

理念『こころの平安』

おうみ在宅療養連携シート 記入方法マニュアル (2013. 1. 31.)

公益社団法人 大津市医師会
大津市医師会在宅療養推進委員会

<連携シートの目的>

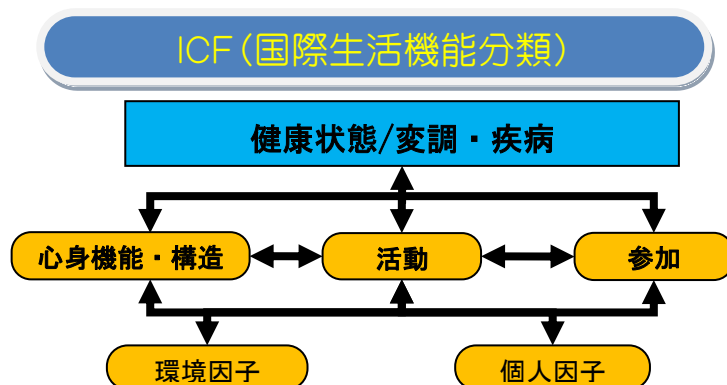
医療や介護サービスを受ける方が、満足度の高い生活・人生を送るために、本人、家族、医療・福祉サービス提供者が、ICF（国際生活機能分類）モデルに基づいて現状での課題、将来達成したい目標、それを実現するための手段・方法を共有し、同じ方向にしっかりと連携しながら、それぞれの役割を果たすために使用するものである。

<基本姿勢>

『心身機能・構造』、『活動』、『参加』は、相互に強く影響しながらも相互的独立性があり、それぞれについて直接的に介入して、改善を図ることが可能な場合も多い。

「人は、他者と関わりの中で自己の存在を確認する」、言い換えれば、「他者と関わる中で幸福を感じる」という視点に立ち、『参加』の満足を重視する。

終末期の過ごし方や、緩和ケアへの思いとして人工的水分・栄養補給方法の導入・中止についても早くから話し合っておく必要がある。



<連携シートの使い方> まずは、理念『こころの平安』をご一読ください。

完成したシートの原本は記入者（ケアマネージャー・ソーシャルワーカーなど）が保管・管理する。必ず本人・家族の同意を得て、本人に携わる医療・福祉従事者、本人・家族、すべてにFAX等にて配布。携わる医療・福祉従事者は、個人情報である連携シートの守秘義務を認識し留意しなければならない。

関連者の意見、上段のNo. () には (1) (2) (3) の番号を振り、おおむね3-6か月ごと（ケアカンファレンス、退院時カンファレンス、目標が達成、目標の変更 など）に再評価を行い「変更」があれば (2) として新たなページに記入。

医療情報が不足している場合は、主治医と介護支援専門員連絡票にてFAXなどにて問い合わせ。

【基本データ】

記載日、記入者

氏名、性別、生年月日、年齢、住所、連絡先

介護保険利用者は要介護度とその有効期間を記入。

医療機関と主治医

かかりつけ医を記入。

担当ケアマネ・担当ソーシャルワーカー（福祉事務所、施設、病院コーディネーターなど）

所属と氏名。

病名・既往歴

障害の原因となった主な疾病順に記入。わかる範囲で発生日月日を記入。

禁忌・アレルギー

禁忌薬剤、アレルギーが「有」ならば、その内容を具体的に記入（薬疹—薬剤名、アルコール。蕁麻疹—そば。花粉症—杉、ひのき。喘息—ハウスダスト、イエダニ、猫毛 など）。

内服薬：お薬手帳の有無

複数冊にならないように、一人一冊を徹底。

内服状況

チェックを入れる。

感染症

「有」ならば、具体的な感染症名を記入（結核、ウイルス性肝炎 など）。

地域連携パスの使用

「有」ならば、パス名を記入（脳卒中、糖尿病、PEG、5大癌 など）。

医療内容

医療内容にチェックと○を入れる。その他があれば具体的に記入。

身体状況

麻痺や拘縮の部位（右半身不全麻痺など）、歩行は介助、伝い歩き、室外の日常の移動は車イスなど具体的に記入。

寝たきり度・認知度

チェックを入れる（主治医の意見書など参考にする）。

認知症周辺症状

周辺症状を具体的に記入。特に生活に支障がある症状などを記入する。意識レベルは明瞭、不明瞭、その他（JCS方式）で記入する。周辺症状が無い場合は「無記入」。

【JCS方式】

- I 刺激しないでも覚醒している状態
 - 1：だいたい意識声明だが、今ひとつはっきりしない
 - 2：見当識障害（自分がなぜここにいるのか、ここはどこなのか、といった状況が理解されていない状態）がある
 - 3：自分の名前、生年月日が言えない
- II 刺激すると覚醒するが刺激をやめると眠り込む状態
 - 10：普通の呼びかけで容易に開眼する
 - 20：大きな声または体をゆさぶることにより開眼する
 - 30：痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと、かろうじて開眼する
- III 刺激をしても覚醒しない状態
 - 100：痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする
 - 200：痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
 - 300：痛み刺激に反応しない

【個人因子】

生活史・趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近うれしかった事・困った事

仕事や趣味、生い立ちや現在に至るまでの経過などを記入（好きな事、困った事、信仰・信条 などについても記入）。

本人の願い・希望

外出、買い物など本人がしたいことや生活上での願望、生き方などの希望を記入。

終末期や緩和ケアへの思い（話し合った年月日を記入する）

人工栄養（胃ろう（PEG）、中心静脈栄養（CV）など）、気管切開、徐苦痛、延命、看取りなどのケアのあり方や思いについて記入する。本人の本当の意向をつかむのが難しい場合は、介護者が、考えていること、気持ちなどを記入してもよい（誰の意見であるかも記入（例：長男））。

人工的水分・栄養補給法については、理念『こころの平安』P.8-10を参考にする。

※ 上記3つは今後ケア（生活を支える）上で大切。本人や家族を理解してから記入。

【環境因子】

経済状態（右側）

年金（厚生年金・国民年金 など）。他に収入があればわかる範囲で記入。

身体障害手帳（右側）

「有」ならば、等級を記入。

家族の願い・希望

家で看取りたい、除苦痛、延命しないなど（本人の本当の意向をつかむのは難しいので 介護者が思っていることでもよい。誰の意見であるかも記入（例：妻、兄、長男、嫁 など））。

利用しているサービス

利用しているサービスにチェックを入れる。

家族の介護力

介護者の有無、介護者の健康、知識、親戚など。

社会的環境

住宅の状況、周囲の環境、地域の偏見や誤解、近隣の支える力、ボランティアなど。

家族構成図（右側）

本人（例◎）、主介護者、子供、死亡者（例■）同居者などジェノグラムを作成。

【活動】

現状：頑張れば自分でできている（できる）

リハビリルームなどで専門職の指導の下であればできる、あるいは、見守り、励まし、全力を発揮すればできる場合、また、「できる」能力を持っているにもかかわらず、実際は「していない」場合など、能力を見つけ出し、生活の中に定着させることがあれば記入。必要な補助具や介助を具体的に記入（介助でゼリーを食べることができる）。

現状：生活の中でしている（している）

生活の中でしている場合に、現在の様子を記入（アセスメント）。補助具や介助が必要ななら具体的に記入。全介助で行っている場合は「全介助」と記入。

目標（したい）

主に、家や家周囲でこれからしたいこと（数か月）、目標を具体的に記入（○○ができるようになる）。例：ポータブルトイレで排泄、伝い歩き、車イス自走、散歩、買い物 など。

【参加】

現状（社会参加：家族の役割を含む）

通所サービスの利用、散歩、交友、外出、買い物、家族内の役割などを記入。合わせて介助者の同行の状況等も記入。

目標（したい）

外出や他者との交流だけでなく、家族内や親族間での役割、立場などについても十分に配慮しながら、できるだけ具体的に記入（街へ家族と行ける、映画を観る、花見に行くことができる、通所サービスでゲームに参加することができる など）。

※ 本人の願いや希望に沿って『社会参加』（参加状況）の目標をしっかりとイメージして、その実現に必要な『活動』の目標を設定。そして、その達成に向けて、医師やPT、OT等が、心身機能を向上させつつ、『できる活動』を充実。家族や看護・介護職等が協力しながら『している活動』として日常生活に定着させる。本人の自己認識・信念・価値観（プライドや生き甲斐等）に直結する『社会参加』を充実させ、日常生活を活発化させることが、廃用症候群の予防や治療することにつながる。

【災害時の対応】

震災や火災、計画停電時の対応について

【関連者の意見】

医療福祉従事者

・在宅主治医（かかりつけ医）は主治医が記入、あるいは主治医意見書・主治医と介護支援専門医連絡票からケアマネージャーが記入。

・かかりつけ急性病院、かかりつけ療養病院の連絡先は地域連携室とし、内容は空白でもOK。
・訪問看護ステーションは訪問看護師が記入、あるいはケアマネージャーが意見を聞いて記入。
・かかりつけ薬局は、訪問薬剤指導・配達が可能かの確認。お薬手帳を必ず作成し、一人一冊であることを確認。業務がない場合の内容は空白でもOK。

・在宅副主治医はかかりつけ医が不在の際の医師（いない場合は空白）。内容は空白でもOK。
・かかりつけ歯科は訪問診療可能かの確認。業務がない場合の内容は空白でもOK。
・その他、専門職はそれぞれの担当者の記入が望ましいが、ケアマネージャーが意見を聞いて記入も可能（ケアカンファレンスの利用）。

「記入方法（内容）」

・記入した時期について記入。
・各関係者の氏名、電話番号、FAX、職種の記入。
・各関係者は記載日を記入し、その時に行われたカンファレンスなどの中で専門職として必要な事項（ケア内容や方法 など）を書き出す。特に本人への目標が一致できていることを確認することが必要。

「状況変化、他職種に留意・依頼したいこと」

異変時の状態や、連絡事項や、異常の可能性や異常の発見につなげるにはどのようなことに注意すべきか、また、異常があった時の対処法、連絡先などを記入。

地域関係者

・行政、民生委員、ボランティア、サービス付き高齢者住宅などが意見を述べたことを記入。

家族・介護者（キーパーソン）

・本人の意見（現在の状態やサービスをどう感じているか など）や家族でキーパーソンとなる方の依頼や承諾事項を記入、及び家族の協力を確認。

・本人の意見か介護者の意見を明らかにして記入。介護者は本人との関係を（ ）で記入。

・連携シートを関係者に配布することに対して、本人・家族へ同意を得る。

ケアマネージャー（ソーシャルワーカー）

包括的なケア、ケアプランについて総評。

