

# 小松市入退院支援ガイドブック

小松市在宅医療・介護連携推進会議

## 【 内容一覧 】

1. 連携のため知っておくべき基本事項
2. 入退院時の支援の流れ
  - (1) 入退院時の医療・介護連携
    - A ケアマネジャーがいる（介護保険を使っている）患者が入院した場合
    - B ケアマネジャーがいない患者が入院した場合
  - (2) 退院後の生活の場
    - A 在宅
    - B 在宅（施設系）
    - C 介護保険施設
3. 在宅でよく使われる医療と介護の言葉辞典
  - (1) 医療編
  - (2) 介護・福祉編
4. 退院時に役に立つ市の事業
  - (1) 入退院型短期集中予防サービス
  - (2) 配食サービス
  - (3) 認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業
5. 市が行っている（養成している）研修
  - (1) 認知症ケアコミュニティーマイスター養成講座
  - (2) コンチネンスパートナー養成講座
  - (3) 在宅医療・介護連携推進研修
6. 役に立つツール
  - (1) はつらつシニアかんじん帳
  - (2) 医療と介護の連携様式
    - ①入退院支援に役立つ様式
      - A1 入院時情報提供書
      - A2 退院・退所情報記録書
      - A3 生活機能評価表（退院時評価用）
      - A4 高齢者総合相談センター連絡票
    - ②日常の療養支援に役立つ様式
      - B1 主治医・ケアマネ連絡票
      - B2 診療情報提供書
    - ③急変時の対応に役立つ様式
      - C1 訪問看護師用傷病者連絡票
    - ④看取り支援に役立つ様式
      - はつらつシニアかんじん帳「わたしの願い」参照

⑤その他疾病管理等に役立つ様式

M1 心不全患者を支援する際にモニタリングすべき項目

M2 排泄ケア関連様式

(3) 高齢者福祉サービス・インフォーマルサービス一覧

## 1. 連携のため知っておくべき基本事項

### 要介護・要支援認定申請について

介護保険サービスを利用するためには、要介護・要支援認定が必要です。小松市における認定を受けるための流れは、

①主治医の意見書をもらう→②長寿介護課の窓口にて主治医の意見書を提出し、申請書を記載する→③認定調査を受ける（一次判定）→④認定審査会で審議される（二次判定）→⑤認定が確定する

となっています。介護認定は、②から⑤までの日数は概ね30日となっていますが、時期によってもう少し長くなる場合もあります。また、小松市では**原則として①がなければ申請できないため、早めに主治医に依頼しておくこと**が大切です。

また、**認定の効力の開始日は認定日ではなく、②の申請日に遡ります**。例えば医療保険による訪問看護を利用している方が、介護認定申請をした場合は、申請日より前の利用については医療保険、申請日以後の利用については介護保険での利用となります。医療保険と異なり、介護保険では支給限度額が決まっており、他の介護保険サービスがたくさん入っていると、必要な回数を利用できない場合があります。

### 要介護・要支援認定と利用できる介護保険サービス

介護保険サービスには、要支援1～2の方が受けられる予防給付と要介護1～5の方が受けられる介護給付があります。一部の介護保険サービスについては、介護度によっては利用できないものもありますが、基本的には介護度に関わらず介護保険サービスの内容は同じで、介護度が上がる程、使えるサービス量を増やすことができます（**ただし、1回あたりの利用単価も上がります**）。

また、軽度者の通所介護・訪問介護は、はつらつシニア支援事業として、認定がなくても利用することができます（基本チェックリストに該当する必要があります。）。

【介護度によって異なる介護保険サービス】

#### ○要支援2以上

- ・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

#### ○要介護1以上

- ・介護老人保健施設・介護医療院
- ・看護小規模多機能型居宅介護
- ・夜間対応型訪問介護
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型

#### ○要介護2以上

- ・福祉用具貸与（車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換機、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト）

#### ○要介護3以上

- ・介護老人福祉施設（特例的に要介護1～2も入所できる場合もある）

#### ○要介護4以上

- ・福祉用具貸与（自動排泄処理装置※尿のみを吸引するものを除く）

## 介護保険サービスとケアプラン

介護保険サービスを使うためには、ケアマネジャーがケアプランを作成する必要があります。

また、介護保険サービスには、医療系サービスと介護系サービスがありますが、医療系サービスを使う場合、類似の医療保険による給付を受けていないか注意が必要です。**基本的には急性増悪時等を除けば介護保険を優先しなければならない**ことが多く、ケアマネジャーとの調整は必須です。**介護認定申請をした日から、介護保険が優先**となりますので、患者には日頃から介護認定申請をする場合は速やかに連絡する様伝えておきましょう。

なお、医療系サービスを利用する際は、医師の指示が必要ですが、**例え医師の指示があっても、介護保険サービスを利用する場合はケアプランへの記載は必要**となるため、必ずケアマネジャーと調整しましょう。

## ケアマネジメント（ケアプランの作成）

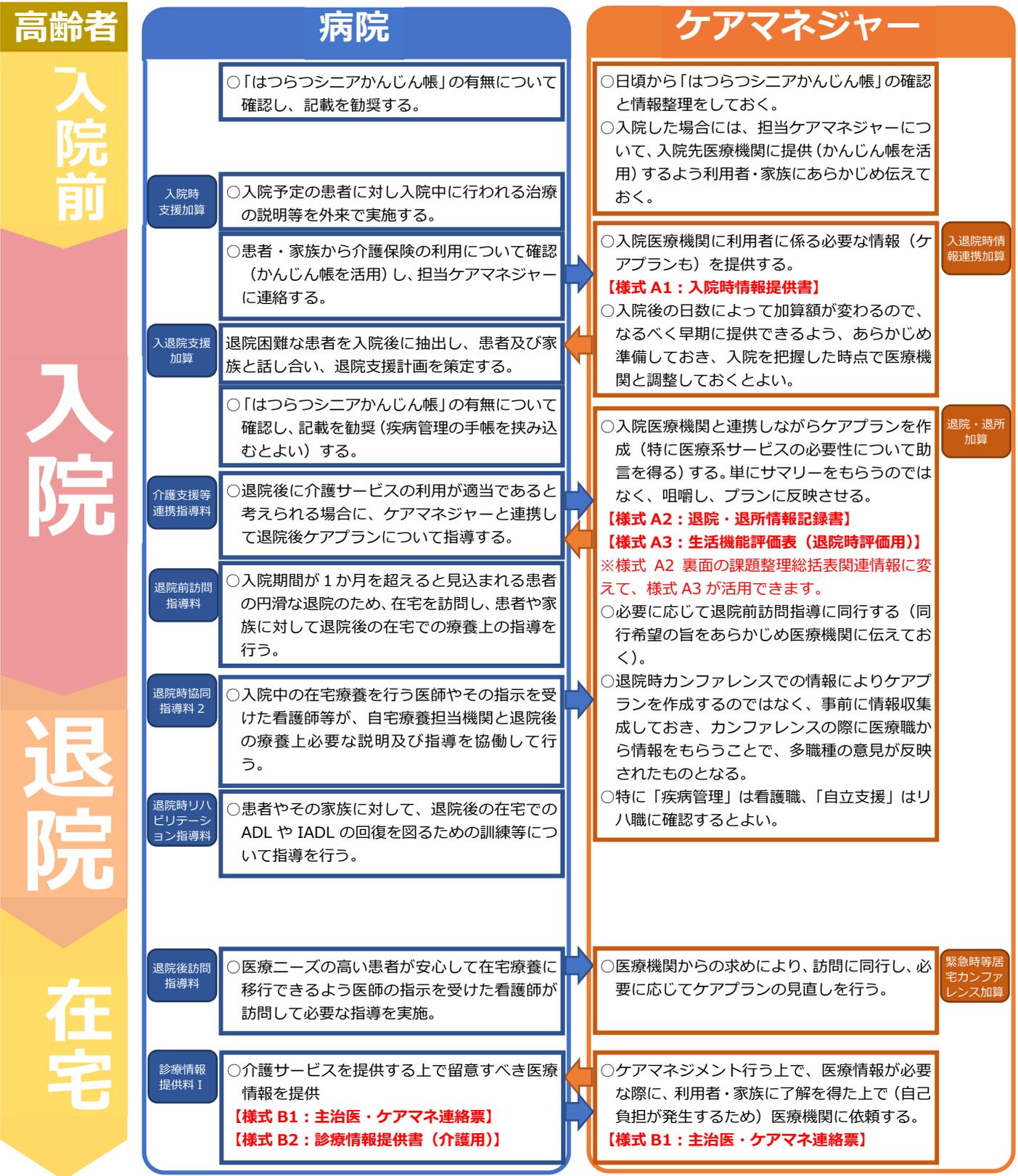
ケアマネジメントを実施する事業者は利用者の介護度や住まいによって異なります。

- 在宅（事業対象者、要支援1～2）：高齢者総合相談センター（居宅介護支援事業者の一部委託することではありますが、実施主体は高齢者総合相談センターとなります。）
- 在宅（要介護1～5）：居宅介護支援事業者
- 介護保険施設・特定施設・グループホーム・（看護）小規模多機能：事業所のサービス計画担当者

## 高齢者総合相談センター

小松市では地域包括支援センターの名称を高齢者総合相談センターとしています。高齢者総合相談センターは事業対象者や要支援1～2の方のケアマネジメントもしているので、支援対象は軽度者だと思っている方もいますが、基本的には全ての高齢者を支援対象としています。また、**担当ケアマネジャーのいる利用者についても、包括的・継続的ケアマネジメント支援（ケアマネジャー支援）として、支援対象となります**。在宅医療・介護連携推進コーディネーターとしての役割も担っているため、支援者が他にいない等、困ったときは気軽に相談しましょう。なお、基本的に直接的支援（金銭管理、送迎支援、生活援助等）は、本来業務ではありません。

**A ケアマネジャーがいる（介護保険を使っている）患者が入院した場合**



# B

## ケアマネジャーがいない患者が入院した場合

### 高齢者

### 入院前

### 入院

### 退院

### 在宅

### 病院

○「はつらつシニアかんじん帳」の有無について確認し、記載を勧奨する。

#### 入院時 支援加算

○入院予定の患者に対し入院中に行われる治療の説明等を外来で実施する。

○退院後に介護サービス等の支援が必要な方を抽出し、該当する場合は高齢者総合相談センターに連絡する。

**【様式 A4：高齢者総合相談センター連絡票】**

#### 入退院支援 加算

退院困難な患者を入院後に抽出し、患者及び家族と話し合い、退院支援計画を策定する。

○「はつらつシニアかんじん帳」の有無について確認し、記載を勧奨（疾病管理の手帳を挟み込むとよい）する。

#### 介護支援等 連携指導料

○退院後に介護サービスの利用が適当であると考えられる場合に、ケアマネジャーと連携して退院後ケアプランについて指導する。

#### 退院前訪問 指導料

○入院期間が1か月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、在宅を訪問し、患者や家族に対して退院後の在宅での療養上の指導を行う。

#### 退院時協同 指導料 2

○入院中の在宅療養を行う医師やその指示を受けた看護師等が、自宅療養担当機関と退院後の療養上必要な説明及び指導を協働して行う。

#### 退院時リハ ビリテーシ ョン指導料

○患者やその家族に対して、退院後の在宅でのADLやIADLの回復を図るための訓練等について指導を行う。

#### 退院後訪問 指導料

○医療ニーズの高い患者が安心して在宅療養に移行できるよう医師の指示を受けた看護師が訪問して必要な指導を実施。

#### 診療情報 提供料 I

○介護サービスを提供する上で留意すべき医療情報を提供

**【様式 B1：主治医・ケアマネ連絡票】**

**【様式 B2：診療情報提供書（介護用）】**

### 高齢者総合相談センター

○実態把握の中で「はつらつシニアかんじん帳」の確認と情報整理しておく。

○実態把握で得ている情報があれば提供する。

○入院医療機関を訪問し、実態把握として、情報収集を行う。その際、ケアプラン作成の可能性も踏まえて情報を把握する。

○術後、安定した後、必要に応じて要介護認定の申請手続きの支援を行う。申請後、要介護の可能性があれば、居宅介護支援事業者と連携し、情報提供や同行訪問等、必要な支援を行う。

○暫定利用の可能性も想定し、介護保険サービス事業者とも調整しておく。

○入院医療機関が入院時の家屋調査等を行わない場合、フレイル機能強化型高齢者総合相談センターに相談し、環境調整支援を行うこともできる。

○入院中や退院後に要介護認定により、別のケアマネジャーがついた場合、情報を引き継ぐ。

○介護認定に関わらず、必要に応じて総合相談による支援、包括的・継続的ケアマネジメント支援におけるケアマネジャー支援や在宅医療・介護連携推進コーディネーターとしての役割により、医療機関との調整を行う。

○ケアマネジメント行う上で、医療情報が必要な際に、利用者・家族に了解を得た上で（自己負担が発生するため）医療機関に依頼する。

**【様式 B1：主治医・ケアマネ連絡票】**

# A

## 在宅

### 自宅

#### 相談先・ケアマネジメント

高齢者総合相談センター（要支援1・2）、居宅介護支援事業者（要介護1～5）

#### 特徴

多様なサービスの導入により、要介護度に関わらず、退院後に在宅で暮らすことは不可能ではありません。また、退院後、状態が改善することも多く、入院中の状態だけではなく、入院前の状態も確認しつつ、退院後の生活を見立てることが大切です。支援できる家族の有無・認知症の程度、そして何より本人や家族の希望を確認しながら安易に在宅生活を選択肢から除外しないようにすることも大切です。

疾病管理は十分に行われないことも多く、退院直後の留意点だけではなく、中長期的な視点での留意点も家族・介護職に助言することが必要です。医療的な視点をケアマネジメントに入れるために、医療系サービス（訪問看護や居宅療養管理指導等）の短期間利用も効果的です。なお、その際は、退院時に医療機関から提案すると利用がスムーズに進みます。

#### 費用の目安

- 介護保険適応分：利用するサービスによります（利用者負担段階区分一般：世帯上限4.4万円）

### （看護）小規模多機能型居宅介護

#### 相談先・ケアマネジメント

小規模多機能型居宅介護事業者 ※居宅のケアマネジャーが既にいる場合は、要相談。

#### 対象者

要支援1～要介護5（看護小規模多機能型居宅介護は要介護1～要介護5のみ）

#### 特徴

介護保険でよく使われる「通所」「訪問」「泊り」を包括的に提供するサービスです。包括報酬のため、基本的に利用回数に上限がなく、自宅での介護を施設での介護レベルで対応することを目指しています。

福祉用具貸与の他、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導といった訪問系医療サービスは併用できますが、小規模多機能型居宅介護自体で、支給限度額の多くを使ってしまうため、医療系サービスの量を増やしていく（居宅療養管理指導は可能）というデメリットがあります。ただ、介護職による見守りの機会が多いため、アセスメント初期に、短期間でもよいので医療系サービスを併用し、疾病管理上モニタリングすべき項目を支援者間で共有しておくことも有効です。なお、看護小規模多機能型居宅介護は、看護師の配置もあり、医療ニーズが高い方の在宅生活も支えることができます。

#### 費用の目安

- 介護保険適応分：1万～2万7千円程度（要介護1～5）※看護多機能は1万～3万円程度
- 食費：5百程度/食 居住費：2千円程度/泊

## 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

### 相談先・ケアマネジメント

認知症対応型共同生活介護事業者 ※居宅のケアマネジャーが既にいる場合は、要相談

### 対象者

認知症と診断されている要支援2～要介護5の方

### 特徴

認知症の高齢者が少人数（5～9人の集まり）のユニットを単位として共同住居で生活します。家庭的で落ち着いた雰囲気の中、お世話をしてもらおうというより、各自がその集団の一員として、役割を持ち、スタッフと一緒に家事等の日常生活行為を行います。

認知症対応型共同生活介護を利用している場合、介護保険による訪問看護の利用はできませんが、特別指示書による医療保険での利用や、認知症対応型共同生活介護事業者による負担で利用する場合は可能です。事業者によっては、医療連携体制加算を算定し、連携体制を整えているところもあります。また、介護保険サービスのほとんどは併用できませんが、居宅療養管理指導は利用可能です。

### 費用の目安

- 介護保険適応分：2万～2万5千円程度（要支援2～要介護5）
- 食費：4万5千円程度/月、居住費：6万円程度/月

## ケアハウス

### 相談先

ケアハウス

### ケアマネジメント（介護保険サービスを利用する場合）

高齢者総合相談センター（要支援1・2）、居宅介護支援事業者（要介護1～5）

### 対象者

自立～食事を自分で運べる程度の自立度の方

### 特徴

身体機能の低下等により自立した日常生活を営むには不安が認められ、家族の援助を受けることが困難な原則60歳以上の方向けの軽費老人ホーム（非介護保険施設）で、食事や浴室の提供の他、見守りや相談支援、外出支援等が受けられます。所得に応じてサービスの提供に要する費用が軽減されており、所得の低い方は低額で入所することができます。なお入所時に一時金が必要な場合もあります。なお、介護保険サービスの利用方法は自宅と同様です。

疾病管理上の留意点は、基本的には自宅と同様ですが、施設には相談員がいる点が強みです。疾病管理等で気を付けないといけないことがある場合は、施設の相談員にしっかり伝えておくことが大切です。また、介護保険サービスの利用に制限はないため、必要に応じて訪問看護等の医療系サービスを利用することができます。

### 費用の目安

- 介護保険適応分：利用するサービスによります（利用者負担段階区分一般：世帯上限4.4万円）
- 食費・居住費：8万円～16万円程度/月 ※収入による

## (住宅型) 有料老人ホーム

### 相談先

有料老人ホーム

### ケアマネジメント (介護保険サービスを利用する場合)

高齢者総合相談センター (要支援 1・2)、居宅介護支援事業者 (要介護 1～5)

### 対象者

高齢者全般 (※事業者によっては要介護度、介護保険サービスの利用を要件とするところもある)

### 特徴

①入浴・排泄・食事等の介護の提供、②食事の提供、③洗濯・掃除等の家事、④健康管理のいずれかのサービスを行う施設を有料老人ホームといいます。県への届け出が必要で、入居者保護の観点からいくつかの措置が義務付けられており、高齢者でも安心して暮らすことができます。

疾病管理上の留意点は、自宅と同様ですが、ホームの独自サービスとして健康管理を行っているところもあります。また、介護保険サービスの利用に制限はないため、必要に応じて訪問看護等の医療系サービスを利用することができます。

### 費用の目安

- 介護保険適応分：利用するサービスによります (利用者負担段階区分一般：世帯上限 4.4 万円)
  - 食費・居住費：施設によって大きく異なる (概ね 数万～十数万円)
- ※その他に初期費用として十数万円かかることもある。

## (介護付き) 有料老人ホーム ※外部サービス利用型除く

### 相談先

有料老人ホーム

### ケアマネジメント (介護保険サービスを利用する場合)

特定施設入居者生活介護事業者 (要支援 1・2、要介護 1～5)

### 対象者

要支援 1～要介護 5 の方

### 特徴

有料老人ホームのうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けているものを (介護付き) 有料老人ホームといいます。特定施設入居者生活介護は、施設内のケアマネジャーがケアプランを作成し、施設の職員がサービスを提供します。費用も包括報酬となっており、形としては介護保険施設のような一体的なサービスを提供することができます。なお、必要性が認められれば介護認定を受けていない 3 親等以内の親族等も共に入居することが可能です。

看護師が常駐 (夜間を除く) しており、疾病管理を行うことができます。居宅療養管理指導を除く介護保険サービスの利用はできませんが、必要があれば事業者負担により、その他のサービスを利用することが可能です。なお、医療保険では、施設入居時等医学総合管理、在宅患者訪問診療や、特別訪問看護指示書による訪問看護の提供を行うことができます。

### 費用の目安

- 介護保険適応分：6 千円～2.5 万円程度/月 (要支援 1～要介護 5)
- 食費・居住費：施設によって大きく異なる (概ね 数十万円～数十万円)

※その他に初期費用として十数万円～百万円程度かかることもある。なお、退去時に一部返還されたり、初期費用が高い代わりに月額が安く設定されているプランもある。

# サービス付き高齢者向け住宅

## 相談先

サービス付き高齢者向け住宅

## ケアマネジメント（介護保険サービスを利用する場合）

高齢者総合相談センター（要支援 1・2）、居宅介護支援事業者（要介護 1～5）

## 対象者

高齢者全般

## 特徴

バリアフリー、高齢者支援サービスの提供、契約面での入居者保護を柱とした60歳以上（60歳未満の要支援、要介護者）を対象とする住居で、配偶者等一定範囲の人も同居できます。高齢者支援サービスとして、状況把握、生活相談は必須で、事業者の選択により「入浴、排泄、食事等介助」「食事の提供」「調理、洗濯、掃除等の家事」「心身の健康の維持・増進に関するサービス」等が提供されます。名称の「サービス付き」というのは、これら的高齢者支援サービスのことで、介護保険サービスを利用する場合は、自宅と同様で、別途ケアマネジャーや介護保険サービス事業者との契約が必要となります。なお、高齢者支援サービスとして①入浴・排泄・食事等の介護の提供、②食事の提供、③洗濯・掃除等の家事、④健康管理のいずれかのサービスを行う場合、有料老人ホームにも該当するため、届け出に関する事を除き、有料老人ホームとしての措置が適応されます。よって、ほとんどのサービス付き高齢者向け住宅は有料老人ホームともいえます。

## 費用の目安

- 介護保険適応分：利用するサービスによります（利用者負担段階区分一般：世帯上限 4.4 万円）
- 食費・居住費：有料りょうじんホームと同等

## 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

### 相談先

介護老人福祉施設 ※居宅介護支援事業者（いる場合）

### ケアマネジメント

介護老人福祉施設 ※居宅のケアマネジャーが既にいる場合は、要相談

### 対象者

要介護3以上（※やむをえない事情がある場合は要介護1以上）の方

### 特徴

介護老人福祉施設の指定を受けた特別養護老人ホームで、今でも特養と言われていることが多いです。入浴・排泄・食事等の日常生活上の世話や、機能訓練、健康管理、療養上の世話が包括報酬により提供されます。よく介護保険施設は安いといわれることがありますが、高額介護サービス費の仕組みがあるため、介護にかかる部分の費用は、有料老人ホームを含む在宅とあまり変わりません。むしろ費用の差は、所得によって減額される居住費・食費の差によるところが大きくなっています。また、単純に順番待ちで入所できるわけではなく、入所判定委員会の判定により、必要性が高い待機者（介護の必要の程度、家族等の状況）が優先入所します。なお、原則として要介護3以上の方が入所できますが、やむを得ない事由がある場合は例外的に要介護1・2の方でも入所が認められています。

### 費用の目安

- 介護保険適応分：1.7万～2.8万円程度（要介護度、居室形態による）
- 食費・居住費：1万円～10万円程度（課税状況や資産、居室形態による）

## 介護老人保健施設

### 相談先

介護老人保健施設 ※居宅介護支援事業者（いる場合）

### ケアマネジメント

介護老人保健施設 ※居宅のケアマネジャーが既にいる場合は、要相談

### 対象者

要介護1以上の方

### 特徴

常勤の医師が配置されており、看護、医学的管理の下、介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話が包括報酬により行われます。介護老人福祉施設と異なり、基本的には入所者の居宅における生活への復帰を目指すための施設として位置づけられています。

### 費用の目安

- 介護保険適応分：2.1万～3万円程度（要介護度、居室形態による）
- 食費・居住費：1万円～10万円程度（課税状況や資産、居室形態による）

# 介護医療院

## 相談先

介護医療院 ※居宅介護支援事業者（いる場合）

## ケアマネジメント

介護医療院

## 対象者

要介護1以上の方

## 特徴

長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設です。機能訓練等により居宅における生活への復帰を目指す介護老人保健施設とは異なり、医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設という位置づけとなっています。医師は夜間も含めて迅速な対応ができるように配置されています。

## 費用の目安

- 介護保険適応分：2万～3.7万円程度（要介護度、サービス提供体制による）
- 食費・居住費：1万円～10万円程度（課税状況や資産、居室形態による）

介護保険サービスについては、以下のホームページをご参照ください

○石川県介護サービス情報公表システム：

<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/17/index.php>

○小松市内介護保険サービス事業者一覧：

<https://www.city.komatsu.lg.jp/material/files/group/30/ichiran.pdf>

○小松市内介護保険サービス事業者詳細情報

[https://www.city.komatsu.lg.jp/material/files/group/30/r1\\_syousai.pdf](https://www.city.komatsu.lg.jp/material/files/group/30/r1_syousai.pdf)

### 3. 在宅でよく使われる医療と介護の言葉辞典

#### (1) 医療編

用語	意味
HOT	在宅酸素療法 酸素療法は不足している酸素を補うが、指示の吸入量と吸入時間を守ることが大事となる。酸素は助燃性があるため火気に注意が必要
PEG	胃婁 胃に小さな穴を開け、カテーテルを通して直接胃に食べ物を流し込み、口を介さず直接栄養を摂取する方法。胃婁チューブの閉塞や注入後の瘻孔からの漏れに注意。栄養剤が合わず下痢をする時は医師に相談
SMBG	糖尿病患者が在宅で自己血糖測定を行うこと インスリン自己注射や血糖降下薬を内服している方は、低血糖（血糖値 50mg/dl 未満）に注意が必要。 低血糖症状：動悸・冷や汗、手の震え、生あくび 低血糖時はブドウ糖 10g を内服する
Ba カテーテル	膀胱留置カテーテル 2週間ごと交換が必要。畜尿のバックは感染予防から挿入部より上にあげない。長期間カテーテルを挿入していると細菌感染を起こすことがあるため、発熱や閉塞に注意が必要。水分摂取が大切
MRSA	メチチリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 人の皮膚や鼻腔に常在する菌で通常は無害であるが、高齢者など抵抗力の弱い人が感染すると重症感染症の原因となる。 感染対策は処置を行った後は手洗いを行う。
CV ポート	皮下埋め込み型ポート 中心静脈カテーテルを皮膚の下に埋め込んで薬剤を投与するために使用する。高カロリー輸液・点滴や化学療法時に使用している。 感染を起こす場合があるため、発熱・ポート周囲の腫れ・痛みがないか注意する
VF・VE	嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査 口・喉・食道の動き、誤嚥の有無を評価する 誤嚥予防には、食事の形態や・摂取時の姿勢に注意必要。
Alb (アルブミン)	低栄養の指標（基準値 3.9g/dl 以上）アルブミンが低下すると身体の調整機能の低下、免疫機能の低下などから体調不良になる。アルブミン値が低いと血液内の水が血管外へ移動するため浮腫（むくみ）が起こる。必要量のたんぱく質を摂ることが大切
サクション (吸引)	痰がからんで吐き出せないときや、気管に物を詰まらせたときに吸引し、呼吸を楽にすること。吸引時は口中や気管内の酸素も吸引されるため、顔色や呼吸状態に注意する。吸引圧は設定よりも上げない、吸引時間も長くしないことが大切。
NPPV	在宅で使用できる人工呼吸療法（非侵襲的陽圧換気療法）慢性呼吸不全や睡眠呼吸障害の改善に使用されている。マスクやチューブは1回/週交換し、洗浄・乾燥を行う
COPD	慢性閉塞性肺疾患 慢性的に肺や気管支に炎症が起き続け、気管支が細くなり息切れや咳が続く疾患の総称。原因にタバコの煙が（副流煙も含む）関係している。 息切れや活動時にゼーゼー・ヒューヒューという息使いがみられ、呼吸困難感がひどい場合は医師に相談
ストーマ	手術によってお腹に作られた便や尿の排泄の出口のこと。消化管ストーマと尿管ストーマの2種類がある。人工肛門を造られた方は、食物繊維が多い食品で便の排出が滞ることがあり、イレウスを起こすことがあるので食事内容に注意が必要。
人工透析	血液透析（HD）と腹膜透析（CAPD・APD）があり、血液透析は病院で行い腹膜透析は自宅で行う。腹膜透析は清潔な操作が必要となり、感染すると腹膜炎を起こすため注意が必要。症状は透析液が白く濁る、発熱・腹痛・吐き気・下痢等
心不全	心臓のポンプ機能が低下し、血液を十分に送りだせなくなった状態。症状は疲労感・不眠・冷感・息切れ・呼吸困難・浮腫（むくみ）・咳で寝られない等。症状がみられ、ひどくな

	る場合は医師に相談する。普段から体重を測り 1 週間に 2 kg 以上の急激な増加がないか、尿の量が減り浮腫が悪化していないか注意が必要。
--	---

(2) 介護・福祉編

用語	意味
デイ（サービス）	通所介護
ヘルパー	訪問介護
ショート（ステイ）	短期入所生活介護（介護系）、短期入所療養介護（医療系）。
ケアマネ（ジャー）	介護支援専門員。ケアプランの作成やモニタリングを行っている。医療機関への付き添いにも加算がつく。
居宅	居宅介護支援事業者
ロングショート	ショートステイの長期利用（30日以上）
暫定（利用）	介護認定前にサービスを利用すること。認定の見込みが違うと、全額自費となるリスク（自己負担が10倍）がある。
自費（利用）	介護保険を使わずにサービスを利用すること。通常、介護保険サービスを使う場合の自己負担額は1割負担なので、その10倍かかるはずだが、自費利用のメニューがある場合もある。例えば、福祉用具貸与では、対象外（例えば要介護1の介護ベッド）の福祉用具であっても、1割負担相当額で自費利用できるものもある。
モニタリング	ケアマネジャーが、利用者宅を訪問し、状態を確認すること（原則月1回以上）
変更申請	認定期間内に、介護度を変更するための申請を行うこと。その効力は申請日に遡る。
更新申請	認定期間終了後も引き続き介護保険を利用するため、新たな認定を受けること。その効力は認定期間終了後の翌日から始まる。
グループホーム	介護では認知症対応型共同生活介護のことを指すが、障害福祉サービスでは、精神障がい者が共同生活を行っている住居を指し、全く異なる。
居宅介護	障がい福祉サービスではヘルパーを指す。なお、介護における居宅介護支援（ケアマネジメント）とは全く異なる。
特定施設	住所地特例（住民票が他市に移っても、保険者は変わらない仕組み）の対象となる施設。有料老人ホームや介護保険施設も含む。なお、特定施設入居者生活介護は、介護保険サービスのひとつであり、特定施設とイコールではない。
地域密着型サービス	市町村が指定権者となっているサービス。利用できるのは原則としてその市町村の介護保険被保険者のみ。なお、事業者によっては日常生活圏域レベルでの利用制限をしているところもあるが、法的な根拠はない。
日常生活圏域	介護保険者が介護サービス整備を行う上での基本単位。概ね中学校圏域を指し、小松市においては「丸内・芦城」「安宅・板津」「松楊・御幸」「国府・中海・松東」「南部」の5圏域がある。

#### 4. 退院時に役に立つ市の事業

退院時に役に立つ市の事業をいくつか紹介します。そのほかのサービスについては、「6. 役に立つツール

- (3) 高齢者福祉サービス・インフォーマルサービス一覧」を参照ください。

##### (1) 入退院型短期集中予防サービス

目的	入院後の機能低下を退院後早期に回復するため、短期集中的な機能訓練を行います。また、単に身体機能の向上を図るのではなく、実生活の自立を目指しているため、リハビリ専門職が自宅に訪問し、生活行為上の工夫や助言も行います。
対象者	入退院後で、機能が低下しており、はつらつシニア支援事業対象者に該当する方
内容	状態に合わせた通所（概ね2回/週）と訪問（概ね1回/月）を組み合わせた支援原則として3か月で終了（必要に応じて6か月まで利用可）
費用	通所：500円/回 訪問：無料
その他	利用については、高齢者総合相談センターにご相談ください。

##### (2) 配食サービス

目的	低栄養の改善を目的とした「フレイル改善型」と、経済的困窮による低栄養の改善を目的とした「福祉型」があります。※従来の「見守り型」は既存利用者のみ
対象者	65歳以上の高齢者のみ世帯及びこれに準ずる世帯 ※要アセスメント
内容	必要に応じて2食（昼・夜）まで配食可能 ただし、祝日・1月2日,3日は除く（業者の営業日は利用可）
費用	1食分:380円～500円 ※業者毎、弁当の種類により金額は異なります
その他	利用については、高齢者総合相談センターにご相談ください。

##### (3) 認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業

目的	認知症高齢者が、迷子になった際、迅速に見つけられるよう、あらかじめ写真等を登録しておき、行方不明時に活用します。なお、登録者は、認知症賠償保険の加入や、服や持ち物に貼って使えるIDタグステッカーが無料でもらえます。
対象者	小松市内に在住し、認知症等の病気により行方不明となる恐れがある方（施設入所者も利用可）
内容	・顔写真を含めた本人情報の登録と行方不明時の活用 ・IDタグ付きステッカー（みまもりあいアプリ用： <a href="https://mimamoriai.net/">https://mimamoriai.net/</a> ） ・認知症賠償保険加入
費用	無料
その他	利用については、高齢者総合相談センターにご相談ください。 登録には親族や成年後見人等の同意が必要です。

## 5. 市が行っている（養成している）研修

市では、医療・介護専門職を対象に様々な研修を開催しています。いずれも市の施策に沿って実施されていますので、ぜひ受講ください。

### （1）認知症ケアコミュニティマイスター養成講座

目的	認知症に関する正しい知識、支援スキルを身に着けるとともに、認知症の方やその家族にやさしい町づくりのため、自らアクションを起こすことができる人材を養成する。
内容	概ね計 9 日間 45 時間の講座 「認知症の理解」「認知症高齢者の理解」「認知症高齢者へのケア」「地域づくり」
受講後に期待されること	認知症ケアコミュニティマイスターの会への加入・活動 地域でのプロボノ活動（専門性を活用したボランティア活動）
費用	無料

### （2）コンチネンスパートナー養成講座

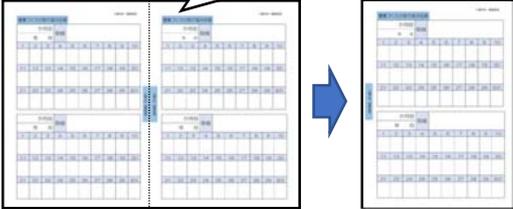
目的	在宅介護をあきらめる大きな要因の一つである排泄の問題について、専門的なアセスメントを用いて相談に乗ることができる人材を養成する。
内容	排尿のアセスメント・ケア 排便のアセスメント・ケア おむつ等の使い方 骨盤底筋の知識
受講後に期待されること	排泄のよりよい相談窓口すっきりんの設置と、相談・ケア
費用	無料

### （3）在宅医療・介護連携推進研修

目的	主にグループワークを中心とした研修により、医療職と介護職の顔の見える関係づくりを推進するとともに、知識・スキルの向上を図るために実施する。
内容	医療・介護に関連した内容の研修
受講後に期待されること	研修で学んだ知識・スキルによる日々のケアの向上 構築された顔の見える関係づくりを活用した連携の推進
費用	無料（講師によっては数百円の自己負担）
その他	小松市医師会に委託して実施

## 6. 役に立つツール

### (1) はつらつシニアかんじん帳

内容	<p>○こま Q カード（こまったときのごまつ救急カード） &amp; もしものときのあんしんシール</p> <p>こま Q カードは、もしもの時に、救急隊や医療機関が最低限知りたい情報を整理したものです。また、もしものときのあんしんシールを玄関等に貼っておくと、いざという時に「こま Q カード」や「はつらつシニアかんじん帳」の有無や場所を救急隊等に伝えることができます。</p> <p>○わたしのこと</p> <p>自分自身の生活歴や好みをあらかじめ整理しておくことで、意思表示できなくなった時でも、自分に合ったケアの提供を受けやすくなります。</p> <p>○支援してくれる人たち</p> <p>どのような支援を、誰から受けているかの情報を整理しておくことで、周囲の支援者同士が連携し、より良いケアを提供することができます。</p> <p>○介護予防・健康管理</p> <p>いつまでも健康で自立した生活を送るためには、支援を受ける以上に、自己管理が重要となります。記録することで、自分の変化に気付くことができ、また、専門職からの助言をもらうことができます。</p> <p>○わたしの願い</p> <p>疾病等により、自らの意思を伝えられなくなった際に、どのような治療を選択してほしいか、あらかじめ家族と話し合い、その過程を記載することができます。また、亡くなった後のこと（エンディングノート）についても記載することができます。</p>
入手方法	<ul style="list-style-type: none"><li>・介護認定の新規申請時に配布</li><li>・希望者に長寿介護課窓口で配布</li><li>・希望者に高齢者総合相談センターで配布</li><li>・協力医療機関に設置し、希望者に配布</li><li>・ホームページでデータをダウンロードし、自分で印刷</li></ul> <div data-bbox="1034 1088 1471 1323" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"><p>ホームページから A4 用紙に印刷し、二つ折りにするとちょうどはつらつシニアかんじん帳サイズになります。二つ穴をあけてご利用ください。</p></div> <div data-bbox="375 1323 608 1554"></div> <div data-bbox="901 1350 1414 1559"></div>

## (2) 医療と介護の連携様式

### ①入退院支援に役立つ様式

#### A1 入院時情報提供書

内容	入院時に医療機関が必要としている情報（特に退院支援対象スクリーニングに活用するための情報）を整理しました。できれば、日頃から情報を整理しておき、入院後3日（遅くとも7日以内）以内の情報提供に努めてください。情報提供時には、ケアプラン等も添付するとよいでしょう。
----	--

#### A2 退院・退所情報記録書

内容	この様式は、医療機関が作成するのではなく、ケアマネジャーが医療機関に訪問し、医療従事者や患者・家族から聞き取った情報を整理することを想定しています。退院時の情報は看護サマリー等により得ることが多いでしょうが、それをもって情報を把握したとするのではなく、聞き取り等により、包括的に情報を把握し、また、咀嚼することが必要です。裏面は課題整理総括表を作成するための情報整理となっていますが、より自立支援を目指すのであれば、C生活機能評価表（退院時評価用）もご活用ください。なお、小松市の独自項目として、「再発リスク」が設けてあります。高齢者にとって、多くの疾患は、完治するというより、それを持ちながら暮らしていく必要があるものがほとんどです。そして、それらの再発を予防するのは、本人を見守り、悪化の兆候に気づく機会が多い介護職にかかっているといっても過言ではありません。少なくとも、入院の原因となった疾病について、再発のリスクについて確認し、予防のための生活や、モニタリングすべき点、医療に繋ぐべき基準等について確認するようにしましょう。
----	--

#### A3 生活機能評価表（退院時評価用）

内容	ADLやIADL等の入院前や入院中、今後について、自立度に加えて、困難度と改善可能性を加味した評価を行うものです。具体的には○1・○2・△1・△2・×1・×2で評価されますが、これらは順序尺度ではありません。○・△・×は自立度を表し、○は自立、△は一部介助、×は全解除です。1・2は○の場合は困難度、△・×の場合は改善可能性を表します。例えば、能力的にはできるが、していない行為の場合（例：家事は妻に任せきりの夫の調理）、評価は×1となります。また、○とは介護保険サービス等を使わない場合の評価であり、例えば、閉じこもり高齢者がデイサービスに行ったからといって、○にはなりません。なお、改善できそうな項目があっても、本人が希望しないこともあります。改善できるからと言って全てをケアプランに盛り込む必要はありません。さらに、本評価表では、阻害要因の背景要因も掘り下げられるようになっています。例えば、同じ下肢筋力の低下（阻害要因）であっても、その背景要因が不可逆的なもの（脳梗塞による麻痺）なのか、改善可能なもの（廃用）なのか等によって、適切な支援は異なってきます。介護保険は「サービスでやってあげる」ためのものではなく、あくまでも本人の自立を促すものです。そのためには、より掘り下げたアセスメントが不可欠です。そのために本評価表をご活用ください。
----	---

#### A4 高齢者総合相談センター連絡票

内容	高齢者総合相談センターには総合相談機能（高齢者の包括的な相談）の他、包括的・継続的ケアマネジメント支援機能（ケアマネジャー支援）があり、また、在宅医療・介護連携推進コーディネーターも配置されているため、入退院時の支援を、自立から要介護まで、ケアマネジャーの有無に関わらず支援をすることができます。迅速な支援のための情報を整理しましたので、医療機関が高齢者総合相談センターと連携する際にご活用ください。
----	--

#### ②日常の療養支援に役立つ様式

##### B1 主治医・ケアマネ連絡票

内容	主治医との連携について、緊急性のあまりない場合に活用する様式です。本当は電話で気軽に相談できればよいのですが、各診療所の医師は、患者を診ながら対応してくれています。在宅医療・介護連携推進会議では、医師から「結局何を求めているのか分からない」といった意見もありました。連携のポイントは①目的（情報提供しただけなのか、助言が欲しいのか、何かアクションを起こしてほしいのか）、②情報が事実なのかケアマネの見解なのか、といった点について、③端的に（箇条書きのように）伝えることです。医師への連絡が必要な状況は、ケアマネにとっても大変な状況でしょうが、大変だった経緯や想いはいったん横に置いておき、効率的かつ効果的な連携に努めましょう。
----	---

##### B2 診療情報提供書

内容	通常は、本人の診療に関する情報は、介護申請時の主治医意見書からの把握することが多いかもしれませんが、病状が変化したり、はつらつシニア支援事業を利用したりする場合（介護認定を申請していない）等には、ケアマネジメントのために必要な情報を診療情報提供書で依頼することができます。本人の自己負担（医療保険）が発生するため、あらかじめ本人に同意を得た上で、B1 主治医・ケアマネ連絡票と B2 診療情報提供書様式を本人に渡し、次の受診時に提出を依頼するとよいでしょう。
----	---

#### ③急変時の対応に役立つ様式

##### C1 訪問看護師用傷病者連絡票

内容	訪問看護利用時に救急車を呼んだ際、救急隊が把握したい情報を整理しました。看護師に関わらず、救急車を呼ぶ際にわかる範囲でご活用ください。
----	---

#### ④看取り支援に役立つ様式

○はつらつシニアかんじん帳の「わたしの願い」をご活用ください。

### ⑤その他疾病管理等に役立つ様式

#### M1 心不全患者を支援する際にモニタリングすべき項目

内容	心不全になってしまうと、治療後も完全に回復はせず、再発するたびに心機能は低下していきます。ただ、苦しさ等は治療により軽減するため、内服や水分制限等が守られず、結果として再発につながってしまいます。ケアプランでも「受診しているから大丈夫」というアセスメントがされていることが多いですが、悪化の兆候に気づけるのは、月に数回の受診ではなく、毎日のように見守っている介護職です。ケアマネジャーに対して行った調査では、「医療につなぐ基準がわからない」といった意見が多くあり、石川県心不全連携パスを参考に作成しました。ぜひご活用ください。
----	---

#### M2 排泄ケア関連様式

内容	排泄の問題では、失敗に対する介護負担に注目されがちですが、そもそもその失敗に何か改善できる点がないのか、専門的にアセスメントすることが大切です。「仕方ない」とあきらめるのではなく、排泄アセスメント票や排尿チェックシート、排便チェックシートを活用してみてください。活用については、市が養成している「コンチネンスパートナー」に相談してみましよう。
----	---

### (3) 高齢者福祉サービス・インフォーマルサービス一覧

以下のホームページに市の事業やインフォーマルサービスを整理して公開しています。

<https://www.city.komatsu.lg.jp/soshiki/choujukaigo/iryokaigo/8518.html>

