

「ケアマネジメント技術の向上」

「医療と介護の連携マニユアル」について

「くらしのシート」と 「退院シート」

H27.10.3.
一関保健センター

谷藤内科医院 谷藤正人

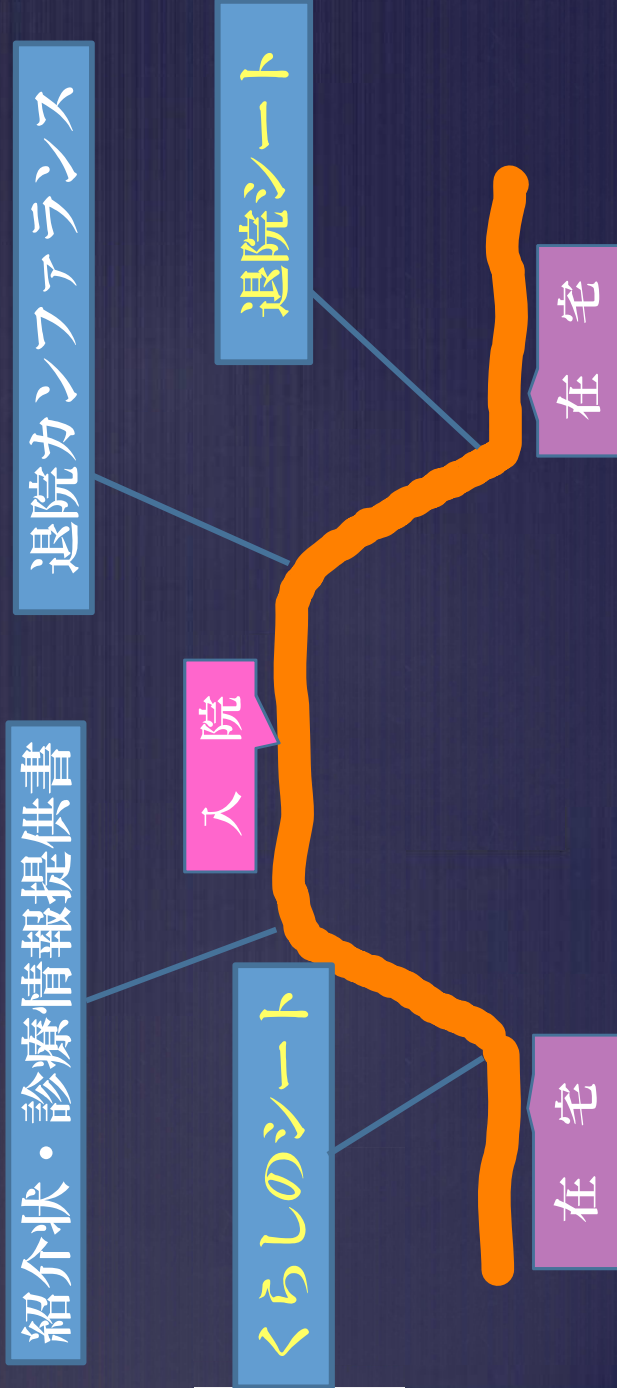
一 開業医の正直な心情

- ⌘ かかりつけ患者さんができるだけ長く在宅で過ごせるように
お手伝いしたい（看取りを含めて）
- ⌘ 24時間365日縛られるのはしんどい
- ⌘ それでも患者の生活は24時間365日続く
- ⌘ 医療は病気を見るのが得意
- ⌘ 介護は生活を見るのが得意
- ⌘ 在宅か入院か二者択一でなくともよいのではないか？
- ⌘ 選択肢の一つとしての在宅であり、在宅と入院あるいは施設
や高齢者住宅等を行ったり来たりしてもよいのではないか？

病気の進行



入退院時の情報提供



* 「連携シート」 = 「くらしのシート」 + 「退院シート」

Case1

心肺停止で救急搬送されたが、診断に苦慮した例

94歳の女性です。嫁と孫息子の3人暮らしで、日中独居。

20－30年間高血圧症、気管支喘息でAクリニックで加療中。

3年前に急性心筋梗塞を発症しましたが回復。

2年前からは糖尿病、認知症も併発。

1か月前までは、寝たり起きたりしながら家の中で留守番をし、来客の対応などをしていました。徐々に食事摂取量が減り、2日前からとうとう動けなくなり、A医師に往診を依頼。

A医師は、「そろそろですね」と言われた。

「**もしものときには、いつでも電話して下さい**」と言い残し帰宅された。

続き

前日に、プリンを食べ、オロナミンCドリンクを飲んだ。

亡くなった日は日曜日。午前中にオロナミンCドリンクを飲んだが嘔吐。午後に便通があり、お嫁さんにオムツ交換をしてもらっている時に呼吸停止。

お嫁さんがA医師へ電話しましたが生憎東京へ出かけていて留守。やむを得ず、救急車を呼ぶ。救急隊の到着時にはすでに、心肺停止状態でした。救急隊により、心臓マッサージ、人工呼吸が開始されZ病院へ搬送。すでに約1時間半経過していたため、救急担当のB医師は死亡を確認し蘇生処置中止。

死亡診断書の病名を書くにあたって、B医師は困った。

A医師に連絡を取ってみましたが、繋がらず。最後の訪問に立ち会った看護師と連絡が取れ、その情報をもとに診断書が作成された。死因は「老衰」とされ、発病から死亡までの時間は「約1か月」とされた。

⇒「**くらしのシート**」があればよいと思った

くらしのシート

- 必要最小限度の情報
- 対象は要介護、要支援認定者
- 基本的にケアマネが記載
(訪問看護師、かかりつけ医)
- 患者とケアマネ、訪問看護師
が持っている(かかりつけ医)
- 救急隊、救急病院担当医に手
渡す

在宅緩和ケアにも有効：
急変時、レスパイト

裏面あり

くらしのシート (医療情報)

医療情報	
既往歴	
感染症	☐ 無 ☐ 有
病名	
#1	
#2	
#3	
かかりつけ医情報	医療機関名 TEL
かかりつけ歯科医情報	医療機関名 TEL
他に受診している医療機関	医療機関名 TEL
訪問診療している医療機関	医療機関名 TEL
訪問看護に関する情報	機関名 TEL
内服薬情報	投薬禁忌薬剤。裏面にお薬手帳添付。
義歯	☐ 有 ☐ 無
嚥下	☐ 自立 ☐ 食事時に時間かかる ☐ 4杯入のみ ☐ 肺アブ ☐ 立ち ☐ 仰臥位 ☐ 仰臥位

病名は時系列に沿って記載

#4
#5
#6

医療情報の質を担保するために

- 情報源をできるだけ明記：例「2015.10.3.〇〇医院訪問し聞き取り」
「2015.9.3.付け主治医意見書による」
「2015.8.3.付け〇〇医院の紹介状による」
「訪問看護ステーション計画書による」など

十一、新典

病院からケアマネへ
(施設、在宅、
かかりつけ医へ)

使用上の注意
本シート使用の際には、事前に、相手方とシート使用の有無等の取扱について確認したうえで御使用くださるよう、留意願います。

退院情報提供シート (No.1) (看護提供日)

○ 情報提供先				
○ 区保健所名	(所属、情報提供者)			
入院日	平成	年	月	日
報告者氏名				
住 所	生年月日 性別 年齢			
連絡先				

看護サマリー
などをまと
作成

切れ目なく
入院と在宅
施設を繋ぐ

リハビリ、口腔ケア、食事療法の継続に有効。入院期間の短縮

疾病の状態 主病名 主症状 既往歴	特記事項 (医療的処置などの エピソード記載)	☐ 驚動・騒動 ☐ 認知障害 ☐ 脱衣癖 ☐ 脱衣の抵抗感 ☐ 筋力低下 (上肢、下肢) ☐ 加害障害 (口咬 ☐ 咬食 ☐ 咬舌 ☐ 咬舌の癖 ☐ 嘔吐) ☐ 興奮障害 ☐ 失語症 ☐ 嚥下障害 ☐ 浮腫 () ☐ 修繕 () ☐ 拘縮 () ☐ 褥瘡 ()	
		退院予定日 平成 年 月 日	退院後の医療機関名
近所の パイタルサイン		秘便・下感・その他 ()	

[illegible]

くらしのシートの有用性(1)

- 最短で救急病院へアクセスできる
- 最短で正しい診断に至る。
- 望まぬ高度医療を受けず平穏死を迎えることもできる

- 救急病院(救急隊)への迅速で正しい情報提供に役立つ
- 救急病院は初期の患者理解と対応に役立つ
- 生活歴の情報提供：医療側の新鮮な驚き
ただの寝たきりの物言わぬ老人ではなく、喜怒哀楽を経て生きてきた人
- 不要不急な救急患者を減らせるかもしれない？

くらしのシートの有用性(2)

＜かかりつけ医＞

- かかりつけ医は負担が軽減する
かかりつけ医としての矜持を保つことができる
紹介状を後からゆっくり書ける
365日24時間対応の呪縛からの解放
- 生活に対する視点

＜ケアマネジャー＞

- 医療に対する理解が深まる
- ケアマネジャーとかかりつけ医との会話の糸口となる
- 急変時の安心

くらしのシートの有用性(3)

＜その他＞

- 要介護認定者、高齢者は急変することが多い
安心：患者さん自身、家族、介護者
- 救急医療の現場の一つの指標
不要不急は医療を減らせるかもしれない
- 入院日数の短縮ができるかもしれない
病院のメリット、認知症患者にとってもメリット
- 災害時、停電時、家族や介護人の不測の事態
人工呼吸器、在宅酸素療法、吸引、エアマット（褥創）、レスパイト
- 検視例を減らせるかもしれない
警察、警察医との連携

Case 2 : 連携の環の完結した例

90代女性

H18年頃よりアルツハイマー型認知症の診断。

H18年10月総胆管結石、ERCP後膵炎で入院

H24年12月、転倒、尻もち、腰椎圧迫骨折。左上肢麻痺もあり、
脳梗塞の診断。寝たきり状態となり、通院困難。要介護5

H25年1月当院紹介となり訪問診療開始。

(訪問診療月1回、訪問看護週1回、デイサービス週2回)

H25年8月総胆管結石症でS病院入院。

同年9月退院後在宅医療再開

H27年9月下痢、嘔吐、発熱ありS病院に入院

生活保護を受けて2人の息子と暮らしている。

キーパーソンは次男

移動、入浴、着替え、整容・口腔ケア、服薬：全介助
排泄、食事、意思疎通：残介助

入退院時の情報提供

9/7 (月)

診療情報提供書(主治医)

FAX・郵送

退院カンファランスなし
主治医より診療情報提供書

9/4 (金)

くらしのシート

医院看護師持参

S病院入院

9/4下痢嘔吐発熱
あり家族が救急
車を呼びS病院へ
搬送

在宅

8/24訪問診療

訪問看護

デイサービス

在宅

10/2訪問診療

訪問看護

デイサービス

9/28退院シート
(リハビリ報告書も)

ケアマネへ

[illegible]

情報提供日
記入者氏

本症例の くらしのシート

[illegible]

医 療 病 歴(平成27年9月30日 谷糠内科医院)					
既往歴	平成元年 左手骨折 平成18年10月 疑胆管結石症(USJ探石)千歳病院 平成28年9月 股関節置入型入院 平成27年9月 股関節 胆管炎型入院				
	病名	発症年月日	病名	重傷年月日	
#1	高血圧	2013.1.15	※	※	
#2	アトピー性皮膚炎	2013.1.15	※	※	
#3	膝挫打損骨折	2013.1.15	※	※	
#4	腰痛	2013.1.15	※	※	
#					
	かかった付属科に関する情報	医療機関名 谷糠内科医院 51-3355			
	かかりつけ番科に関する情報	医療機関名			
	他に受診している医療機関	医療機関名			
	訪問看護に使用する機関	機 関 名 千歳市介護支援 51-1266			

介護情報		介護情報	
認定情報	要支援 5 要介護 1	介護者の状況	要援助
生活歴	キーンバ・ソーンは次男、賢さん。	サービス 利用状況	訪問診療 訪問看護 通所介護
移動	全介助	生活情報	全介助
入浴	全介助	排泄排便	紙おむつ・パット使用
着替え	全介助	食事	全介助
歯磨・口拭きケア	全介助	結管栄養	全介助
服薬	全介助	器具使用	全介助
睡眠	良眠	問題行動	無
	尿意頻		尿漏行為了無

その他・追記事項

- *訪問看護
*ディサービス いわいの丘(木)
*内服薬
1. プラビックス75mg錠
ネキシウムカプセル20mg
1カプセル
2. アズノール軟膏0.03%(分食後)
3. テレミンソフト坐薬10mg(排便困難時)

くらしのシート

[illegible]

情報提供者
記入者氏

本症例の くらしのシート

利用者情報	氏名	生年月日	住所	連絡先	職業	手帳
	氏名	生年月日	住所	連絡先	職業	手帳
情報提供事業名	情報提供事業所	所在地	電話番号	FAX番号	利用システム	取等
情報提供事業名	情報提供事業所	所在地	電話番号	FAX番号	利用システム	取等

医療情報(平成27年9月30日 谷藤内科医院)			
既往歴	平成元年 左手首骨折 平成18年10月 総胆管結石症(EST採石)千厩病院 平成25年9月 総胆管結石症で入院 平成27年9月 脳梗塞 胆管炎疑いで入院		
病名	登録年月日	病名	登録年月日
#1 高血圧	2013.1.15	# # # # #	
#2 アルツハイマー型認知症	2013.1.15		
#3 腰椎圧迫骨折	2013.1.15		
#4 脳梗塞	2013.1.15		
#			
かかりつけ医に関する情報		医療機関名 谷藤内科医院 51-3355	
かかりつけ歯科医に関する情報		医療機関名	
他に受診している医療機関		医療機関名	
訪問看護に関する情報		機 関 名 千厩訪問看護 51-1366	

2. アズノール軟膏0.03% (分1期食後)
3. デレミンノブト坐薬10mg (排便困難時)

連携シート：今後の課題

1、熟知・浸透

- ・病院－患者－在宅（施設）：在宅医療に対する共通理解在宅という選択肢。出たり入ったりできる
- ・多職種連携
顔と顔の見える関係、人がわかる関係、専門を超えた信頼関係
すそ野を広げること、関係を深めること

2、改良・発展

- ・定期的な見直し
事前指示書との関係など
リハビリ報告書など
- ・ICTの導入
顔の見える関係が優先。機運が熟すのを待つ？
ICカードなどが普及すると不要になる日が来るかもしれない