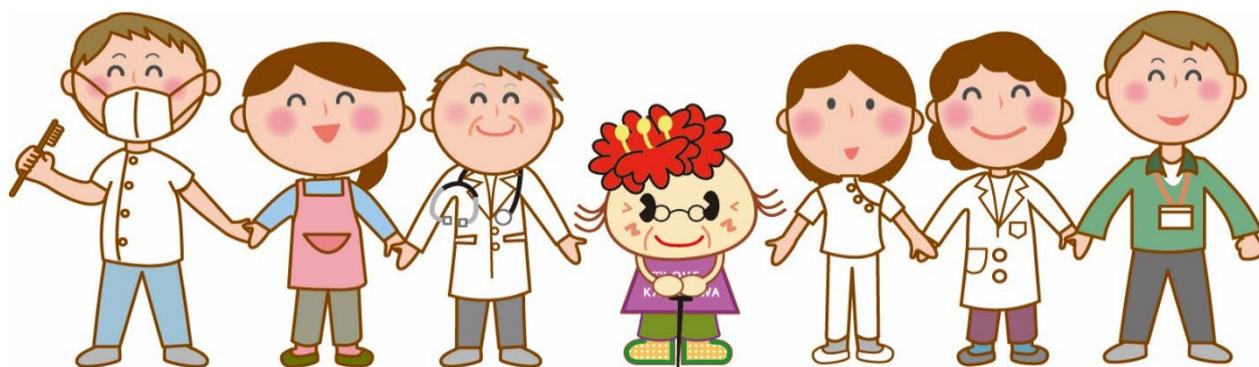


# 連携ハンドブックかなざわ

～ みんなでささえる医療と介護 ～



※ 表紙のイラストは、金沢区幸せお届け大使の  
ぼたんちゃん(右)が高齢になっても金沢区で  
医療・介護関係の多職種の連携により、  
安心して住み慣れた地域で暮らし続けられる  
イメージです。



金沢区幸せお届け大使  
ぼたんちゃん

◆参考にさせていただいた資料◆

- 在宅療養連携推進よこすかエチケット集（横須賀市）
- 名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン（名古屋市）
- 医療と介護の連携を支援するはこだて入退院支援連携ガイド（函館市医療・福祉連携推進協議会）

# はじめに

現在わが国では、高齢化が急速に進み、団塊の世代全員が85歳以上となる2040年には、金沢区の高齢化率は40.0%に達すると見込まれています。高齢者数もピークを迎え、病床不足などから在宅医療のニーズも一層増加することが予想され、入院による療養から在宅医療・介護までのサービス提供体制の一体的な確保が急務となっています。

そうした状況に対応していくため、金沢区では、在宅医療の連携拠点として平成27年1月に「金沢区在宅医療相談室」を設置し、多職種連携会議の実施や在宅医療を担う人材の育成等を通じて、区内における在宅医療と介護の連携を推進して参りました。

そして、平成27年8月に実施した「金沢区在宅医療・介護関係団体・機関連絡会」で、「連携をより一層進めるためには、ワーキンググループにより具体的なツールを作成しては」という提案がなされ、関係する方々へのアンケート調査の実施、グループワークによる意見交換等を重ね、その中で出たご意見のエッセンスをまとめたものが、この「連携ハンドブックかなざわ」です。

令和5年度より話し合いをすすめ、令和6年度には、増加するニーズに対する課題解決のための意見交換の場等の発展的な会とするため「かなざわ医療・福祉連携の会」に名称を変更しました。

他職種を知り、多職種がつながってご本人、ご家族を支える。そのために必要なのは何か。「連携ハンドブックかなざわ」の冊子の名称を決めるだけでも様々な意見が出され、想いを形にする難しさを実感しました。作成当初の想いを引き継ぎながら、引き続き、課題を話し合い、そこで出た言葉を丁寧に拾い上げ、より良い地域づくりに取り組んで参ります。

このハンドブックは完成品ではありません。手に取っていただいた皆様の声で改訂されていきます。いつまでも役立てていただけるよう、お気づきの点等がありましたら、いつでもご意見をお寄せください。

# 目次

1	よりよい連携のために	
(1)	すべての職種の方へ	1
(2)	ケアマネジャーのみなさんへ	2
(3)	医師のみなさんへ	4
(4)	病院スタッフのみなさんへ	5
	* 患者さんが急変したときは	6
2	多職種多機関を知ろう	
(1)	ケアマネジャー	9
(2)	地域包括支援センター	10
(3)	在宅医療相談室	11
(4)	訪問診療（医科）	12
(5)	訪問診療（歯科）	13
(6)	薬剤師	14
3	金沢区内での医療・介護連携の取組	15
4	医療・介護 多職種連携の事例	16



## 1 よりよい連携のために



### (1) すべての職種の方へ



職種が違って、患者（利用者）の安心・安全な生活を支えたい想いは一つです。よりよい連携のために、お互い丁寧な対応を心がけ、患者（利用者）のために協力していきましょう。

#### ○顔の見える関係を作りましょう

日頃から情報交換をし、相談しやすい関係を作っておきましょう。

#### ○他職種から得たい情報を明確にし、自身の持っている情報も提供しましょう

#### ○他職種と連絡をとる時には、どの程度急ぐ用件かを考慮しましょう

急ぎの用件でなければ、相手も対応できる時間にするとゆとりがもてます。

#### ○患者（利用者）の名前はフルネームで伝えましょう

また、必要に応じて生年月日等で確認しましょう。連絡の際、自分の所属・職種と名前をはっきり正確に伝えましょう。

#### ○各職種独特の用語は避け、分かりやすい表現で伝えましょう

医療職も介護職も自分の業種以外の専門用語は慣れていないため、分かりやすい言葉を使いましょう。

#### ○カンファレンス、担当者会議などの日程調整は早めに行いましょう

皆さん限られた時間の中で仕事をしているため、急な日程調整は難しい場合があります。

#### ○担当者不在の際にも緊急対応ができるような体制を整えておきましょう

事業所ごとに担当者不在時の取り決めを共有またはマニュアル化しておきましょう。

#### ○入退院時にはそれぞれの情報を提供・共有しましょう

入院時に情報を提供しておくことで、退院時の情報を得やすくなります。

#### ○意思決定のプロセスを共有しましょう

ご本人の意思を尊重した支援を支援者間で連携して行いましょう。

#### <看護サマリーや診療情報提供書等について>

- 基本的には医療職間での情報提供ツールです。
- 利用者本人の同意があれば、関係機関間で共有することができます。





## (2) ケアマネジャーのみなさんへ



ケアマネジャーは、利用者のサービスを調整する上で要となる存在です。ケアマネジャーが情報の集約・発信の中心となることで多職種連携がスムーズに行われます。

### ◆ 関係機関へ連絡する前に

#### ○ 利用者・家族から確認できることは聞き取りをしましょう

病院から渡された資料や病気・薬の説明書等も活用しましょう。

#### ○ 利用者の同意を取りましょう

利用者本人の事だけでなく、家族の情報も取り扱う事について、合わせて同意を得ておくと良いです。

#### ○ 緊急な用件かを判断し、連絡方法について考えましょう

#### ○ ケアマネジャーの受診同行が可能か確認をしましょう

#### ○ 聞きたい内容を明確にしましょう (P3 情報収集メモ 参照)

知りたい情報は何か？

他職種に専門的に伺いたい内容のみにしぼりましょう。

### ◆ 関係機関への連絡

#### ○ 相談方法はどのような方法がよいか、各関係機関に確認しましょう

方法には電話、受診同行、FAX、メール、アポイントメントをとっての訪問等があります。

#### ○ ケアマネジャーであることを説明しましょう

ケアマネジャーの仕事内容を知らない方もいらっしゃいます。

### ◆ 在宅時

#### ○ ケアプランの変更があった際は、各事業者やかかりつけ医、薬局にもお知らせしましょう

#### ○ ケアマネジャー不在時の緊急時などの連絡体制を事業所内で整えておきましょう

#### ○ 区分変更時は、各事業者へ報告しておきましょう

請求に影響する場合があります。

#### ○ 連絡ノートやファイルなど、情報共有の方法を考えておきましょう

#### ○ 訪問看護や訪問リハビリテーション等の医療系サービスの利用について、本人・家族より希望があった際には、必要性や内容等について医師に相談し確認しましょう

本人・家族が受診時に医師に確認する場合には、担当ケアマネジャーの名前や趣旨がわかる手紙などを用意して渡してもらうなど、医師と連携を取れるような工夫をしましょう。

## ◆入退院時

○入退院時は在宅サービスで関わる事業者（訪問看護・訪問介護・訪問診療医・訪問歯科医・薬剤師等）に早急に連絡しましょう

○入院先に在宅での生活の様子を知らせ、退院時に情報を得られるようにしておきましょう

本人・家族から聞き取れることは聞き取りましょう。

○退院時、カンファレンスが必要な場合には早めに希望を伝えましょう

○カンファレンス時には在宅サービスで関わる事業者（訪問看護・訪問介護・訪問診療医・訪問歯科医・薬剤師等）にも声をかけ、得たい情報を確認しましょう

○退院後の在宅サービスを整えるため、退院前に利用者情報を収集しましょう

- 1 本人・家族からの聞き取り
- 2 カンファレンスの参加
- 3 上記で確認できない場合は、病棟訪問し、看護師や医師に話を聞ける時間を作ってもらおうなど

### <<情報収集メモ>>

- 自己紹介
- 利用者名（フルネーム・診察券番号）
- 困っている内容（本人・家族の希望と心配等）
- \*在宅での生活状況もあわせて説明しましょう
- 確認したい内容
- 現在までの経過と治療内容・治療方針
- 今後、予見される体調変化等

◇◇退院時カンファレンス等、必要に応じて◇◇

- 医療処置を行っている人は、在宅で継続するための使い方は習得できているか（機器や消耗品は準備できているか等）
- 介護方法・介助方法は習得できているか
- 服薬管理・食事制限等
- 退院後の通院予定について
- 今後の体調変化時のフォローについて

※他機関から情報収集する際、確認事項の目安として参考にしてください。  
※すべての項目を聞く必要はありません。適宜、必要な内容を加えてご活用ください。

退院調整をスムーズにするための情報共有ツールもご活用ください!!

「入院・退院サポートマップ」

「入院時・退院時 情報共有シート」

「看取り期の在宅療養サポートマップ」

<https://www.city.yokohama.lg.jp/kenko-iryoku-fukushi/kenko-iryoku/iryoku/zaitaku/tainchouseitool.html>





### (3) 医師のみなさんへ



介護保険サービスを導入している患者さんには、サービスの計画を立てるケアマネジャー（仕事の内容はP9 参照）をはじめ、様々な職種の人関わっています。

#### ○書類はなるべく早くきれいに、生活上の留意点を含めて作成しましょう

介護保険主治医意見書、訪問看護指示書、訪問薬剤師指導指示書などは医療専門職だけが読む書類ではありません。略語は使わず、読みやすい字で書きましょう。病歴とともに服薬の状況や生活上で気を付けてほしい身体状況、ケア実施是非の判断に必要な血圧値などの目安を書きましょう。

#### ○専門用語の使用に気をつけましょう

- ・参考 「病院の言葉」を分かりやすくする提案

<https://www2.ninjal.ac.jp/byoin/>

#### ○かかりつけ医は急変時の対応方法などを、あらかじめ示しましょう

医師は緊急を要する症状や状態などをあらかじめ家族やケアマネジャーへ知らせておきましょう。また、急変時の対応方法や連絡先、手段などをあらかじめ示しておきましょう。

#### ○病院医師は退院時処方の際、薬の一包化など正しく内服でき正しく使える管理ができるよう、特別な配慮が必要か家族やケアマネジャーに確認しましょう

在宅における薬の管理は重要です！

#### ○ケアマネジャーやサービス提供者が診察に立ち会う必要性をご理解ください

在宅を支えるケアマネジャーにとって医師の判断や評価は貴重な情報です。本人家族から客観的な情報を入手できない時には、診察に立ち合うことで医師との連携が可能です。

#### ○訪問歯科医師や薬剤師とも連携をとりましょう

在宅療養において、口腔清潔や薬の管理はとても重要です。訪問歯科医師や薬剤師が介入している患者さんも増えてきています。



#### (4) 病院スタッフのみなさんへ



介護が必要になる患者さんが退院し自宅に戻る際は、入院中に関係者間のカンファレンスを行なうことで、患者さん家族はより安心して退院を迎えることができ、在宅生活の安定につながります。

- 訪問診療が必要と判断される場合、まずはかかりつけ医に訪問診療について確認・相談しましょう  
普段は訪問診療をしていない医療機関でも、長く経過を診ている患者さんの場合やその状況により訪問することもあります。
- 退院前に、本人や家族へ介護・看護方法や生活上の留意点を指導しましょう  
指導が退院までに十分行えなかった場合でも、どの程度できているかをケアマネジャーへ情報提供しましょう。
- 退院日の予定を早めにケアマネジャーに知らせましょう  
退院前カンファレンスの準備や介護サービスの調整にはある程度の時間が必要です。早めに予定が分かれば調整がしやすくなります。
- 退院時は、入院中や退院時の薬の情報をかかりつけ薬局へ引き継ぎましょう  
退院時に使用された薬の内容について、別紙やシールでお渡しするなどし、かかりつけ薬局薬剤師が確認できるようにしましょう。
- ケアマネジャーやヘルパー、訪問看護などのサービス提供事業者は家族の代わりにはなれません  
同意書へのサインや救急車同乗を強くは求めず、情報の共有・連携を図りましょう。
- 医師・看護師・栄養士・薬剤師・理学療法士等、次の療養先の同職者へ情報提供しましょう、福祉職と情報を共有するときは本人または家族へ同意をとりましょう



## 患者さんが急変したときは



### ◆救急車を呼ぶべきか迷ったら

横浜市救急相談センター（#7119）を活用しましょう。

☎#7119または☎045-232-7119 でつながり、年中無休24時間対応しています。

① 診療できる病院・診療所の案内

② 症状に基づき、緊急性や受診の必要性を看護師がアドバイス

緊急性が高いと判断された場合は、消防の司令センターに電話が転送され、救急車を呼ぶことができます。

PC・スマートフォンで確認する場合は、

①横浜市内ウォークイン情報、②横浜市救急受診ガイド で検索してください。

### ◆119番通報のポイント（慌てず司令管制員の質問に教えてください。）

①救急出場を迅速にするため、行政区から建物名まで、正確な住所を伝えましょう。

施設入所者の場合、施設名のみでは伝わりません。

②具合の悪い人、ケガをした人などの容態を、きちんと伝えましょう。

持病があるのか、かかりつけ医はどこかも答えられるとスムーズです。

③救急隊が到着した際に建物入り口まで、案内に出るようにしましょう。

電話の近くに、住所等を書いたものを貼っておくと、あわてません。

### ◆救急隊が到着した時のポイント

救急隊は必ず、患者さんの主訴と経過をお聞きします。あらかじめ、必要事項をまとめた情報提供用紙などを用意しておく、医療機関搬送までの時間を短くすることができ、患者さんの負担を減らすことができます。

金沢消防署が金沢区三師会監修の下、次頁の情報提供用紙を作成しています。

救急隊への情報提供用紙をあらかじめ用意しておく、スムーズです。

### ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ 救急車を呼ぶということは ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

救急車を呼ぶということは病院で治療してもらうことに繋がっています。そのため、患者さんが望んでいないような治療を受けることもあるかもしれません。患者さんの意思をあらかじめ把握しておき、日頃から急変時の対応についてかかりつけ医と支援者で話し合い、情報共有しておくことが重要です。

# 救急情報提供用紙

コピーしてお使いください

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 名前	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所・電話番号	※アパート・マンション名、号棟・号室までご記入ください
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
既往歴 (病歴)	
かかりつけの病院	
日常生活 (ADL)	意思疎通 (可能・一部・不能) 歩 行 (寝たきり・車いす・杖・自立)
認知症 (程度)	重 ・ 中 ・ 軽 ・ なし
延命処置等治療に関する意思表示	書面等あり ・ 書面等なし
緊急連絡先	- (続柄 )

※ 太枠内は、事前に記入しておいてください。

※ 記入した内容に変更が生じた場合は、その都度修正してください。

## 救急車を呼ぶか判断に迷ったら

主治医や訪問看護師等に  
連絡し指示を受ける

- ・ # **7①①⑨** または **045-232-7119**  
に電話をかけて相談する
- ・ PCやスマートフォンで緊急性を確認

横浜市救急受診ガイド

検索



が必要

**1①⑨**番通報

救急車が来るまでに 

- 火の元の確認と戸締り
- 健康保険証・医療証・お薬手帳・診察券などを用意
- 家族など緊急時の連絡先の用意
- お金（病院代や帰りの交通費）
- その他必要なもの
- 点線枠部分の記入



救急要請に至る経過 (いつから何がどうなったか)	
最後にいつもどおりだったのは？	
病院連絡	済 ( ) 病院) 未
家族への連絡	連絡済 • 未連絡 (連絡済電話番号 : )

※ 救急要請時には、点線枠内を記入してください。記入ができない場合は、口頭での説明をお願いします。

施設・担当者名等	
----------	--

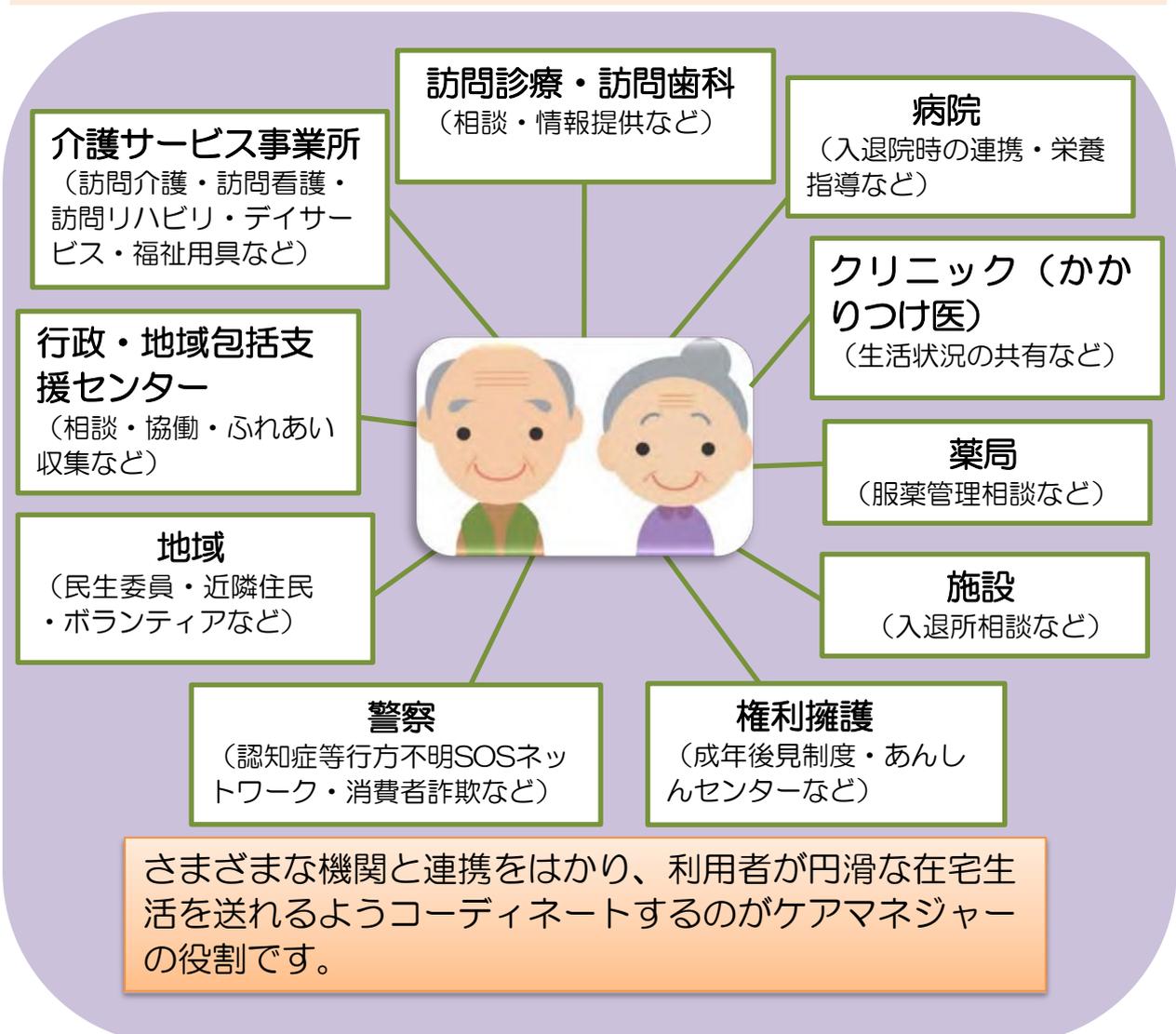
## 2 多職種多機関を知ろう

### (1) ケアマネジャー

ケアマネジャーは介護に関する専門職であり、福祉や保健医療の分野での実務経験がある人が取得できる公的資格で、正式には「介護支援専門員」といいます。

ケアを必要とする方の希望や心身の状態等を考慮して、自立した日常生活を営むために最適なケアが受けられるよう、総合的なコーディネートやマネジメントをするのが主な仕事です。

具体的な業務は、利用者との面談、ケアプランの作成、介護サービスを提供する施設や事業所との調整、行政、医療機関、地域との連携、適切な福祉サービスが行われているか確認することなどです。



## (2) 地域包括支援センター

\* 地域包括支援センターは、高齢者の生活を支える身近な福祉の総合相談窓口です。

\* 金沢区内の地域包括支援センターは、各地域ケアプラザ内にあります。

### たとえば・・・

- ・ 介護保険の申請をしたい  
(★区役所・地域包括支援センターにて、介護保険の申請を受け付けています)
- ・ 一人暮らしを続けられるか不安になった
- ・ 家に閉じこもりがちで気持ちが塞いでしまう
- ・ 足腰が弱って買物や日常生活で少し不安がある
- ・ お金の管理や契約に自信がない
- ・ 最近、物忘れが気になっている（両親の物忘れが気になる）など



### 〈地域包括支援センターの主な役割〉



地域包括支援センター

#### 総合相談

- ・ 住民の各種相談を幅広く受け付けております。



#### 介護予防の普及・啓発

- ・ 自立した生活が継続できるように健康体操・栄養改善口腔ケアなど予防教室を開催しています。



保健師等 社会福祉士 主任ケアマネジャー

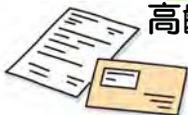
#### 介護予防支援

- ・ 要支援 1、2 と認定された方のケアプラン作成を行います。

### 3 職種チームアプローチ

#### 権利擁護、虐待の早期発見・防止

- ・ 成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応など



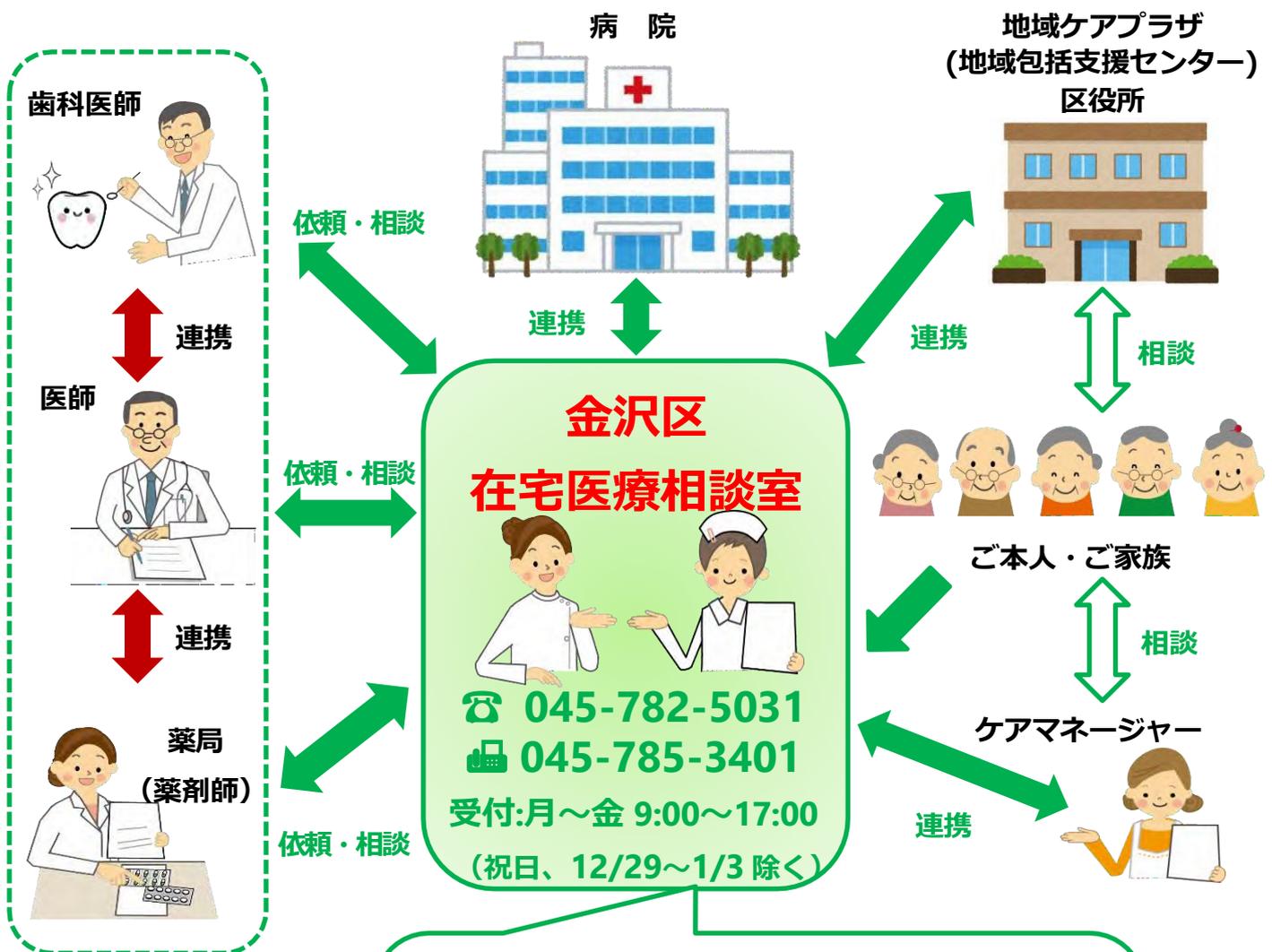
#### で行います

#### 包括的・継続的ケアマネジメント支援

- ・ 「地域ケア会議」等を通じたケアマネジメント支援
- ・ ケアマネジャーからの相談受付など

### (3) 在宅医療相談室

多くの方が病気を抱えても住み慣れた家等で療養し、自分らしい生活を続けたいと望んでいます。そのためには、医療・介護の連携が必要です。市民の皆様が安心して、継続的な在宅医療・介護を受けられるように、横浜市と金沢区三師会では在宅医療支援のため新たな取り組みを始めております。



#### 【ご利用できるご相談例】

- 在宅療養の相談をしたい。
- かかりつけ医を探している。
- 往診可能な医師・歯科医師を探している。
- 訪問してくれる薬局を探している。
- 訪問看護・介護の事が知りたい。

※相談・支援のほか、多職種間連携会議や市民向けの講演会等も開催します。

金沢区在宅医療相談室

住所：横浜市金沢区金沢町48

金沢区三師会館内

## (4) 訪問診療（医科）

金沢区在宅医療相談室 ☎045-782-5031

訪問して診察を行います。病状や体調が悪くなる前に対応を図ることが目的です。月に2度の訪問診療を行うため、容体悪化の予防や施設にいながらの長期療養も可能です。定期的、計画的に訪問し、診療、治療、薬の処方、療養上の相談、指導等を行います。

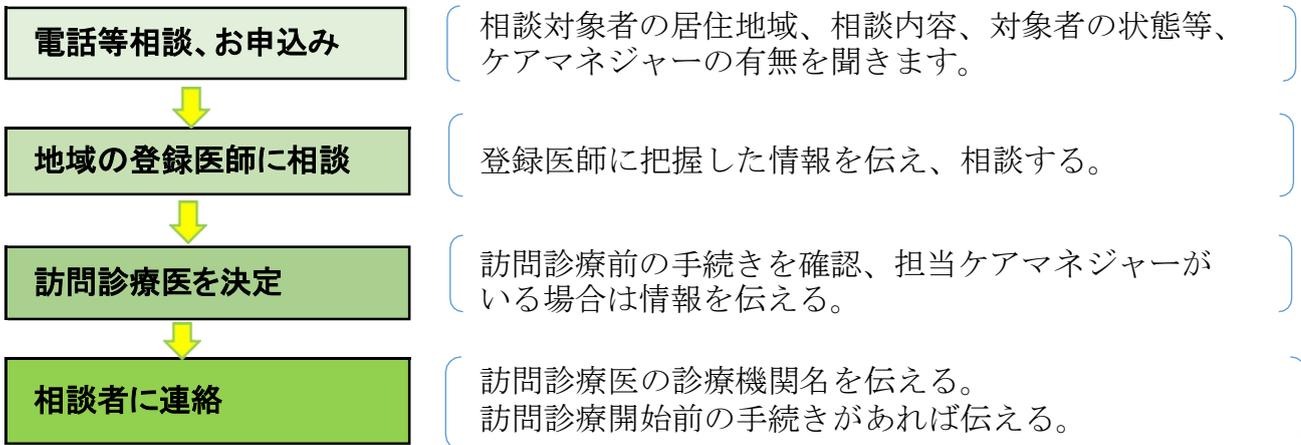
### 《訪問診療対象の方》

- 継続的な診療が必要で通院が困難な方
- 年齢、性別、疾患状況、程度は問わない
- 病院への通院が困難
- 寝たきり、または寝たきりに準じる
- がんなどの治療を自宅、施設で行っている
- 退院後、自宅・施設で療養生活を送る
- 自宅・施設での在宅酸素やカテーテルなどの医療管理が必要
- 自宅で緩和ケアを希望



pixta.jp - 7679306

### 《訪問診療（医科）相談の経過》



費用は医療保険において、1か月に2回の訪問診療で院外処方箋を交付する場合、おおよそ7000円（1割負担）となります。3割負担の方は、おおよそ20000円となります。その他に、採血検査、心電図などを実施した場合は別途、費用がかかります。在宅酸素等の医療機器を使用する場合やがんなどの治療を行う場合も医療保険に含まれますが別に負担金がかかります。

### 『往診について』

往診とは、通院できない患者様の要請を受けて、医師がその都度、診療を行う事です。普段からお世話になっているかかりつけ医にお願いして診察に来てもらうものです。

## (5) 訪問診療（歯科）

金沢区在宅医療相談室 ☎045-782-5031 📠045-785-3401

健康な身体はお口の健康維持からはじまります。お口の中を健康に保つ事は、お口ばかりではなく身体全体の健康維持に様々な効果があります。在宅や施設で療養されていて歯科診療所への通院が困難な方を対象に、入れ歯や虫歯の治療や口腔ケア、摂食・嚥下指導などを行っています。

### 《お困り事はありませんか？》

- 入れ歯が合わない。
- 口の中に痛いところがある。
- 食事をよくこぼす、上手く飲み込めない。
- 誤嚥性肺炎の予防。
- 口臭がきつい。
- 寝たきりでお口にどのようなケアをしたら良いか分からない。



・・・などなど様々な症状にお悩みの方はご相談ください。

### 《訪問歯科診療の進め方》

\*ご本人・ご家族・医科主治医・ケアマネジャーと連携しサポートさせていただきます。

#### 1: 電話等相談、お申込み

相談対象者の居住地、相談内容、全身状態等、担当ケアマネジャーの有無を確認します。

#### 2: 訪問歯科診療所の決定

近隣の協力歯科診療所を決定いたします。多職種連携により、お体の情報を共有し歯科診療を安全に行います。

#### 3: 訪問歯科診療開始

治療方針について説明、治療計画を提案し治療を開始します。

#### 4: アフターフォロー

口腔環境・機能維持の為、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士が定期的に口腔ケアを行います。

### 《費用について・・・》訪問歯科診療はすべて保険適用となっています。

訪問歯科診療を受診する場合は、各種保険が適用できます。

治療費は、医療保険の訪問診療料と介護保険の居宅療養管理指導料の合算で、往診代として1回につきおおよそ2000円（1割負担の方）位で、治療内容に応じて（虫歯・入れ歯治療）別途費用がかかります。

居宅の方のみ居宅療養管理指導料がかかります。

★介護保険による【居宅療養管理指導】は介護給付限度額には含まれません。

## (6) 薬剤師

### 薬剤師訪問サービスについて相談したいとき、まずご確認ください

現在服薬中の場合、「薬情」（お薬説明書、カラー刷りで薬の写真が掲載されている）や薬袋などの帳票をご確認ください。

その薬局が訪問サービスを行っている場合、「居宅療養管理指導」ができる旨の記載があります。  
かかりつけ薬局、または近隣の薬局がスムーズな情報提供・連携の図りやすさにつながります。

### 介護保険または医療保険による薬剤師訪問サービス

- ・ 訪問サービスが必要であると医師が認め、薬剤師に対して訪問指示がある
- ・ 利用に対し患者（家族）の同意がある
- ・ 通院来局が困難（歩行困難、認知機能の低下などで介助が必要など）で、自宅での薬の使用や管理に不安がある ※すべての項目にあてはまる患者様が対象となります

## 確実な服薬管理で症状をコントロール 体調に気を配り医師との連携を図る

#### ● 飲み方の工夫

薬の飲み忘れ防止の為1回毎に分包したり、飲みやすい製剤への変更を提案します。

#### ● 薬の効果・副作用の確認

手の震えが出た、便秘気味になった等体調の変化がある場合副作用の可能性がないかチェックします。

#### ● 終末期医療での役割

疼痛コントロールや外来化学療法への対応、点滴などの無菌調剤を供給します。

#### ● 残薬調整や受診日コントロール

多科受診している方の残薬調整や受診日調整を提案します。

#### ● 衛生材料の供給

ガーゼやドレッシング材など介護用品の相談をお受けいたします。

#### ● かかりつけ薬局

薬をひとつの薬局で管理することにより、重複投与を防いだり相互作用のチェックを行います。

### お薬手帳活用のすすめ ～お薬手帳は安全な医療提供に貢献します～

- ・ 過去から現在まで どの医療機関を受診し、どんなお薬を服用しているか確認できる
- ・ 多職種の方の連携ノートとして活用できる（医療介護にかかわる担当者の名刺を貼るなど）
- ・ アレルギーなどの情報を記入し関係者間で共有できる

入退院時、初めて受診する病院・薬局に行くときは提示することを推奨しております。また災害時などにも役立つことを周知しております。



### 3 金沢区内での医療・介護連携の取組

#### <連絡会・情報交換会・事例検討>

##### 1：かなざわ医療・福祉連携の会

金沢区内における医療・福祉の関係機関が実行委員会形式で開催している連絡会です。関係団体の連携を促進するとともに課題解決に向けての取組を行っています。

##### 2：多職種による見える事例検討会

在宅医療相談室が主催する事例検討会です。医療・介護に携わる方どなたでも参加できます。  
(年4回程度)

##### 3：金沢区在宅医療連絡会

区内の在宅医療に関わる医療機関や多職種で、定期的に情報交換、勉強会等を開催しています。

##### 4：病院包括連絡会

地域包括支援センターと区内、区外関係病院のMSW・退院支援看護師を中心に行う情報交換、連絡会です。

毎年「医療」「地域包括支援センター」の情報シートの更新を行っています。

##### 5：薬剤師と介護支援専門員との情報交換会

地域包括支援センターとケアマネジャー（ケアマネ倶楽部）と薬剤師会が共催で行なう情報交換会です。（年1回程度）

##### 6：地域包括支援センターの主任ケアマネジャーによる事例検討会

地域包括支援センターの主任ケアマネジャーがケアマネジャー向けの事例検討会を開催しています。また、基幹相談支援センターと事例検討会も行っています。

## 4 医療・介護 多職種連携の事例



### 薬剤師の気づきから、医療・介護連携が行なえた事例

10年前に夫を亡くされ、独居の A さん。自分の身の回りの事は行えますがアルツハイマー型認知症により、金銭・服薬管理等は十分に行えていませんでした。

ある日「薬が来ていますか」と処方箋を持たずに訪ねた薬局の薬剤師が異変に気づき、声かけ。本人の状況から早急に対応が必要と判断した薬剤師が、本人から情報収集したかかりつけの診療所と管轄する地域包括支援センターへ連絡をとりました。

かかりつけ医やその他受診した医療機関からもらった処方箋をいろいろな薬局に出していることから、お薬手帳もどっさり持っているような状況でした。

薬剤師が訪問にて残薬やお薬手帳の整理、一包化。地域包括支援センターが介護保険申請手続きやケアマネジャーへの連携、ホームヘルパー調整等役割分担しながら支援を行ないました。その後も関係者間で情報共有をはかりながら単身生活を続けています。

薬剤師

地域包括支援センター

かかりつけ医

ケアマネジャー

訪問介護

### 医療分野と介護分野がうまく役割分担・連携した事例

数年前に妻を亡くされ、独居の B さん。アルコール依存症と認知症、高血圧症の診断を受けています。一度、騙されてお金をとられた経験から人間不信になっており、ケアマネジャー介入当初はアルコールが切れることなく、排泄や歩行も不安定な状況でした。

サービスの受け入れにも拒否が強かったのですが、訪問医には信頼をおいていたので、生活上に必要なことの指導やデイサービスの利用を訪問医から勧めてもらいました。

同時に、担当のホームヘルパーが意識的に対話をつづけ、人との関わりにも徐々に慣れていき、デイサービスにもつながりました。

その後、訪問看護師が体調管理や排便コントロールを行い、デイサービス職員と情報共有をはかりました。服薬については、訪問薬剤師が週に1度訪問し、カレンダーに1週間分の薬を貼る。Bさんはカレンダーから薬をはがして飲み、決められた場所に殻を置く。ホームヘルパーがその殻を確認し薬剤師に報告するという連携をとりました。

介護、医療さまざまな職種が B さんに関わることにより、近隣の方にも自然と B さんを見守る意識がめばえました。ケアマネジャーが介入して2年後には B さんは人間不信も解消され、近隣の方々との関係も良好になり穏やかに生活されています。

ケアマネジャー

訪問介護

訪問医

薬剤師

訪問看護

通所介護

## 病院と医療・介護分野で連携した事例

妻と2人暮らしのCさん。悪性胸膜中皮腫を患い、病院に入院していました。胸水貯留に伴う胸痛や呼吸困難があり、予後は不良です。胃ろうも造設しており絶食状態ですが、舌全体に舌苔の付着があり、食道炎やカンジタ症も併発していました。

発熱を繰り返しており、誤嚥性肺炎の可能性が考えられるため、自宅へ退院するにあたり、自宅でも口腔ケアの継続が必要との判断で、病院の地域医療連携室より在宅医療相談室へ訪問歯科診療導入の相談が入り、各関係者が参加する退院前カンファレンスが行われました。

担当医師、病棟看護師、MSW、理学療法士、ケアマネジャー、訪問歯科医師、訪問看護師、訪問介護者、妻が集まり、病状の説明や今後の治療方針の情報を共有し、退院後の在宅療養の連携を図りました。

担当ケアマネジャーを中心に、訪問歯科医師と連携して訪問歯科診療を開始し、訪問看護師とも口腔ケアの情報を共有しました。継続して口腔ケアを行うことで、退院後も誤嚥性肺炎を防いで在宅生活を過ごすことができました。

最期は病院で看取ることになっていましたが、日々の介護に訪問介護が入ることにより、妻の介護負担が軽減され、精神的な支えにもなりました。

ケアマネジャーと訪問介護者、訪問看護師が連携し、日々の状態を情報共有することで、Cさんの全身状態を把握していきました。その後、病状が急変し、再度入院され病院で亡くなりましたが、妻からは、在宅で過ごさせることができよかった、とのお言葉をいただきました。

病院

ケアマネジャー

訪問歯科

訪問看護

訪問介護

在宅医療相談室

金沢区役所ホームページからハンドブックのPDF版がダウンロードできます。  
事業所内で複数必要な場合は、そちらもご活用ください。

[https://www.city.yokohama.lg.jp/kanazawa/kenko-iryo-fukushi/fukushi\\_kaigo/koreisha\\_kaigo/care-plan/renkei.html](https://www.city.yokohama.lg.jp/kanazawa/kenko-iryo-fukushi/fukushi_kaigo/koreisha_kaigo/care-plan/renkei.html)

- ◆このハンドブックは、完成品ではありません。  
手に取っていただいた皆様の声で改訂されていきます。
- ◆医療・介護の連携をよりよく推進するため、皆様のご感想、ご意見お待ちしております。

連携ハンドブックかなざわ ～みんなでささえる医療と介護～

(平成29年3月発行) (令和6年10月最終改訂)

企画・編集 金沢区在宅医療・介護関係団体・機関連絡会

(連携ハンドブックかなざわ作成ワーキング)

発行 かなざわ医療・福祉連携の会

問合せ 金沢区福祉保健センター高齢・障害支援課

〒236-0021 横浜市金沢区泥亀二丁目9番1号

TEL:045(788)7777 FAX:045(786)8872

アドレス:kz-zaitakurenkei@city.yokohama.lg.jp