こります。そのような時、あなたの心の声を伝えるために、紙に記しておきましょう。

名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	住所	碧南市 町

緊急連絡先 名前	様 続柄 ()
電話 ()	—

1. あなたの気持ちの代弁者

①あなたの代わりに気持ちを伝えて欲しいと思うのは誰ですか？

※あてはまる人がいない場合は「なし」とご記入ください。

名前(続柄)	住所	電話
様 ()	県 市	() —

②そのことをその方に伝えてありますか？ はい いいえ

2. かかりつけ医療機関など

ご自分で書かれるか、かかりつけの方に書いてもらいましょう。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

3. 今までかかった病気

あなたが今までにかかった病気を書いておきましょう。

高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 腎臓病 肺炎 その他

記入日 年 月 日

4. あなたの思い

①望む暮らし方

治る見込みがないような病気になった時、あなたはどんな暮らし方をしたいと
思いますか？(希望するもの全てに✓をつけて下さい)

(場所) できるだけ家で過ごしたい 病院や施設で過ごしたい

(治療) 最期までできる限りの治療を受けたい 自然に死を迎えたい

(介護) 介護は家族に受けたい 介護は業者に受けたい

②大切なこと

あなたが大切にしたいと思うことは、どのようなことですか？

(生きがい 自分の役割 好きなこと 気がかりなこと してほしくないこと)

記入日 年 月 日

この4つの覚えは、入院や介護のサービスが必要になった時に、とても大切なものになります。保険証と一緒に大切に保管し、医療や介護の担当者へお見せ
ください。

碧南市 令和3年3月作成



名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	住所	碧南市 町

<■メッセージに沿って進めて下さい>

初めに一言伝えて下さい。

「自分にとっての最善」を叶えるためには、あなたが自分自身について考えて、それをまわりの人に伝えることが大切です。私たち医療介護チームはあなたの「思い」を実現するため、「思い」を共有してお手伝いします。あなたの「思い」をおきかせ下さい。そして、「思い」が変わったら、何度でもおきかせ下さい。

ききとりを始めて下さい。

問1. かかりつけ医療機関など

あなたのかかりつけを教えてください。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

問2. あなたの気持ちの代弁者

①身近な方の中で、あなたのことを理解し、あなたの代わりになって気持ちを伝えることができる方、伝えて欲しいと思う方はみえますか？

名前(続柄)	住所	電話
様 ()	県 市	() —

あてはまる人がいない

②それをその方に伝えてありますか? はい いいえ

「いいえ(伝えていない)」場合、医療介護担当者で今後の対応を相談してください。

してほしくないこと

実施日	内容	実施者所属
年月日		

碧南市 令和3年3月作成



名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	住所	碧南市 町

<メッセージに沿って進めて下さい>

初めに一言伝えて下さい。

「自分にとっての最善」を叶えるためには、あなたが自分自身について考えて、それをまわりの人に伝えることが大切です。私たち医療介護チームはあなたの「思い」を実現するため、「思い」を共有してお手伝いします。あなたの「思い」をおきかせ下さい。そして、「思い」が変わったら、何度でもおきかせ下さい。

ききとりを始めて下さい。

問1. かかりつけ医療機関など

あなたのかかりつけを教えてください。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

問2. あなたの気持ちの代弁者

①身近な方の中で、あなたのことを理解し、あなたの代わりになって気持ちを伝えることができる方、伝えて欲しいと思う方はみえますか？

名前(続柄)	住所	電話
様 ()	県 市	() —

 あてはまる人がいない

②それをその方に伝えてありますか？ はい いいえ

「いいえ(伝えていない)」場合、医療介護担当者で今後の対応を相談してください。

してほしくないこと

実施日	内容	実施者所属
年月日		

イ. 病状の悪化などで自分の思いを伝えられなくなった時、あなたの思いとあなたの大切な人(代弁者)の思いが違う場合はどうしてほしいですか？

- 私の望むとおりにしてほしい
- 私の望みをもとに医師と代弁者で相談して決めてほしい
- 私の望みと違ってても医師と代弁者で相談して決めてほしい
- わからない
- その他()

地域包括ケアシステムのための 在宅医療介護連携の手引き

碧南市医療介護連携推進委員会

令和 7 年 4 月

目次

はじめに

第1章	在宅療養時の連携	2
	第1節 主治医との関係構築	
	第2節 医療機関との関係構築	
第2章	入退院時の連携	3
	第1節 入院時	
	第2節 退院時	
第3章	Q&A	5
	第1節 歯科医院との連携	
	第2節 調剤薬局との連携	
	第3節 訪問看護ステーションとの連携	
第4章	用語集	12

様式・資料

はじめに

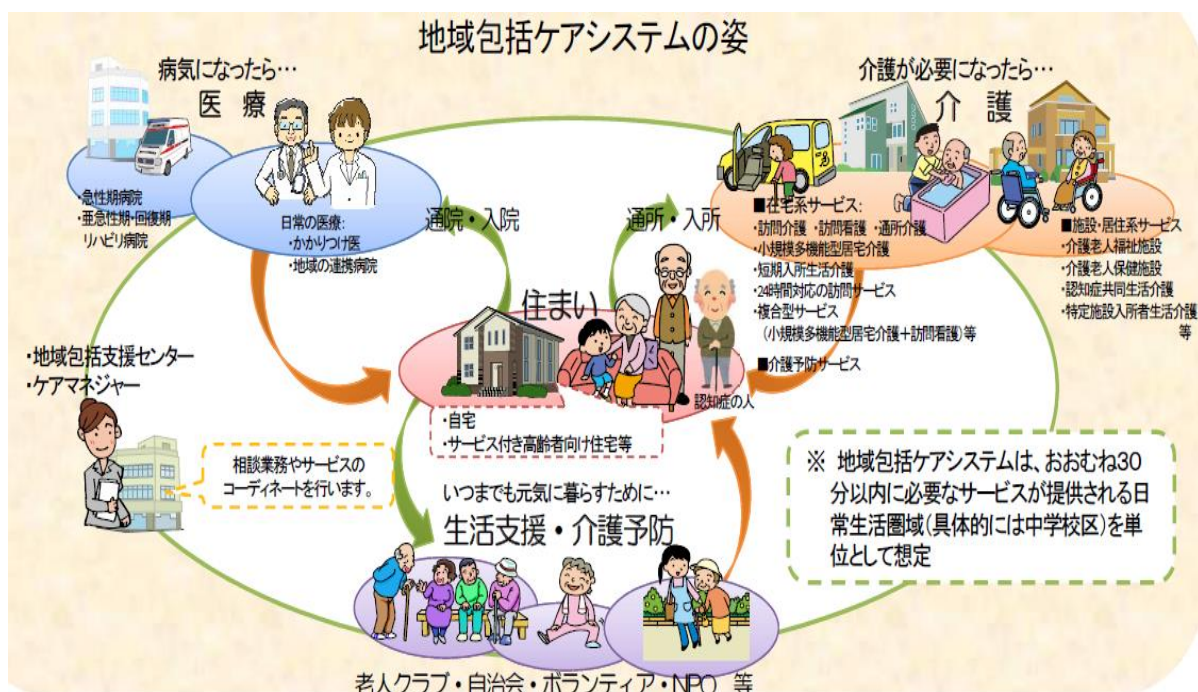
高齢化が急速に進む中、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるように医療・介護・予防・生活支援・住まいを切れ間なく提供する地域包括ケアシステムの構築が進められています。

在宅療養時には医療サービスと介護サービスとの連携が必要になります。今後、増加すると考えられる在宅での看取りにおいては、より一層スムーズな連携が求められます。

この在宅療養を支援するために要となるのがケアマネジャーです。利用者（患者）が自立した日常生活を営むのに必要な援助を心身の状況等に応じ、サービス調整を行います。

ケアマネジャーは、利用者（患者）の在宅生活を支えるために、医療と介護の関係者同士を繋ぐ連携の調整役です。

この手引きはケアマネジャーの視点で作成しておりますが、地域包括ケアシステムを構成する皆様が手引きを確認することで、それぞれの日常の業務に活かし、利用者（患者）の在宅療養の支援の一助になれば幸いです。



図：厚生労働省ホームページより

文中の□はチェック項目。●は確認事項を表す。

第1章 在宅療養時の連携

第1節 主治医との関係構築

- 利用者を担当することを知らせる。・・・様式1
- サービス担当者会議を案内する。
- ケアプランを送付する。
- 利用者に訪問診療・往診が必要な場合、利用者または家族から主治医に連絡をしてもらう。
- 主治医が訪問診療・往診を行っていない場合
「碧南市 医療と介護ガイドマップ」を参照
碧南市在宅医療サポートセンター（以下「在宅医療サポートセンター」という）に相談する。
- 医師は午前の診療時間後や午後の診療時間前に面談可能なことが多い。

第2節 医療機関との関係構築

1. 訪問診療・居宅療養管理指導の導入

- 利用者または家族から、主治医、かかりつけ歯科医院・調剤薬局へ相談してもらう。
- 主治医、かかりつけ歯科医院・調剤薬局が訪問診療等を行っていない場合
 - ・医師
「碧南市 医療と介護ガイドマップ」を参照
在宅医療サポートセンターに相談する。
 - ・歯科医師
「碧南市 医療と介護ガイドマップ」を参照
在宅医療サポートセンターに相談する。
 - ・薬剤師
かかりつけ調剤薬局から対応できる調剤薬局を紹介してもらう。
碧南市薬剤師会在宅受入薬局リスト、または愛知県薬剤師会ホームページから対応できる薬局を確認する。
「碧南市 医療と介護ガイドマップ」を参照
在宅医療サポートセンターに相談する。

2. 訪問看護の導入

- ケアマネジャー、利用者または家族から主治医に相談してもらう。
- 訪問看護指示書の依頼は訪問看護ステーションから行う。
病院によっては利用者または家族が書式を病院へ持って行くこともある。

第2章 入退院時の連携

第1節 入院時

利用者の入院前の生活状況や家族構成、介護サービス利用状況などの情報を病院に伝えることは、利用者の診療や退院支援の参考になる。

入院前にすること

- 在宅での生活の状況を情報提供することの承諾を、利用者または家族から確認する。
- 入院が予定されているときは、利用者または家族に、入院日を事前に教えてもらうよう依頼する。

入院後にすること

- 利用者または家族から病名、入院している診療科、病棟、入院日、医師からの説明内容等を確認する。
- 予定外の入院の場合は、利用中のサービスを中止するため、サービス提供事業所に連絡をする。
- 「入退院情報連携シート」を担当者に提出する・・・様式2
 - ・ 連携シートの左部分「入院時情報提供欄」を記入して提出する。不足部分には必要に応じて資料を添付するなど情報提供する。
 - ・ 連携シートは、入院時情報連携加算情報提供に活用する。
- 病院では全ての利用者に相談員や退院支援担当者はいないわけではないので、相談窓口を確認する。



第2節 退院時

退院前カンファレンスは、退院後の療養生活の課題等について関係者で情報共有を行い、総合的な方針や支援方法を確認するために行う。

●退院前カンファレンスの開催のめやす

- ・新規で在宅ケアチームを編成する場合
- ・入院により医療依存度が重度化したり、ADLが変化した場合
- ・再入院の可能性が高いと考えられる場合
- ・独居、高齢者世帯、認知症世帯など当事者から適切な情報収集が困難な場合
- ・退院前カンファレンスを行わずに退院することで、療養生活に支障をきたすと考えられる場合

●開催の必要性は病院が判断し、開催することが多い。概ね30分を目安に実施される。

●退院前カンファレンスには担当ケアマネジャーが参加するようにする。

退院前カンファレンス前にすること

- 出席するサービス提供事業所と参加者名を連絡する。
- 利用者または家族の退院後の生活に対する希望を確認すると同時に、可能であれば入退院情報連携シートの右半分の情報を入力する。
- 可能であればケアプラン原案を退院時カンファレンスで提示する。これにより在宅生活をイメージでき、カンファレンス参加者の共通認識やケアプランに対する助言がもらえる。
- 主治医に確認する事項を整理する。

確認事項：退院後に開始・再開を想定するサービス提供事業所に対し、想定されるケア内容等の情報収集を実施し、機能訓練、リハビリテーション等の必要性や内容、入浴などの中止基準や禁忌事項等を確認する。

退院前カンファレンス後にすること

- 看護サマリーが必要な場合は病院と調整する。
- サービス提供事業者に連絡をする。
入院前に利用していたサービスで、退院後に利用しないサービス提供事業所についても、今後の連携を円滑にするため、退院や転院の状況を伝える。

第3章 Q&A

第1節 歯科医院との連携

1. Q&A

①	質問	入れ歯の調整、歯磨きや口腔ケアの指導だけでも、歯科訪問診療に来てもらえるか。
	回答	来てもらえる。
②	質問	治療費はどうなるか。
	回答	歯科治療などは医療保険での扱いとなる。介護方法等についての指導や助言に関わるものは、介護保険の扱いとなる。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る。
③	質問	認知症があり口をあけてくれない、拒否したりするかもしれないが大丈夫か。
	回答	治療をすぐに開始できない場合もある。体調に合わせ治療ができる体制作りから開始する。実際には口を開けられるが開けてくれない場合と、病的に口が開けられない場合がある。顎関節症や筋の拘縮などがある場合は開口できないため、それに対処する方法がある。かかりつけ医や保健センター・歯科衛生士に相談を。
④	質問	歯科訪問診療に来てもらえるのは自宅だけか。
	回答	入院中の病院（歯科、口腔外科の診療科がある病院を除く）、特別養護老人ホーム、老人保健施設、有料老人ホーム、グループホーム、障害者施設などへの訪問も可能。しかし各施設では病診連携で歯科訪問治療の体制が整っている場合がほとんどなので、施設の担当者に相談する。訪問が必要な場合は施設長や主治医と連携し安全な治療ができるように配慮する。
⑤	質問	病院から処方された薬と歯科治療した薬が重複することがある。この場合、どうしたらよいか。
	回答	歯科医師にお薬手帳を提示する。

2. 訪問歯科診療を利用するめやす

部位	口腔の状態
口の中	ぐらぐら動く歯がある、痛い歯がある 口の臭いがひどい 歯ぐき、あごの肉に傷がある 痰や汚れがべったりついている、舌を「べっ」とできない 舌が渇いていて潤いがまったくない
入れ歯	ばねが折れた、割れた ゆるくてすぐ落ちる、合っていない、噛めない、痛い 歯がないのに入れ歯を使っていない
飲み込み	食べる時、飲む時にムセがひどい、食後ガラガラ声になる なかなか飲み込めないでいる、食事に時間がかかる

第2節 調剤薬局との連携

1. Q&A

①	質問	薬剤師による在宅訪問服薬指導とはどのようなものか。
	回答	<p>病院や薬局に通院・来局することが困難な利用者のために、医師の依頼のもと、自宅に薬剤師が処方された薬を持参し服薬指導等をする。薬を届けたときに処方箋と引き換える。適用される保険によって名称が異なる。</p> <p>介護認定を受けている人：居宅療養管理指導（介護保険） 介護認定を受けていない人：在宅患者訪問薬剤管理指導（医療保険）</p> <p>詳細は「碧南市薬剤師会 在宅医療サポート利用ガイド」を参照</p>
②	質問	残薬の数がバラバラだったり、多量に残っている場合は、どこに相談するのか。
	回答	薬剤師や医師に相談する。
③	質問	在宅訪問服薬指導に来てもらえるのは自宅だけか。
	回答	自宅以外に有料老人ホーム、グループホーム、高齢者専用サービス住宅・障害者施設などへの訪問も可能。訪問が必要な場合は施設長や主治医と連携し、正しい服薬方法や安全な服薬管理指導を行う。
④	質問	認知症進行中で、複数の医療機関に通院中。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悪くなっているが、よい方法はないか。
	回答	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・管理を行うので、かかりつけ調剤に相談を
⑤	質問	かかりつけ薬局に医薬材料や衛生材料も届けてもらえるか。
	回答	薬局での保険処方箋に基づいて、注射針などの特定保健医療材料は交付するので届けることができる。処方箋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できるが、高度管理医療機器については、販売許可が必要なため薬局に確認する。衛生材料も届けられるが店頭販売価格になる。
⑥	質問	利用者が使用した麻薬のパッチや外包、残っている麻薬について、どのように処分したらよいか。
	回答	すべて調剤薬局へ返却する。

2. 在宅医療サポートガイド

碧南市薬剤師会 在宅医療サポート利用ガイド

【在宅サポート】

碧南市薬剤師会では在宅訪問サポートとして患者さん宅や施設などへ薬をお届けし、その状況にあった薬の説明、管理を行っております。患者様自身やその家族または、医師から依頼を受けた薬剤師が訪問し、ご自宅での薬の管理をさせていただきます。

【サービス内容】

<患者さんの状態に適した調剤>

医師の指示又は医師との相談の上、錠剤・カプセル剤の粉砕、一包化等を実施

<自宅へ薬などを持参>

調剤した薬などをご自宅まで届けます。

<薬に関する情報提供と残薬や副作用など確認>

訪問した薬剤師が、薬の使用方法、保管方法などに関して情報を提供します。同時に、患者さんの状態、薬の使用状況(飲み忘れ、残薬、過不足薬等)などを確認し、薬の有効性や副作用の有無などを判断し、問題があれば医師に報告し対応にあたります。

<薬剤使用履歴等の管理と相互作用などのチェック>

薬などの使用履歴、病歴、体質、薬剤による副作用歴等を記録し、管理することによって、薬の重複投与、相互作用(薬と薬、薬と飲食物等)、副作用の回避等に役立てます。必要に応じて医師・看護師・介護関係者と連携し患者さんの生活レベル向上のための対応にあたります。

<在宅介護用品等の供給、相談>

【対象】

病院から退院し、ご自宅で療養される方
高齢者・障害者等で薬の受けとりが困難な方
薬の過不足が生じている方
多科受診され、服薬管理を希望される方
何らかの事情で外出が困難な方
多数の薬の服用で問題が生じている方



【依頼方法】

まずは電話でご連絡ください
患者様の状況・ご希望をうかがいます。

ご自宅を訪問させていただき、訪問服薬管理指導が必要かどうかご相談の上、決めます。

訪問服薬指導の場合は医師の許可を得ます。

介護保険利用の場合は契約の手続きを行います。

次の受診後から開始となります。

【訪問までの流れ】

病院を受診後に処方箋を薬局にFAX

薬局にて処方監査・調剤

薬剤師による薬のお届け・服薬指導・処方箋の受取

服薬状況・体調・問題点などを医師にフィードバック



【在宅訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導)のご利用料金】

* お薬代とは別に費用が掛かります。月4回まで。

* 介護保険利用 1回518円(1割負担の場合)

* 医療保険利用 1回650円(1割負担の場合)

※麻薬・中心静脈栄養法輸液など特別な薬剤が処方されている場合は月8回までになります。

※疼痛管理用の麻薬が処方されている場合は、100円追加となります。

※公費により一部負担金が助成される事があります。

第3節 訪問看護ステーションとの連携

1. Q&A

①	質問	訪問看護導入時期はどのように判断するのか。
	回答	「訪問看護導入のめやす」の頁を参照
②	質問	緊急時は訪問看護で対応可能か。
	回答	通常は営業時間内のみ。ただし、24時間対応体制加算・緊急訪問看護加算（医療保険）、緊急時訪問看護加算（介護保険）を算定している訪問看護ステーションは対応可能。
③	質問	家族が留守の時や困った時だけ訪問看護は利用できるか。
	回答	そのような利用はできない。通常の訪問で普段の状態を把握した上での緊急対応となる。
④	質問	訪問看護師が来るときは、家族と一緒にいないといけないか。
	回答	家族がいないとケアができないということはない。ただし、日常生活の状況や介護の状況を確認するため、家族の同席があるとよい時もある。家族の留守中のケアについては訪問看護ステーションに相談。
⑤	質問	訪問看護を受けるとき、交通費はかかるか。
	回答	事業の実施地域を超える場合は交通費を請求する場合がある。事業所によって異なるため訪問看護ステーションに問い合わせる。
⑥	質問	主治医から「特別指示書」を出すといわれたが、特別指示書はどのようなものか。
	回答	訪問看護指示書が交付されている方で、急性感染症等の急性増悪時・末期の悪性腫瘍等以外の終末期・退院直後のいずれかで「週4日以上訪問看護の必要がある」と主治医が判断した場合に交付される。14日以内が有効期限で、介護保険で利用していても医療保険に変更となる。 [ポイント] 利用者の状態に変化がある場合が多く、全体的なケアプランの見直しが必要になる。
⑦	質問	訪問介護と同様に2か所の訪問看護ステーションを利用することは可能か。
	回答	介護保険での利用は可能（医療保険では厚生労働大臣が定める疾病等に該当される場合に限る）。「訪問看護指示書」は、2か所の事業所に出るようになる。ただし、同日、同

		<p>時間帯に2か所の訪問看護ステーションからの訪問看護は利用できない。</p> <p>[ポイント]</p> <p>事業所間でも業務分担はサービス担当者会議等で確認する。また、緊急時訪問看護加算が可能なのはどちらか一方の事業所になるので、事業所間で相談する。</p>
⑧	質問	主治医から「医療で訪問看護を行う」と言われた。どうか。
	回答	厚生労働大臣が定める疾患等の場合は医療保険が優先される。[19疾患と1つの状態] 不明確な点は、事業所に確認する。

厚生労働大臣が定める疾患等 [19疾患と1つの状態]

- ・末期の悪性腫瘍
- ・多発性硬化症
- ・重症筋無力症
- ・スモン
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・脊髄小脳変性症
- ・ハンチントン病
- ・進行性筋ジストロフィー症
- ・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって、生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))
- ・多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリーブ矯小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)
- ・プリオン病
- ・亜急性硬化性全脳炎
- ・ライソゾーム病
- ・副腎白質ジストロフィー
- ・脊髄性筋委縮症
- ・球脊髄性筋委縮症
- ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ・後天性免疫不全症候群
- ・頸髄損傷
- ・人工呼吸器を使用している状態

2. 訪問看護導入のめやす

以下のような項目に該当する場合は、訪問看護の利用について検討する。

療養状況

- 【食生活】・食事の摂取量が少ない　・食事内容に極端な偏りがある
 - ・水分摂取量が少ない　・誤嚥しやすい　・脱水をおこしやすい
- 【排泄】・便秘がある　・頻尿がある　・尿が出にくい
- 【清潔】・入浴時に脈や血圧が変動しやすい　・ひとりで浴槽に入れない
 - ・口腔内の清潔が保てない
- 【移動】・転倒の既往がある
- 【その他】・精神的に不安定　・不眠
 - ・認知機能の低下による症状

医療処置

- ・インスリン療法等の自己注射　・経管栄養（胃ろうなど）　・点滴
- ・中心静脈栄養　・創や褥瘡の処置　・人工肛門
- ・腹膜透析　・疼痛管理　・在宅酸素療法
- ・尿路系管理（留置カテーテル、自己導尿、人工膀胱）
- ・人工呼吸器（マスク式・気管切開下）

服薬管理

- ・決められたように薬が飲めない（飲み残し、薬を飲みすぎるなど）
- ・薬に対する理解が不十分であり、服薬が中断する心配がある

リハビリテーション

- ・寝たきりや廃用症候群になりやすい
- ・継続してリハビリが必要

介護をとりまく利用者や家族の状況

- ・一人暮らし
- ・日中は家族が不在等、介護をする人がいない
- ・介護者の健康に不安がある
- ・在宅療養に対する利用者または家族の不安が大きい
- ・病状が不安定で、入退院を繰り返している
- ・終末期を自宅で過ごしたいという希望がある

第4章 用語集

知っておくと助かる用語を50音順に掲載した。

【医事課】

医療機関で、主に健康保険証の確認と診療費の計算と請求を行う部署。介護との関連では、介護保険主治医意見書の管理や請求も行っている。

訪問看護指示書等、基本的に費用が発生する書類に関してはこの部署が窓口となる場合が多い。

ちなみに、何らかのサービスを利用する等の目的で医師が作成する診療情報提供書の費用は本人への支払いが生じるので、ケアマネジャー等からの作成の依頼に即応じられるものではない。

【往診】

突発的な病状変化などがあった場合、通院困難な利用者の要請を受けて医師が訪問し、診療、治療、処方、療養上の相談や指導等を行うこと。

【かかりつけ医】

「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」のこと。

【回復期リハビリテーション病棟】

回復期リハビリテーション病棟は、命の危機を脱してもまだ医学的・心理的サポートが必要な時期の利用者を対象に受け入れ、多くの医療専門職がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻ることを目的とした病棟。入院する対象者は、厚生労働省が疾患などの条件や入院期間を定めている。

回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態 (高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多発外傷の発症又は手術後)	150日 (180日)
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	90日
外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	90日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	60日
股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日
急性心筋梗塞、狭心症発症その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	90日

【看護サマリー】

看護サマリーとは利用者の入院時、または退院や転院、施設入所をする際に、必要な看護が継続されることを目的として、看護師が作成し、受け入れ先の病院や施設等に提供されるものである。利用者の基本情報、病名、入院から退院までの経過、ADL状況、投薬内容、看護上や今後の療養上の注意事項などが記載されている。基本は看護師から看護師への医療情報提供となる。医療と介護の連携が必要な利用者にとってはケアの継続性の観点からケアマネジャーにとっても有益な情報となり得る可能性があるため、可能であれば病院から提供してもらおう。ただし、病院によって看護サマリイの提供基準が異なるので、医療ソーシャルワーカー等に相談する。

【急性期病院】

急性疾患や慢性疾患の急性増悪などで緊急・重症な状態にある利用者に対して入院・手術・検査など高度で専門的な医療を提供する病院。大きな病気や怪我をすると「急性期病院」と呼ばれる病院で治療を受けることになる。しかし、この急性期病院は、「命を助ける」ことが大きな目的となっているので生命の危機を脱すると、退院を勧められる。

【居宅療養管理指導】

在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが家庭を訪問し療養上の管理や指導、助言等を行うサービス。また、ケアマネジャーに対して、ケアプランの作成に必要な情報提供も行う。

【ケアマネジャー】

介護支援専門員のこと。要介護・要支援の認定申請の代行などを行うほか、利用者が有する能力に応じて自立して生活するための支援やケアプランの作成を行う。

【在宅ケアチーム】

利用者とその家族の在宅療養及び在宅介護を支える医療と介護と福祉の専門職で構成するチーム。

【サービス担当者会議】

サービス担当者会議は援助の方向性やケアの内容の確認、チームメンバーの合意を得る会議でケアマネジャーが開催する。

利用者とその家族、主治医、ケアマネジャー、利用者のサービス提供に関連する指定居宅サービス事業所の担当で開催される。

ケアマネジャーが作成した「ケアプランの原案」をもとに、利用者と家族に提供されるサービス内容を協議し、本人の了承を経てサービス提供につなげる。

【主治医】

本ガイドライン上の定義として、「介護保険主治医意見書」を記載した医師を主治医とする。

【死亡診断書】

死亡診断書は、人の死亡に関する厳粛な医学的・法律的証明であり、死亡者本人の死亡に至るまでの過程を可能な限り詳細に論理的に表すもの。

【診療情報提供書】

保険医療機関が関係機関に情報提供又は紹介することを目的として、診療に基づき利用者の同意を得て、当該患者に係る診療状況や保健福祉サービスに必要な情報等を示した書類。

保険医療機関が診療情報提供料を算定するには、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要な事項を記載し、利用者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該利用者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するもの。

【退院調整看護師】

退院支援・調整を専門に行う看護師。病院によって配置されているところがある。

主に利用者が在宅へ退院する際に、特に医療依存度が高いケースを中心に病院と在宅とをつなぐ役割がある。在宅で訪問看護師の導入が予定されている場合は、看護師同士の連携がスムーズに行く場合が多い。

【退院前カンファレンス】

入院中の利用者の病状や在宅療養上の問題等の情報共有と支援内容や方法の検討や確認を行う。

(参加者及び内容の例)

病院医師	主治医：入院中の病状経過及び継続の必要な医療について
病院看護師	入院中の看護の実際、指導内容及び継続の必要な看護ケア等
医療ソーシャルワーカー 退院調整看護師	心理的・社会的問題についての支援や退院後の療養の場の選択や調整に必要な支援等
薬剤師	使用薬剤、経管栄養剤等の管理について
在宅医師	在宅療養に向けた診療内容や診療方針及び緊急時の対応の確認等
訪問看護師	初回訪問日、看護内容の確認等
ケアマネジャー	利用するサービスの種類及び内容等
利用者または家族	在宅療養への思い
その他	緊急時の対応の確認等

【地域包括ケア病棟・病床】

高度急性期・急性期医療から在宅療養までを結ぶ病棟。高度急性期病院等からの利用者の受け入れ、在宅療養あるいは居住系介護施設等に入所されている高齢者の急性疾患の利用者の受け入れ、在宅復帰支援の3つの機能を委ねられている。ここでは主に、急性期の治療が終了した利用者が対象となり、在宅復帰等へ向けて経過観察やリハビリ・在宅復帰支援等が必要な方が対象となる（回復期機能）。該当病床での入院期間は、最長60日以内となる

【地域包括支援センター】

住所地により担当センターが決まる。

保健医療、ソーシャルワーク、ケアマネジメントの専門性を発揮するため、保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員の3つの職種が配置されている。

地域の高齢者の総合相談や地域のネットワークづくり、介護予防に関する支援などを行っている。要支援になるか要介護認定になるか判断のつかない利用者の対応や、要支援の認定申請の代行などを行うほか、認知症相談窓口及び高齢者虐待ケースの通報機関でもある。

【病院の機能分化】

できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現に向けて、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を実現することが求められている。

また、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革の中で、在宅医療・介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められている。

このため、病院（病床）はその機能を「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」及び「慢性期機能」に分け、医療の連携が求められている。それぞれの医療機関に役割があることを理解し、連携を図る。

高度急性期機能	超高度急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能
回復期機能	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者や重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者 又は難病患者等を入院させる機能

【地域連携室】

急性期病院の中であって、病院と診療所との連携を行う部署。

医療連携室など病院によって名称が異なる。主に診療所からの外来受診や入院、検査の予約受付などの連携業務や、診療情報提供書等を一元管理している。

ケアプランや訪問看護指示書等の窓口と管理を行っている病院もある。

【訪問看護師】

自宅で健康状態の観察、病状悪化の防止・回復、療養生活の相談とアドバイス、リハビリテーション、点滴、注射などの医療処置、服薬管理等を行う看護師。訪問看護の利用には、医師の指示が必要となるため、事前に主治医と相談することが必要。

【訪問診療】

医師が計画的に訪問し、診療、治療、処方、療養上の相談や指導等を行うこと。

【療養型病床】

主として長期にわたり療養を必要とする利用者を入院させるための病床。療養病床には保険制度上の取扱いから、医療保険適用と介護保険適用のものに分かれている。

【DPC】(Diagnosis Procedure Combination ; 診断群分類)

入院医療費の定額払い制度で診断群分類包括評価ともいう。病気の種類や手術、処置、合併症の有無等の組合せで病気を分類、1日当たりの医療費が決定する仕組み。診断群分類は在院日数に応じて3段階に分類し、1日当たりの包括点数を設定している。

1回の入院では1つの病名での治療が原則となるので、「せっかく入院したので、ついでにいろいろ診てもらいたい」などの希望に対応することは困難。

【SW、MSW】

ソーシャルワーカー、メディカルソーシャルワーカーの略。病院の医療福祉相談室などで、医師や看護師または本人・家族の依頼で相談にのる。ケースワーカーや相談員と呼ばれる病院もあり、所属機関によって呼び方が異なる。社会福祉士の資格を持っていることが多い。

それぞれの病院で退院援助をはじめ医療費の相談、社会保障制度の活用や家族の悩み、心理的な援助、児童虐待への対応など幅広い相談に応じている。

すべての患者に担当SW、MSWがつくわけではない。

ケアマネジメント開始のお知らせ

医院
先生

_____居宅介護支援事業所

電話 _____

FAX _____

この度、_____様（大正・昭和 年 月 日生）

のケアマネジャーを_____居宅介護支援事業所の_____が担当させていただくことになりましたので、お知らせします。

ご本人・ご家族様の希望と体調や介護状況をアセスメントし、

(_____)

の利用を検討しています。

先生との連携について、ご希望の方法をチェックいただき、FAXにてご返送ください。

チェック欄

	・電話予約をして来院してください。 都合のよい時間は _____ 頃です。
	・主にFAXでの連携を希望します。
	・その他 (_____)

担当者会議への参加について

	・時間が合えば参加したい (希望日時・場所があればお書きください)		・参加は難しい
--	--------------------------------------	--	---------

*なお、ご本人・ご家族様とは、契約時に個人情報使用の同意と情報共有の承諾を頂いておりますので、よろしく申し上げます。

送信先: 病院 様
入退院情報連携シート

ふりがな	性別	生年月日			要介護
氏名	男・女	大・昭	年	月	日(歳)
ふりがな	本人との関係	連絡先			
主介護者氏名					
キーパーソン	本人との関係	連絡先			

◆入院時情報提供欄(別添資料 無・有 → 枚) ◆退院情報欄(ケアマネジャー記載項目)→ご自身で記載して下さい

情報提供事業所名		居宅介護支援事業所		情報提供機関名		病院	
担当ケアマネジャー				所属・職種・氏名		病棟 Dr: Ns:	
電話番号	FAX番号			電話番号	— —		
入院日	年 月 日			退院日	年 月 日 (予定)		
【既往歴】		【家族構成】		【疾病の状態】			
				主病名: 副病名: 主症状: 既往歴: 手術: 無・有(手術名:)			
*備考		※キーパーソン:					
【かかりつけ医】				【次回受診日】 科 年 月 日() :			
医療機関/主治医名		/Dr.					
連絡先							
住環境	一戸建て 集合住宅 * 階段(無・有)						
医療処置				医療処置			
				<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他			
サービス利用状況	訪問介護	通所介護	短期入所	訪問リハビリ	通所リハビリ	訪問入浴	
	福祉用具 他()						
訪問看護→事業所/Tel(看護st. —							
食事	自立	見守り	要介助				
	(ペースト・キザミ・ソフト食・普通 / 経管栄養(経鼻・PEG)			食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 嚥下状況(良・不良) (ペースト・キザミ・ソフト食・普通 / 経管栄養(経鼻・PEG) 水分必要(制限) 量/日 kcal ml 塩分 g/日 蛋白 g/日			
移動	自立	見守り	要介助	その他			
	(手引き・杖・歩行者・シルバーカー・車イス・ストレッチャー)			移動			
入浴	自立	見守り	要介助	その他			
				(手引き・杖・歩行者・シルバーカー・車イス・ストレッチャー)			
排泄	自立	見守り	要介助	オムツ(常時・夜間のみ)			
	間歇導尿()			ハルーン挿入()Fr			
口腔ケア	自立	見守り	要介助	【内服情報】			
				口腔ケア			
服薬状況	自立	見守り	要介助	【内服情報】			
				服薬状況			
障害高齢者日常生活自立度		J(1・2) A(1・2) B(1・2) C(1・2)		障害高齢者日常生活自立度		J(1・2) A(1・2) B(1・2) C(1・2)	
認知症状:(無・有) 認知症高齢者日常生活自立度()				認知症状:(無・有) 認知症高齢者日常生活自立度()			
認知症の原因疾患等:				認知症の原因疾患等:			
精神状態(疾患): 無・有()				精神状態(疾患): 無・有()			
睡眠の状態: 良眠 問題有り()				睡眠の状態: 良眠 問題有り()			
眠剤の服用:				眠剤の服用:			
その他(心身の状況や生活歴・生活環境・経済状況等に関する特記事項など)				【療養上の留意事項】(転倒転落・注意点など)			
【本人の意向】				【リハビリ】 無・有(頻度:)・運動制限 無・有			
【家族の意向】				【その他】			
提供年月日: 年 月 日				面談年月日: 年 月 日			

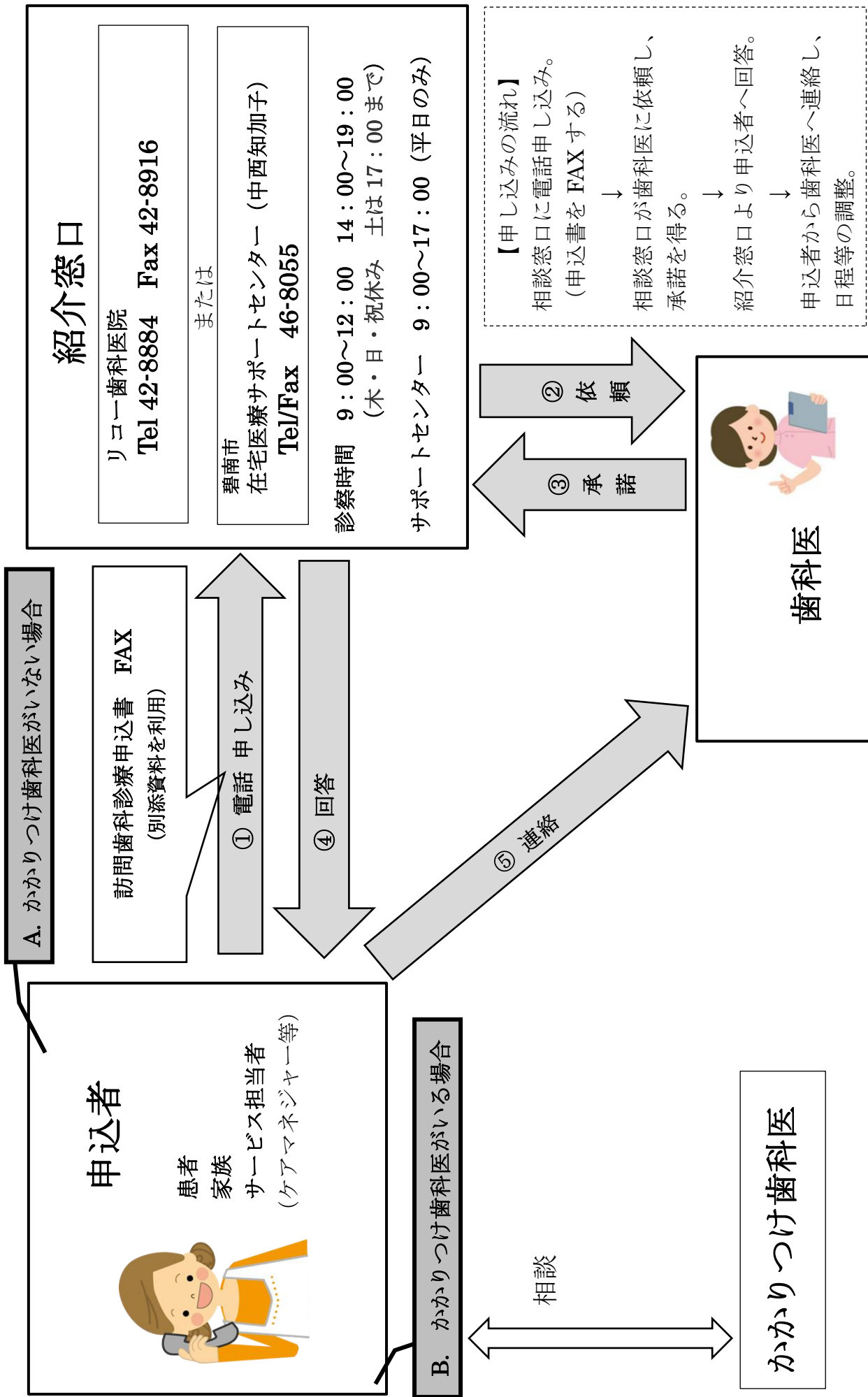
※このシートは6病院(安城更生病院、刈谷豊田総合病院、小林記念病院、西尾市民病院、市立半田病院、碧南市民病院)の地域連携担当者が構成する「みかわ尾張地域連携会」が地域のケアマネジャー等の意見を踏まえて作成。

申込日 令和 年 月 日

ふりがな				
患者氏名	男・女	T・S・H	年	月 日(歳)
住所	TEL — —			
申込者	(患者との続柄) 家族・施設・ケアマネージャー			
住所	TEL — —			
主な介護者：				
通院困難になった理由(病名：				(主治医：
介護度	支援1・2	介護1・2・3・4・5		
現在かかっている病気				
(病名：				(主治医：
(病名：				(主治医：
(病名：				(主治医：
今までにかかった病気				
(病名：				(主治医：
現在飲んでいる薬				
((
((
((
体の状態				
1：車椅子で移動できる	2：立てる	3：座れる	4：寝返りができる	5：動けない
目	1：見える	2：少し見える	3：見えない	
耳	1：聞こえる	2：少し聞こえる	3：聞こえない	
会話	1：できる	2：少しできる	3：できない	
手	1：動く	2：少し動く	3：動かない	
以前通院していた歯科医院	(
現在利用している施設・センター	(
現在お困りの事(例：入れ歯が痛い)				
地図(訪問地の概略図をお書き下さい)				

※治療の危険度が高い場合、対応できない場合がありますのであらかじめご了承ください

碧南市内の訪問歯科診療紹介 フローチャート



訪問看護師のための栄養相談

在宅療養における栄養管理のキーマンである訪問看護師に対して、栄養士が訪問看護師から得た実際の生活情報をもとに相談・指導を行うことで、療養者の暮らしに合った栄養管理の質向上を目指します。

- ◎対象者 碧南市内事業所に勤務の訪問看護師
- ◎利用料 無料
- ◎窓口 保健センター 栄養士（健康課） TEL 48-3751 FAX 48-2165
- ◎相談日 月～金曜日 午前8時30分～午後5時15分（休日、年末年始を除く）
- ◎相談内容〈訪問看護師に対する相談・指導〉
 - 実際の食事内容をもとにした栄養評価
 - 療養者の暮らしにあった栄養コントロールへのアドバイス
 - 栄養制限がある場合の調理法へのアドバイス 等
- ◎相談方法
 - ①上記窓口まで電話 48-3751 で問い合わせ
 - ②下の相談書に必要事項を記入の上 FAX48-2165

栄養相談 相談書

氏名 様 生年月日 T S H 年 月 日 (男 女)	住所 碧南市 町
疾患名	家族構成（調理者に※）
相談内容	生活情報

相談者	事業所	氏名
	TEL	FAX

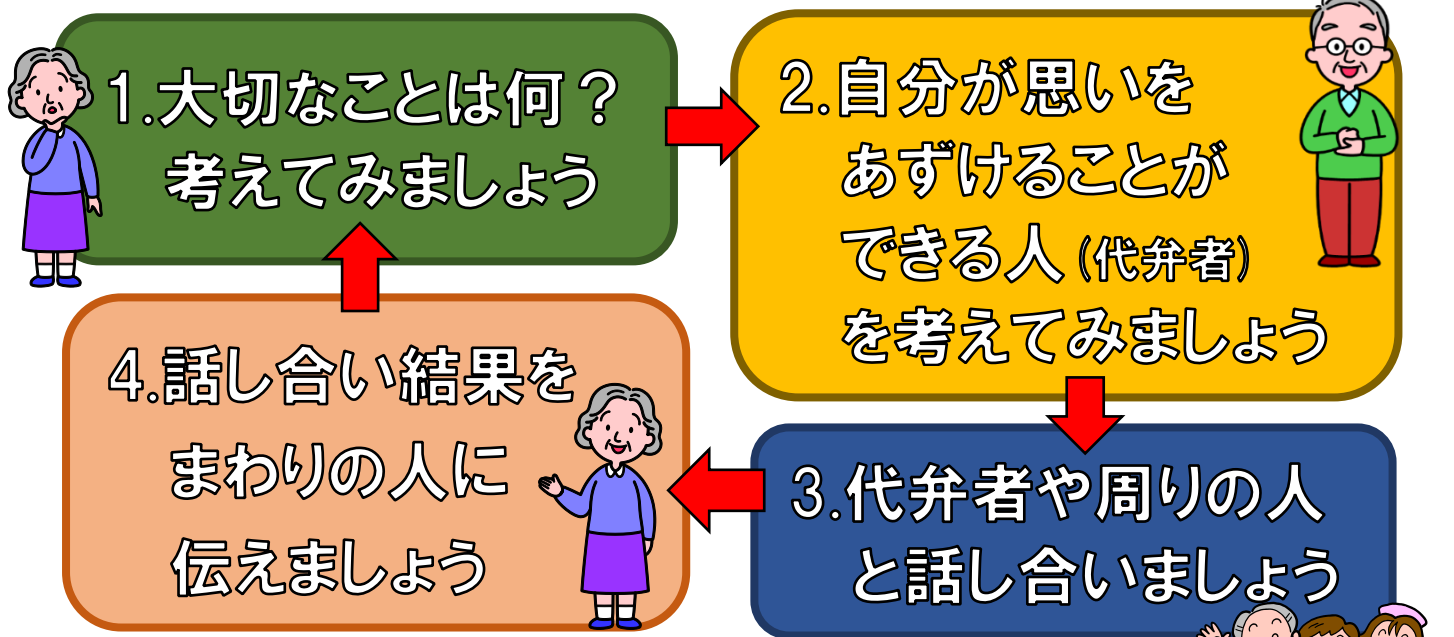


人生の終わりに大切にしたいことは何ですか？

私の4つの大切な覚いで

「もしもの時」のことを話し合ってみませんか？

誰にでも、老いや病気で自分のことを自分で決めることができない「もしもの時」が起こる可能性があります。人生の終わりに自分の望みを叶えるため、「もしもの時」の医療やすごし方について、元気なうちから、**考え、話し合い、伝えあう**ことがとても重要です。



※からだの状態に応じて何度でも繰り返し行いましょう。

※この取り組みは、考えたくないと思う方へのお心づかいをお願いします。



私の4つの大切な覚え

人生の長い流れの中には、病気などで自分自身のことを自分で決めることができないようなことが必ず起こります。その時のために、大切なことを紙に記しておきましょう。

名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和	住所	碧南市 町
緊急連絡先 名前	様	続柄 ()	
電話 ()			

1. あなたの気持ちの代弁者
あなたの代わりにあなたの気持ちを伝えて欲しいのは誰ですか？

名前 (続柄)	住所	電話
()	県 市 ()	()

2. かかりつけ医療機関など
ご自分で書かれるか、かかりつけの方に書いてもらいましょう。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

「私の4つの大切な覚え」は、碧南市のホームページからダウンロードできます。また、下の施設でもお渡ししています。

碧南市役所 高齢介護課
碧南市内 3ヶ所の地域包括支援センター

<お問合せ先>

碧南市 高齢介護課 電話 95-9890
碧南市在宅医療サポートセンター 電話 46-8055



「人生の最終段階における医療」をイメージすることができますか？

気管挿管きかんそうかん・人工呼吸器

自分の呼吸が弱く、しっかりと酸素が取り込めない時、口や鼻から気管に管を入れ、機械で肺に酸素を送り込みます。その後回復しない場合には、のどに穴を開けて管をさし、機械をつなぐこともあります。

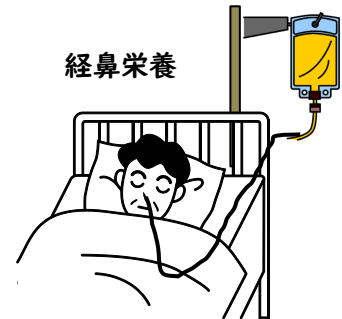
気管挿管



経管栄養（経鼻胃管・胃ろう）

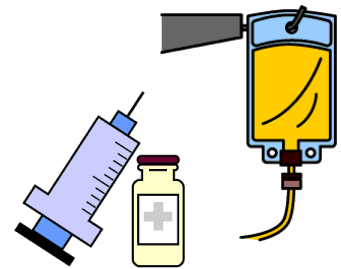
経鼻胃管は、自分で飲み込む力が衰えた時、鼻から胃（または腸）まで長い管を入れて栄養剤や水分を入れます。胃ろうは、おなかに穴を開けて、胃まで管を通し、栄養剤や水分を入れます。

経鼻栄養



中心静脈栄養

点滴が長い間必要な時、心臓近くの太い血管まで点滴の管を植え込み、点滴で栄養や水分を入れます。



心肺蘇生しんぱいそせい

心臓や呼吸が止まった時、一時的に心臓や呼吸の動きを再開させるために行います。胸を強く押して心臓を圧迫したり、マスク等を使って肺に空気を送り込んだりします。



心臓マッサージ



人工呼吸

私の4つの大切な覚え (ver.1 元気編)



人生の長い流れの中には、病気などで自分自身のことを自分で決めることができないようなことが必ず起こります。そのような時、あなたの心の声を伝えるために、紙に記しておきましょう。

名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	住所	碧南市 町

緊急連絡先 名前	様 続柄 ()
電話 ()	—

1. あなたの気持ちの代弁者

①あなたの代わりに気持ちを伝えて欲しいと思うのは誰ですか？

※あてはまる人がいない場合は「なし」とご記入ください。

名前(続柄)	住所	電話
様 ()	県 市	() —

②そのことをその方に伝えてありますか？ はい いいえ

2. かかりつけ医療機関など

ご自分で書かれるか、かかりつけの方に書いてもらいましょう。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

3. 今までかかった病気

あなたが今までにかかった病気を書いておきましょう。

高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 腎臓病 肺炎 その他

記入日 年 月 日

4. あなたの思い

①望む暮らし方

治る見込みがないような病気になった時、あなたはどんな暮らし方をしたいと思いますか？ (希望するもの全てに✓をつけて下さい)

(場所) できるだけ家で過ごしたい 病院や施設で過ごしたい

(治療) 最期までできる限りの治療を受けたい 自然に死を迎えたい

(介護) 介護は家族に受けたい 介護は業者に受けたい

②大切なこと

あなたが大切にしたいと思うことは、どのようなことですか？

(生きがい 自分の役割 好きなこと 気がかりなこと してほしくないこと)

記入日 年 月 日

この4つの覚えは、入院や介護のサービスが必要になった時に、とても大切なものになります。保険証と一緒に大切に保管し、医療や介護の担当者へお見せください。

碧南市 令和3年3月作成



名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	住所	碧南市 町

<■メッセージに沿って進めて下さい>

初めに一言伝えて下さい。

「自分にとっての最善」を叶えるためには、あなたが自分自身について考えて、それをまわりの人に伝えることが大切です。私たち医療介護チームはあなたの「思い」を実現するため、「思い」を共有してお手伝いします。あなたの「思い」をおきかせ下さい。そして、「思い」が変わったら、何度でもおきかせ下さい。

ききとりを始めて下さい。

問1. かかりつけ医療機関など

あなたのかかりつけを教えてください。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

問2. あなたの気持ちの代弁者

①身近な方の中で、あなたのことを理解し、あなたの代わりになって気持ちを伝えることができる方、伝えて欲しいと思う方はみえますか？

名前(続柄)	住所	電話
様 ()	県 市	() —

あてはまる人がいない

②それをその方に伝えてありますか? はい いいえ

「いいえ(伝えていない)」場合、医療介護担当者で今後の対応を相談してください。

してほしくないこと

実施日	内容	実施者所属
年月日		



名前	様	電話	—
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	住所	碧南市 町

<■メッセージに沿って進めて下さい>

初めに一言伝えて下さい。

「自分にとっての最善」を叶えるためには、あなたが自分自身について考えて、それをまわりの人に伝えることが大切です。私たち医療介護チームはあなたの「思い」を実現するため、「思い」を共有してお手伝いします。あなたの「思い」をおきかせ下さい。そして、「思い」が変わったら、何度でもおきかせ下さい。

ききとりを始めて下さい。

問1. かかりつけ医療機関など

あなたのかかりつけを教えてください。

病院 診療所	歯科医院
薬局	訪問看護
ケアマネ	その他

問2. あなたの気持ちの代弁者

①身近な方の中で、あなたのことを理解し、あなたの代わりになって気持ちを伝えることができる方、伝えて欲しいと思う方はみえますか？

名前(続柄)	住所	電話
様 ()	県 市	() —

あてはまる人がいない

②それをその方に伝えてありますか？ はい いいえ

「いいえ(伝えていない)」場合、医療介護担当者で今後の対応を相談してください。

してほしくないこと

実施日	内容	実施者所属
年月日		

イ. 病状の悪化などで自分の思いを伝えられなくなった時、あなたの思いとあなたの大切な人(代弁者)の思いが違う場合はどうしてほしいですか？

- 私の望むとおりにしてほしい
- 私の望みをもとに医師と代弁者で相談して決めてほしい
- 私の望みと違ってても医師と代弁者で相談して決めてほしい
- わからない
- その他()

近隣の認知症関連病院（受診・入院対応可能）の相談窓口

医療介護関係者専用 市民配布はしないこと

外来受診や入院についての共通事項（原則）

- 他の病院へ通院中、または3ヶ月以内に通院していた方は、診療情報提供書（紹介状）が必要です。
- 対応可能かどうかなど、ケースバイケースの対応となります。各病院のソーシャルワーカーや相談員にご相談ください。

病院名	窓口	方法
大府病院 知多郡東浦町大字森岡字上源吾 1	[地域連携・医療福祉課：医療ソーシャルワーカー] (0562) 83-3161 (代表) 月～金曜日 8:50～17:00 / 土曜日 8:50～12:00	代表番号に電話をし、「入院または受診についての相談」があると伝え、地域連携・医療福祉課のソーシャルワーカーへつながりてもらってください。
刈谷病院 刈谷市神田町 2-30	[地域連携室：高木氏・佐々木氏] (0566) 21-3568 (ダイヤルイン 注:医療介護関係者のみ) 月～金曜日、隔週土曜日 9:00～17:00 (↑開院日はホームページのカレンダーを参照)	ダイヤルインで地域連携室につながります。ダイヤルイン番号は医療介護関係者のみへの周知となりますので、本人・家族などには伝えないよう注意して下さい。 ※対象としては認知症のBPSD やうつなどですが、ご家族等のレスパイト目的なども相談に応じることは可能です。お電話にてご相談ください。 入院期間は最長3ヶ月です。
共和病院 大府市梶田町 2-123	[医療連携室：三鬼氏] (0562) 46-2166 (ダイヤルイン) 月～金曜日 9:00～17:15	ダイヤルインで医療連携室につながります。 受診予約・入院相談に対応します。
みどりの風南知多病院 知多郡南知多町豊丘孫廻間 86	[メデイカルサポートセンター] (0569) 65-1165 月～金曜日 9:00～16:00	メデイカルサポートセンターに電話をし、ソーシャルワーカーへご用件をお伝えください。
京ヶ峰岡田病院 額田郡幸田町大字坂崎字石ノ塔 8	[総合相談室] (0564) 62-1421 (代表) 月～土曜日 8:30～17:00	代表番号に電話し「入院または受診についての相談」があると伝え、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）につながりてもらってください。
矢作川病院 安城市藤井町南山 141	[ソーシャルワーカー] (0566) 99-3171 (代表) 月～土曜日 13:00～16:30 (※緊急時は9時から連絡可能)	代表番号に電話し「入院または受診についての相談」があると伝え、ソーシャルワーカーにつながりてもらってください。 ※重篤な内科疾患などを合併しているケースでは対応できない場合があります。

<p>三河病院 岡崎市戸崎町牛転2</p>	<p>[患者サポート課] (0564) 51-1778 (代表) 月～土曜日 9:00～16:30</p>	<p>代表番号に電話し、「入院または受診についての相談」があると伝え、相談員につないで もらって下さい。 ○入院の相談：相談員（入院担当） ○外来受診の相談：相談員（外来担当）</p>
<p>南豊田病院 豊田市広美町郷西80</p>	<p>[PSW 室] (0565) 21-0331 (代表) 月～土曜日 9:00～16:00</p>	<p>代表番号に電話し、「入院または受診についての相談」があると伝え、PSW 室のソーシャルワーカーへつないでもらって下さい。</p>

碧南市健康推進部高齢介護課 令和3年11月作成

近隣の認知症疾患医療センターの相談窓口

医療介護関係者専用 市民配布はしないこと

認知症疾患医療センターの役割

認知症疾患医療センターは、認知症患者とその家族が住み慣れた地域で安心して生活するための支援の一つとして、都道府県及び政令指定都市が指定する病院に設置するもので、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、地域における医療機関等の紹介、周辺症状への対応等についての相談受付などを行う専門医療機関。

[業務] (1) 外来診療

(2) 専門医療相談

(5) かかりつけ医等への研修会の開催 (6) 認知症疾患医療センター地域連携会議の開催 (7) 認知症に関する情報の収集及び発信

(8) 診断後等支援機能として以下のいずれか又はその両方の取組を行う 1. 診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援 2. 当事者等によるピア活動や交流会の開催

(3) 鑑別診断とそれに基づく初期対応 (4) 周辺症状・身体合併症への急性期対応

病院名	窓口	備考
国立長寿医療研究センター 大府市森岡町 7-430	[認知症専門医療相談：精神保健福祉社、社会福祉士] (0562) 87-0827 (直通) 月～金曜日 10:00～15:00	<ul style="list-style-type: none"> ・治療、入院は、近隣の「大府病院」と連携しながら対応しています。 ・「もの忘れ外来」受診は、原則としてかかりつけ医からの紹介予約が必要です。 ・かかりつけ医がない場合や、ご本人・ご家族からの予約は、予約専用ダイヤル：(0562) 46-2547 にて受け付けます。 ・受診や入院に関することや、治療、症状、対応、その他、の相談も可能。緊急時などの場合は早めの受診調整の相談に応じます。 ・通常の確定診断では、初診から3～4回の通院が必要、結果説明まで3か月程度かかります。 ・主に鑑別診断と通院治療を行っています。認知症の専門知識を有する相談員が電話・面談対応します。精神症状が強い場合は連携医療機関と調整をすることになります。
八千代病院 安城市住吉町 2-2-7	[認知症疾患医療センター] (0566) 33-5556 月～金曜日 9:00～16:30 第2・4・5土曜日 9:00～12:30	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医からご紹介いただき、主に鑑別診断と通院治療を行っています。(かかりつけ医がいらっしゃらない場合は適宜ご相談ください。) 診断後もかかりつけ医との連携を図り、日常の診療はかかりつけ医が担当することが基本となります。 ・行動心理症状 (BPSD) の治療については、当院にて対応するほか、連携施設や地域の専門医療機関と緊密な連携を図ります。 ・詳細はこちら (https://www.okazakihospital.jp/dementia/)
岡崎市民病院 岡崎市高隆寺町字五所合 3-1	[認知症疾患医療センター] (0564) 66-7474 月～金曜日 9:00～16:00	<ul style="list-style-type: none"> ・直通電話にて受診や入院などの相談が可能です。 ・認知症病棟 40 床あり (対象：認知症の行動・心理症状が激しく、在宅または施設で介護が難しい方)、医師が必要と判断すれば入院可能です。 ・身体合併症により対応できない場合があります。
<small>じんだい</small> 仁大病院 豊田市猿投町入道 3-5	[認知症疾患医療センター：西沢氏] (0565) 45-0110 (代表) 080-5823-0110 (直通電話) 月～土曜日 10:00～16:00	

◎入院患者

	窓口担当	相談方法
加藤病院	小宅 頼子 病棟看護師 41-6211(代表) 土日以外 14:00~16:00が望ましい	必ず窓口担当にご相談下さい。 病棟看護師との面談等の調整をします。
小林 記念病院	連携室 看護師・医療ソーシャルワーカー 41-0173(直通) 日以外 9:00~17:00	病棟ごとに看護師と医療ソーシャルワーカーの担当がついています。 連携室で担当を確認し、各担当へご相談下さい。 ただし、土曜日は当番が対応をします。
新川 中央病院	天野 雄貴 相談員 48-0009(代表) 土日以外 9:00~16:00	必ず窓口担当にご相談下さい。
碧南 市民病院	患者サポート室 看護師・医療ソーシャルワーカー 48-5050(代表) 土日以外 8:30~17:15	病棟ごとに看護師と医療ソーシャルワーカーの担当がついています。 病院代表に電話し、「入院患者の相談」であること、入院病棟が分かる場合は「病棟名」、入院病棟が不明な場合「病棟不明」と伝えて下さい。 病棟担当または対応可能な看護師・医療ソーシャルワーカーが対応をします。
半田市立 半田病院	患者サポートセンター 看護師・医療ソーシャルワーカー 0569-22-9881(代表) 土日以外 8:30~17:15	基本は各病棟の看護師が退院支援を行い、新規でサービス調整が必要な場合は患者サポートセンターの看護師・医療ソーシャルワーカーが担当をします。ただし、転院・入所支援は、医療ソーシャルワーカーが担当をします。まずは病院代表を通して、患者サポートセンターの看護師・医療ソーシャルワーカーまでご相談下さい。
西尾 市民病院	患者支援室 看護師・医療ソーシャルワーカー 0563-56-3171(代表) 土日以外 8:30~17:00	患者支援室が総合的な窓口として、まずはお話を伺います。内容によっては、直接、各病棟の看護師につなげ対応させていただく場合があります。 (いげたネットの「各種様式・資料等」に「医療・介護連携シート」あり)
安城 更生病院	医療福祉相談室 看護師・医療ソーシャルワーカー 75-2111(代表) 土日以外 8:30~17:00	病棟ごとに退院コーディネーター(看護師)・医療ソーシャルワーカーが担当し、協働して退院支援を行います。必要時は退院後も支援を行います。病院代表から医療福祉相談室へお電話いただき、担当を確認してご相談下さい。 (病院HP「ケアマネジャー・訪問看護ステーションの方へ」参照)
刈谷豊田 総合病院	患者サポートセンター 入退院支援室 看護師・医療ソーシャルワーカー 25-8286(直通) 土日以外 8:30~16:50	病棟ごとに入退院支援室の看護師・医療ソーシャルワーカーの担当がつき、退院支援を行います。入院病棟が分かる場合は、直接病棟に電話でご相談下さい。病棟が不明な場合は、入退院支援室へ電話をしてご相談下さい。 入院時の情報提供にはできるだけ碧南市の「入退院情報連携シート」を使用して下さい。 (病院HP「連携マニュアル」参照)

◎通院患者

	窓口担当	相談方法
加藤病院	太田 広美 外来看護師 41-6211(代表) 土日以外 14:00～16:30が望ましい	必ず窓口担当にご相談下さい。
小林 記念病院	連携室 中井 敏子 連携室看護師 神谷 陽子 連携室看護師 41-0173(直通) 日以外 9:00～17:00	必ずの窓口担当にご相談下さい。 ただし土曜日は当番が対応をします。
新川 中央病院	天野 雄貴 相談員 48-0009(代表) 土日以外 9:00～16:00	必ず窓口担当にご相談下さい。
碧南 市民病院	<u>ケアマネ・地域包括支援センター 窓口</u> 在宅医療サポートセンター中西知加子 看護師 48-5050(代表) 46-8055(直通) 土日以外 9:00～17:00	基本的に担当はついていません。 病院代表に電話し、「外来患者の相談」であること、「ご自身の事業所」を伝えて下さい。まずは、各窓口が総合的な窓口として、お話を伺います。その後、状況に合わせて、院内の部門が協働して対応します。 ただし、すでに個別の担当が決まっている場合は、直接ご相談下さい。
	<u>訪問看護 窓口(R6.1～)</u> 患者サポート室 本田由紀子 看護師 患者サポート室 野村 恭子 看護師 48-5050(代表) 土日以外 8:30～17:00	
半田市立 半田病院	患者サポートセンター 看護師・医療ソーシャルワーカー 0569-22-9881(代表) 土日以外 8:30～17:15	基本的に担当はついていません。 病院代表を通して、患者サポートセンターの看護師・医療ソーシャルワーカーにご相談下さい。 (半田市HPの「地域包括ケアシステム推進体制」内に専用連絡票あり)
西尾 市民病院	患者相談窓口 看護師 0563-56-3171(代表) 土日以外 8:30～17:00	患者相談窓口の看護師が総合的な窓口として、まずはお話を伺います。 内容により、医療ソーシャルワーカー・外来看護師等が対応させていただきます。 (いげたネットの「各種様式・資料等」に「医療・介護連携シート」あり)
安城 更生病院	医療福祉相談室 医療ソーシャルワーカー 75-2111(代表) 土日以外 8:30～17:00	基本的に担当はついていません。 病院代表を通して、医療福祉相談室に電話をして下さい。基本的に医療福祉相談室の医療ソーシャルワーカーが随時対応します。 適切な支援のために、できるだけ患者・家族と直接会い、状況や意向を確認してから支援をしたいと考えます。まずは 医療ソーシャルワーカーに連絡し、状況を伝え、その後の進め方をご相談下さい。 基本的に医療ソーシャルワーカーの受診への同席は難しい状況です。 医師へ伝えたいことがある場合は、事前に文書を添えて医療ソーシャルワーカーを通して医師へ伝えると共に、受診の場で家族等から医師に直接文書を渡すことが確実です。(急ぎの場合はそればかりではない) (病院HP「医療関係者の方へ」「ケアマネジャー・訪問看護ステーションの方へ」参照)
刈谷豊田 総合病院	患者サポートセンター 総合相談室 医療ソーシャルワーカー 25-2810(直通) 土日以外 8:30～16:50	総合相談室の医療ソーシャルワーカーが随時対応します。 適切な支援のために、できるだけ患者・家族に直接状況や意向を確認し、支援をしたいと考えます。事前に総合相談室へ電話をし、相談の進め方をご相談下さい。書面で相談を希望される場合、病院の様式「担当医連絡票」(病院HPからダウンロード可)を使用し、FAXでのご相談下さい。 (病院HP「連携マニュアル」参照)

※医療・介護関係者専用 市民への配布はしないこと
碧南市在宅医療サポートセンター 46-8055

	医療機関	電話	FAX	電話での相談		訪問での相談		その他
				電話	FAX	訪問のタイミング	事前予約	
1	いくた整形外科	48-5655	48-7836	P M診療時間の前 (15:00~15:30)	P M診療時間の前 (15:00~15:30)	P M診療時間の前 (15:00~15:30)	要	
2	長田医院	42-1200	48-4868	診療時間内いつでも	診療時間内いつでも	診療時間内いつでも	不要 (診療時間内)	
3	上平医院	41-4555	48-7128	AM診療時間の終わりがち	AM診療時間の終わりがち	AM診療時間の終わりがち	要	
4	小林クリニック	43-0388	43-0387	P M診療時間の前 (15:30~16:00)	P M診療時間の前 (15:30~16:00)	P M診療時間の前 (15:30~16:00)	要	
5	さかべ医院	41-1923	48-4870					診療時間内に受付事務に相談 (可能ならばFAXが良い)
6	作塚杉浦クリニック	42-5327	42-8627	診療時間内いつでも	診療時間内いつでも	診療時間内いつでも	要	
7	SSC杉浦医院	41-0019	48-4863	AM診療時間の終わりがち P M診療時間の前	AM診療時間の終わりがち P M診療時間の前	月・火・水 12:00頃	要	
8	SDO鈴木糖尿病内科	42-5800	91-6010	AM診療時間の終わりがち	AM診療時間の終わりがち	AM診療時間の終わりがち	要	
9	にしばたクリニック	42-2000	48-0900	AM診療時間の終わりがち	AM診療時間の終わりがち	AM診療時間の終わりがち	要	
10	原田医院	46-3655	46-3788	診療時間内いつでも	診療時間内いつでも	診療時間内いつでも	要	
11	碧南クリニック	48-5155	48-7797	診療時間内いつでも	診療時間内いつでも	電話で相談し決定 (14:00~15:00の可能性高い)	要	通院中の方には担当看護師あり。医師との調整は基本的に担当看護師が行う。状況確認を含め担当看護師を窓口として欲しい。
12	碧南整形外科	43-5800	43-5060	AM診療時間の終わりがち	AM診療時間の終わりがち	AM診療時間の終わりがち	要	面談には待ち時間あることあり。
13	へぎなん中央クリニック	42-8125	42-8126	(外来診療) 月火木金 9:00~12:00 月火木金 16:00~18:30 水土 9:00~12:00のみ	(外来診療) 月火木金 9:00~12:00 月火木金 16:00~18:30 水土 9:00~12:00のみ	(外来診療) ご相談ください。診療時間の関係で面談 対応が難しいことが多い点について ご理解いただければ幸いです。	要	外来通院と訪問診療で窓口が分かれています。 外来通院：代表 42-8125 訪問診療：在宅医療部 42-8118
14	(外来診療)	48-0633	48-7176	AM診療時間の終わりがち P M診療時間の前	AM診療時間の終わりがち P M診療時間の前	AM診療時間の終わりがち P M診療時間の前	要	窓口に一報をお願いします。
15	堀尾医院 (訪問診療)	46-6087	46-6088	木土日以外 9:00~18:00	木土日以外 9:00~18:00	木土日以外 12:00~13:00 木 午後	要	
16	みどりの森クリニック	43-3773	43-3780	AM診療時間の終わりがち	AM診療時間の終わりがち	AM診療時間の終わりがち	不要 (診療時間内)	
17	もぎ内科クリニック	46-6660	46-6665	P M診療時間の前	P M診療時間の前	AM診療時間の終わりがち P M診療時間の前	要	
18	山中従天医館	41-0707	48-4874	診療時間内いつでも (基本的に急ぎのみ)	診療時間内いつでも (基本的に急ぎのみ)	相談にて時間を決定	要	
19	わしづかクリニック	45-2535	45-2503	診療時間内いつでも	診療時間内いつでも	AM診療時間の終わりがち	要	

はなしょうぶネットワーク（電子@連絡帳）利用登録状況

令和8年5月15日現在

1 登録事業所数

	市内	市外	合計	割合	機関数	備考
碧南市医師会	15	-	15	43%	35	
碧南歯科医師会	3	-	3	9%	32	
碧南高浜薬剤師会	18	-	18	49%	37	
介護サービス機関連絡協議会	64	8	72	74%	97	市内：訪看6/6、居宅9/10、訪介9/13
その他	6	4	10	-	-	
合計	106	12	118			

※事業所実件数：複数人登録の場合も1で記載

2 登録同意患者数（累計 H29年10月より）

事業所種別	件数
医療機関	7
訪問看護ステーション	1,106
居宅介護支援事業所	158
地域包括支援センター	17
サービス事業所	7
	1,295

※令和7年度新規登録同意患者数：163名

3 利用状況

	件数
利用者数	442
患者数（死亡、支援中止者除く）	414
患者投稿数（令和8年度累計）	1,337

*各施設に登録されている全ての利用者数