

---

**医療と介護の連携推進業務委託  
報告書**

---

令和2年3月  
日野市健康福祉部在宅療養支援課



## 目 次

<b>0</b>	<b>業務の概要</b> .....	<b>1</b>
0-1	業務の目的.....	1
0-2	業務の進め方.....	1
<b>1</b>	<b>日野市在宅高齢者療養推進協議会検討部会の開催</b> .....	<b>3</b>
1-1	会議の概要.....	3
1-2	各回の内容.....	4
<b>2</b>	<b>多職種協働による医療と介護の連携推進勉強会の運営支援</b> .....	<b>9</b>
2-1	勉強会の開催状況.....	9
2-2	各会の内容.....	10
<b>3</b>	<b>市民啓発リーフレットの作成支援等</b> .....	<b>15</b>
3-1	普及啓発の実施状況.....	15
3-2	イベントの開催結果.....	16
<b>4</b>	<b>多職種連携のためのエチケット集の作成支援</b> .....	<b>19</b>
4-1	作業の概要.....	19
4-2	エチケット集の作成.....	20
<b>5</b>	<b>国、東京都・他自治体の取組み等の情報提供</b> .....	<b>21</b>
5-1	情報提供の実施状況.....	21
5-2	情報提供の具体的な内容.....	22
<b>6</b>	<b>次年度の取組方針の検討</b> .....	<b>27</b>
6-1	検討部会の開催.....	27
6-2	多職種協働による連携推進勉強会の開催.....	27
6-3	地域住民への普及啓発の実施.....	28
6-4	多職種の更なる連携の促進.....	28
6-5	国、東京都・他自治体の取組等の調査.....	28

(このページは白紙です)

# 0 業務の概要

## 0-1 業務の目的

本業務は、日野市在宅高齢者療養推進協議会（以下、「推進協議会」）、日野市在宅高齢者療養推進協議会検討部会（以下、「検討部会」）及びその他在宅高齢者の療養環境整備支援に係る業務について、円滑かつ効率的、効果的に運営することを目的とする。

「推進協議会」及び「検討部会」は、高齢者が安心して在宅療養を受けられるよう、介護、福祉、医療、保健の各分野のサービス提供主体間における円滑かつ有機的な連携体制の構築を推進することを目的に設置されたものであり、この内容は第3期日野市高齢者福祉総合計画（平成30年3月）の中で重点課題及び施策の柱の1つとしてあげられている。

### ▼第3期日野市高齢者福祉総合計画（平成30年度～平成32年度）における位置づけ

<b>&lt;目指すべき姿&gt;</b> いつまでも安心して暮らせるまち 日野	
<b>&lt;基本理念&gt;</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■高齢者の尊厳の保持と自立した生活を支援します</li><li>■地域包括ケアシステムを深化・推進します</li><li>■持続可能な支え合いの仕組みづくりを推進します</li></ul>	<b>&lt;高齢者福祉に関する重点課題&gt;</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1 介護保険事業の充実</li><li>2 医療と介護の連携</li><li>3 認知症施策の充実</li><li>4 地域包括支援センターの役割強化と地域での支え合いの充実</li><li>5 健康の維持と地域での生活の継続</li></ol>
<b>&lt;施策の内容&gt;</b> <table border="1"><tr><td>柱2 医療と介護の連携を推進し、 有機的なネットワークを構築します</td></tr></table> <ul style="list-style-type: none"><li>・在宅療養・介護関係者の研修【2105】</li><li>・在宅医療の普及啓発【2106】</li><li>・在宅高齢者療養推進協議会の開催【2201】</li><li>・医療と介護の連携支援ツールの普及【2202】</li></ul> ※関連の深い施策を抜粋／括弧内は施策番号	
柱2 医療と介護の連携を推進し、 有機的なネットワークを構築します	

## 0-2 業務の進め方

「検討部会」を作戰本部として、この運営支援を中心に、以下の各項目について企画・運営を進めた。

- 多職種による医療と介護の連携推進勉強会の運営支援
- 地域住民への普及啓発の実施支援（市民啓発リーフレットの作成支援等）
- 多職種連携のためのエチケット集の作成支援
- 国、東京都・他自治体の取組等の情報提供

(このページは白紙です)

# 1 日野市在宅高齢者療養推進協議会検討部会の開催

## 1-1 会議の概要

「検討部会」は、在宅療養環境の向上及び医療と介護の連携体制の構築等に関する取組について具体的な検討を進めるために、「推進協議会」のもとに設置された会議体である。平成25年度より、医療と介護の連携に特に関わりの大きい「日野市医師会」「日野市歯科医会」「日野市薬剤師会」「日野市訪問看護ステーション協議会」「日野市立病院」「日野市在宅介護事業者協議会」「ひのケアマネ協議会」「地域包括支援センター」の8団体の代表者と行政（日野市在宅療養支援課及び高齢福祉課）を構成員に定期的に活動している。

令和元年度（平成31年度）は、前年度に引き続いて連携推進勉強会（第2章）のコンテンツの拡充を図るとともに、新たなテーマとして「市民啓発リーフレット」の作成、「多職種連携のためのエチケット集」の作成にも取り組むこととなった。

会議の開催日程と主要な検討テーマは以下の通り。

### ▼「検討部会」等の開催日程と主要な検討テーマ

回数	日程	主要な検討テーマ
第1回	令和元年5月27日	○令和元年度の検討部会の進め方について ○市民啓発の取組について ○多職種連携の取組について
第2回	令和元年8月26日	○第2回・第3回勉強会の開催内容について ○市民啓発イベントの実施方針について ○市民啓発リーフレットの構成案について ○多職種連携エチケット集の作成イメージについて
第3回	令和元年11月26日	○MCSの今後の展開について ○第3回勉強会の開催内容について ○市民啓発リーフレット（案）について ○多職種連携エチケット集フォーマットの配布について
第4回	令和2年2月26日 〔新型コロナウイルスの感染 拡大を予防するため中止〕	○市民啓発リーフレットの記載内容について ○多職種連携エチケット集の記載依頼について ○MCSの利用実践をテーマにした勉強会の開催について

## 1-2 各回の内容

### 1-2-1 第1回検討部会

第1回検討部会の内容は以下の通りである。

#### ▼開催概要

開催日時	: 令和元年5月27日(月) 18:30~20:30
開催場所	: 在宅療養支援課内打ち合わせスペース
参加者	<p><b>【委員】</b> : 日野市医師会代表望月氏、日野市薬剤師会代表伊藤氏、日野市訪問看護ステーション協議会代表湯谷氏、日野市立病院 MSW 高橋氏、日野市在宅介護事業者協議会代表松崎氏、ひのケアマネ協議会代表横川氏、日野市地域包括支援センター代表相馬氏</p> <p><b>【事務局】</b> : 長島課長、平岩主査、後藤主事(以上、在宅療養支援課)、宮澤課長、地下係長(以上、高齢福祉課)、委託事業者</p>
プログラム	<p><b>【報告】</b> 1. 各職種の動きについて</p> <p><b>【議題】</b> 1. 今年度の検討部会の進め方について 2. 市民啓発の取組について (1) リーフレットの構成及び掲載情報のイメージ (2) イベントの取扱い 3. 多職種連携の取組について (1) エチケット集の作成イメージ (2) 第1回勉強会の開催日程 (3) その後の勉強会で取り上げるテーマ 4. その他</p>
配付資料	<p><b>【事前配布】</b> 2018年度第4回検討部会議事録、2019年度第1回検討部会資料、市民啓発イベント議事録</p> <p><b>【当日配布】</b> 市民啓発リーフレットの参考事例、2018年度第4回介護と医療の連携推進勉強会開催報告、同ミニアンケートの集計結果、平成30年度事業報告書</p>
結論	<ol style="list-style-type: none"> <li>今年度の検討部会は、資料に記載された実施方針及びスケジュールで開催することとする。</li> <li>以下の内容で市民向けのリーフレットを作成することとする。 - 在宅療養とは何かのイメージを伝えることを主眼とする。 - 具体的には、往診と訪問診療の違い等の基本的な情報を紹介する。</li> <li>その他の市民啓発の方法として、前年度と同種のイベントを開催する方向で検討することとする。</li> <li>エチケット集の内容は、現在のようなFAX等の個別のツールに関するエチケットではなく、新しい人が入った時に参照してもらえるような、在宅医療の質を総合的に高めるためのポイントをまとめたものとする。</li> <li>勉強会については、以下の内容で準備を進めることとする。 - 第1段階(第1回)は、過年度と同様の内容で開催する(日程は別途調整)。 - 第2段階のうち1回は、管理栄養士を講師に招いて開催する。</li> <li>勉強会の参加者候補については以下のような対応を図ることとする。 - 老健: 次年度からの本格参加に向けて正式な申し入れと準備を進める。 - 総合事業: 勉強会以外の方法で参加ニーズに応えることを検討する。</li> </ol>

## 1-2-2 第2回検討部会

第2回検討部会の内容は以下の通りである。

### ▼開催概要

開催日時	: 令和元年 8 月 26 日 (月) 18:30~20:30
開催場所	: 在宅療養支援課内打ち合わせスペース
参加者	<p><b>【委員】</b>            : 日野市医師会代表望月氏、日野市歯科医会代表高品氏、日野市薬剤師会代表伊藤氏、日野市訪問看護ステーション協議会代表湯谷氏、日野市立病院 MSW 高橋氏、日野市在宅介護事業者協議会代表松崎氏、ひのケアマネ協議会代表横川氏、日野市地域包括支援センター代表相馬氏</p> <p><b>【事務局】</b>            : 長島課長、平岩主査、後藤主事 (以上、在宅療養支援課)、宮澤課長、地下係長 (以上、高齢福祉課)、委託事業者</p>
プログラム	<p><b>【報告】</b> 1. 全体スケジュールの変更点            2. 第1回勉強会の開催報告</p> <p><b>【議題】</b> 1. 連携推進勉強会について (第2回・第3回)            2. 市民啓発の取組について (イベント・リーフレットの構成案)            3. 多職種連携エチケット集について            4. その他</p>
配付資料	<p><b>【事前配布】</b> 2019 年度第1回検討部会議事録、2019 年度第2回検討部会 資料</p> <p><b>【当日配布】</b> 2019 年度第1回介護と医療の連携推進勉強会 開催報告、同ミニアンケートの集計結果、MCS 説明資料・ご利用ガイド、市民啓発リーフレット構成案、「日野市在宅療養体制構築のための基本方針」進行管理表【参考】</p>
結論	<ol style="list-style-type: none"> <li>第2回勉強会は MCS をテーマに開催することとし、開催案内及び事前登録の説明資料の配付を急いで進めることとする。</li> <li>MCS の実際の運用に向けて、今後、グループの立ち上げ方や管理者権限の範囲について基本方針を明確にすることとする。</li> <li>第3回勉強会は、参加者のテーブル (固定) を講師役の栄養士が順番に回る形で意見交換を行うこととする。</li> <li>市民啓発イベントは資料の通り開催する方向で調整を進めることとする。</li> <li>リーフレットは以下のような視点を踏まえて作成を進めることとする。               <ul style="list-style-type: none"> <li>文字を減らし見やすい/分かりやすいものとする。</li> <li>訪問と往診の違い等の細かな内容は割愛し、基本的な内容を伝える。</li> <li>医療費の説明は慎重に検討を行う。</li> </ul> </li> <li>エチケット集は、職種別の連絡の取り方が分かるシートを以下の要領で作成することとする。               <ul style="list-style-type: none"> <li>あまり文字数が多くないものとする。</li> <li>図やイメージも掲載する。</li> <li>作成にあたっては協議会経由で然るべき立場の人に記入を依頼する。</li> </ul> </li> <li>エチケット集の作成とあわせて、既存のガイドやケア倶楽部等について関係者に改めて周知を行うこととする。</li> </ol>

### 1-2-3 第3回検討部会

第3回検討部会の内容は以下の通りである。

#### ▼開催概要

開催日時	: 令和元年 11 月 26 日 (月) 18:30~21:00
開催場所	: 在宅療養支援課内打ち合わせスペース
参加者	<p><b>【委員】</b>            : 日野市医師会代表望月氏、日野市歯科医学会代表高品氏、日野市薬剤師会代表伊藤氏、日野市訪問看護ステーション協議会代表湯谷氏、日野市立病院 MSW 高橋氏、日野市在宅介護事業者協議会代表松崎氏、ひのケアマネ協議会代表横川氏、日野市地域包括支援センター代表相馬氏</p> <p><b>【事務局】</b>            : 長島課長、平岩主査、後藤主事 (以上、在宅療養支援課)、竹村課長 (以上、高齢福祉課)、委託事業者</p>
プログラム	<p><b>【報告】</b> 1. 日野市報での特集記事の掲載について            2. 基本方針の進行管理について            3. 市民啓発イベントについて</p> <p><b>【議題】</b> 1. MCS の今後の展開について (勉強会の開催報告、取組の PR)            2. 連携推進勉強会について (第3回・第4回)            3. 市民啓発リーフレットの構成案について            4. 多職種連携エチケット集フォーマットの配布について            5. その他</p>
配付資料	<p><b>【当日配布】</b> 2019 年度第 2 回検討部会議事録、2019 年度第 3 回検討部会 資料、2019 年度第 2 回介護と医療の連携推進勉強会 開催報告、同ミニアンケートの集計結果、MCS 全体グループの作成 案内資料(案)、市民啓発リーフレット修正版 (案)、多職種連携エチケット集 (職種別シート) フォーマット (案)</p>
結論	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 日野市報に在宅療養に関する PR 記事を以下の通り掲載することとする。              - 特集記事は検討部会後に部会員が内容を確認し必要に応じて修正を行う。              - 特集号以降も医師 (望月委員) によるコラムを皮切りに各職種 (部会員) によるリレーコラムを掲載する。</li> <li>3. 今年度の市民啓発イベントは以下の方針で開催することとする。              - 前半は映像を活用/映像の前後に部会員が登壇してブースへの誘導を行う。              - パネルの代わりに配付資料による情報提供を検討する。              - スタンプラリーは実施しない。</li> <li>4. MCS の展開に向けて、全体グループを早期に作成して利用者の拡大を図るとともに、第4回勉強会でフォローアップを実施して定着を図ることとする。</li> <li>5. 第3回勉強会は、栄養士側の「できること」を聞いてどのような連携ができるかを一緒に考えることを柱に、説明資料及びグループワークの実施内容の見直しを行うこととする。</li> <li>6. 第4回勉強会は MCS のフォローアップを目的に、模擬症例を通じて MCS 上でやりとり (模擬投稿) を行うテーマに以下の要領で開催することとする。</li> <li>7. リフレットは、市報記事とあわせて内容を固めていけるよう、事務局より修正版を送付して部会員に確認を依頼することとする。</li> <li>8. エチケット集は、年度内に第一弾を完成することを目的に、事務局で加筆を行ったシートを部会員に送付して記入を依頼することとする。</li> </ol>

#### 1-2-4 第4回検討部会（開催中止）

2月26日（水）に開催を予定していた第4回検討部会は、新型コロナウイルスの感染拡大を予防するため中止することとし、代わりに各委員へ資料と意見確認用紙を配布して内容の確認と意見聴取を行った。

##### ▼開催概要

配付資料 (後日配布)	○議題一覧 ○資料1：2019年度第3回検討部会議事録 ○資料2：2019年度第4回検討部会 資料 ○資料3：市民啓発リーフレット（修正版） ○資料4：多職種連携エチケット集（職種別シート）フォーマット（修正版） ○資料5：第4回勉強会資料案（症例・台本） ○資料6：2019年度第3回介護と医療の連携推進勉強会 開催報告 ○資料7：同ミニアンケートの集計結果 ○ご意見等確認シート
----------------	---

(このページは白紙です)

## 2 多職種協働による医療と介護の連携推進勉強会の運営支援

### 2-1 勉強会の開催状況

「連携推進勉強会」は、在宅療養支援課及び「検討部会」が実施主体となって、医療と介護に携わる専門職同士の「顔の見える関係づくり」（第1段階勉強会）や多職種が同じ方向を向いてより良いサービスを提供できる体制づくり（第2段階勉強会）を目指して、定期的に行っているものである。勉強会の開催結果は必ずまとめを作成して情報の共有と疑問点の解消に努めているほか、閉会後には懇親会の開催が恒例となっており、これらも多職種の連携を促進する材料となっている。

- 第1段階勉強会：市内の医療と介護の関係者の「顔の見える関係づくり」の場となる勉強会
  - 第2段階勉強会：具体的な症例検討等を通じた多職種協働のイメージ共有や具体的な経験を積み上げる場となる勉強会
- ※ この他にも、市内4つの日常生活圏域毎に地域包括支援センターが呼びかける地域の専門職間の交流や技術の向上を促す勉強会や、各職種独自の研修会や講演会等を開催している

令和元年度（平成31年度）は、第1段階勉強会を1回、第2段階勉強会を3回、計4回の勉強会を開催することを予定していたが、うち1回が新型コロナウイルスの感染拡大を予防するために中止となった。今年度に合計3回開催したことで、これまでに通算では第1段階勉強会を12回、第2段階勉強会を8回開催したこととなる。

勉強会の内容としては、これまで継続していた特定の症例を題材にした症例検討に代わって、新たなパターンで第2段階を開催したのも今年度の特徴である。

なお、各勉強会の終了時には参加者に対して簡単なアンケートを実施しているが、新たなパターンで開催した会を含めて、今年度実施した各回についてはいずれも高評価であったことを確認している。

#### ▼各会の開催日程等

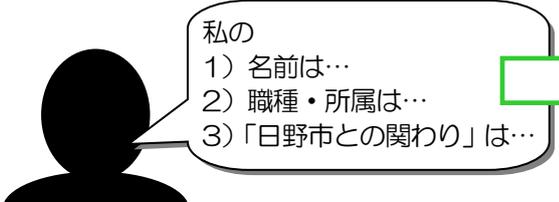
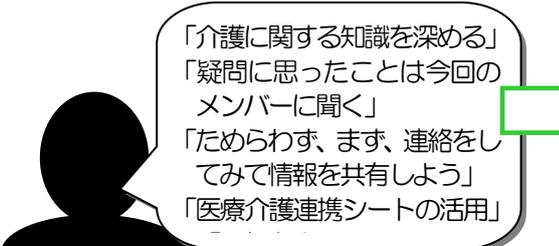
名称	日程	主催と対象
第1回勉強会【第1段階】 テーマ：顔の見える関係づくり	令和元年7月12日	主催：日野市在宅療養支援課 協力：エンブレイス社（オブザーバー参加）*1 ：南多摩地域栄養士協議会日野地域*2 対象：医師会、歯科医会、薬剤師会、訪問看護ステーション協議会、病院、在宅介護事業者協議会、ケアマネ協議会、地域包括支援センターの各団体 *1に所属する事業所と行政機関（市在宅療養支援課・高齢福祉課・健康課等） ※「検討部会」に参加する8団体
第2回勉強会【第2段階】*1 テーマ：Medical Care Station等を活用した医療・介護連携を始めよう	令和元年9月20日	
第3回勉強会【第2段階】*2 テーマ：栄養士との連携を考えよう	令和元年12月20日	
第4回勉強会【第2段階】 テーマ：Medical Care Stationを始めよう（実践編）	令和2年3月13日 〔新型コロナウイルスの感染拡大を予防するため中止〕	

## 2-2 各会の内容

### 2-2-1 第1回医療と介護の連携推進勉強会

第1回勉強会の内容は以下の通りである。

#### ▼開催概要

テーマ	：多職種連携の輪を広げるために ～顔の見える関係づくり～	
開催日時	：令和元年7月12日（金） 19:30～21:30	
開催場所	：多摩平の森産業連携センター「PlanT」イベントスペース	
出席者	<b>【出席者】</b> ：関連8団体（9頁参照）に所属する参加者計40名 ：その他聴講者3名 <b>【事務局】</b> ：7名（グループワークに参加する行政関係者を含む）	
プログラム	<b>【STEP1 開会挨拶&amp;STEP2 情報提供】</b>  ：日野市在宅療養支援課から挨拶／課の事業内容、勉強会の目的等を説明	<b>【STEP3 GW_作業①日頃の連携の振り返り】</b>  ：医療職⇄介護職に聞いてみたい質問や困りごとを付箋に記入
	<b>【STEP3 GW_作業② 自己紹介&amp;課題の告白】</b>  私の 1) 名前は… 2) 職種・所属は… 3) 「日野市との関わり」は… ：付箋への記入が終わったら、自己紹介として上記の3項目を順番に発表	 ：記入した付箋を机の上に並べて質問や困りごとを1つ1つ潰していく
	<b>【STEP3 GW_作業③ 今後の目標の設定】</b>  「介護に関する知識を深める」 「疑問に思ったことは今回のメンバーに聞く」 「ためらわず、まず、連絡をしてみても情報を共有しよう」 「医療介護連携シートの活用」 ：参加者1人1人に今後の目標を立てる	<b>【STEP4 全体発表～】</b>  ：テーブルでどんな話が出たのかを発表し課題やそれに対する助言等を共有

## 2-2-2 第2回医療と介護の連携推進勉強会【第2段階】

第2回勉強会の内容は以下の通りである。

### ▼開催概要

テーマ	: MedicalCareStation 等を活用した医療・介護連携を始めよう
開催日時	: 令和元年 9 月 20 日 (金) 19:30~21:30
開催場所	: 多摩平の森産業連携センター「PlanT」イベントスペース
出席者	<p><b>【出席者】</b> : 関連 8 団体 (9 頁参照) に所属する参加者計 40 名 : その他聴講者 2 名</p> <p><b>【事務局】</b> : 10 名 (オブザーバー、グループワークに参加する行政関係者を含む)</p>
プログラム	<p><b>【「MCS」に関する情報提供】</b> - 「MCS」導入の狙いや日野市における「MCS」導入の進め方を説明 - その後、「MCS」を使ってできることなどを簡単に紹介</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 1; border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <p><b>MCSでできること</b></p> <p>大きく3つの連携方法</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①つながり つながっているユーザー(医療介護従事者や患者、家族)と1対1でメッセージのやりとりができる</li> <li>②患者グループ 患者登録すると作成されるグループ 自分が参加しているグループの患者名が表示される 「患者リスト」タブから一覧を表示し選択することも可</li> <li>③自由グループ 医療介護従事者専用グループで、「認知症研究会グループ」など自由に設定することができる 「グループ」タブから一覧を表示し選択することも可</li> </ol> </div> </div> <p><b>【作業①：「MCS」の体験】</b> - 各自が持参するスマートフォン等の端末を使って、実際に「MCS」上でメッセージのやりとりを体験</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1; border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <p><b>メッセージを書き込んでみよう</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①ホーム画面から見たいグループをクリック</li> <li>②メッセージを入力して「送信」をクリック</li> <li>③グループのタイムラインに反映されたことを確認</li> </ol>  </div> <div style="flex: 1;">  </div> </div> <p><b>【作業②：連絡方法の検討】</b> - 情報提供や体験の内容を踏まえて、「MCS」を含む連絡ツールの使い方について検討 - 赤青2色の付箋を使って、全員の意見を確認し、話し合いを行いました</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 1;">  </div> </div>

## 2-2-3 第3回医療と介護の連携推進勉強会

第3回勉強会の内容は以下の通りである。

### ▼開催概要

テーマ	: 栄養士との連携を考えよう
開催日時	: 令和元年 12月20日(金) 19:30~21:30
開催場所	: 多摩平の森産業連携センター「PlanT」イベントスペース
出席者	<p><b>【出席者】</b> : 関連8団体(9頁参照)に所属する参加者計35名 : その他聴講者5名</p> <p><b>【事務局】</b> : 14名(講師(南多摩地域栄養士協議会日野地域)、グループワークに参加する行政関係者を含む)</p>

**【栄養士の方々からの情報提供】**  
 - 「栄養士・管理栄養士の役割」「南多摩地域栄養士協議会の概要」「栄養士の職域とそれぞれの業務内容」について情報提供

実際にあった例をもとに問題提起

**栄養士・管理栄養士の役割**

"その人の望む生活"を実現するための食支援

- 家に頼りたくない 自分で食事を摂りたい
- 医師からの指示栄養量に合わせた食事の提供、食品や量、調理方法をのしる支援
- 美味いもの食べたい 好き嫌いが多くて治療どうしよう
- たとえ制限があっても、美味しいと感じられる環境作りや調理の提供、作り方の支援
- 旅行や趣味活動を楽しみたい 体重が減っている 範囲がつかない...
- 元気で過ごすための栄養の知識の提供
- 最後まで口から食べたい 食べるのが増えなくて大丈夫? 嚥下評価の内容に合った食形態の食事の提供、作り方や購入の支援

**【多職種による意見交換】グループワーク**  
 - 「情報提供への感想」「各職から見た食・栄養に関する課題」「栄養士に聞きたいこと」の3点を講師役の栄養士・管理栄養士の方々と交えて話し合い

私が課題だと思うのは...

注意して欲しいのは...

**【全体発表・まとめ】**  
 - 各テーブルから意見交換の概要を発表した後、講師役の栄養士の方々から総括を兼ねた説明がありました

**在宅での栄養・食生活支援 ~栄養士による在宅に対する支援**

- 1 指示栄養量に沿った食事療法の支援**  
 摂取栄養量を評価し、栄養素の過不足に応じた食品摂取内容の提案  
栄養指導の利用には、医師の指示のもと、長期間・店に在宅管理栄養士に所属する管理栄養士が実施する必要があります(医師が医師が医師)
- 2 食形態調整**  
 摂食、嚥下状況に応じた調理方法や食品選択の提案
- 3 配食サービス**  
 ①、②に対応した食事の調理・配達  
自費サービス/予約的介入も可(薬師・認定栄養士等が対応)
- 4 地域ケア会議への参加**  
 健康や栄養状態の評価、支援方法の助言

試食タイムもありました!

#### **2-2-4 第4回医療と介護の連携推進勉強会【第2段階】(開催中止)**

3月13日(金)に開催を予定していた第4回勉強会は、新型コロナウイルスの感染拡大を予防するため中止することとなった。

(このページは白紙です)

## 3 市民啓発リーフレットの作成支援等

### 3-1 普及啓発の実施状況

過去2年間、「ひの在宅医療・介護サービスフェア」と題するイベントを開催して、国が示す在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目の1つに該当する地域住民への普及啓発を図ってきたが、今年度はより多くの市民に「在宅療養」を伝えるリーフレットを作成することとした。

リーフレットの内容は、在宅療養を知らない方、在宅での生活がイメージできない方をターゲットに制度の大枠等を紹介するものとし、前年度に実施して好評を博したイベント「ひの在宅医療・介護サービスフェア」での説明を中心に構成することとした。

イベント「ひの在宅医療・介護サービスフェア」については、当初はリーフレットの作成・配布をもってこれに代えることを想定していたが、「検討部会」の中で継続して開催すべきであるという意見が多数出された。そのため、過年度と同様に開催するべく準備を進めていたが、新型コロナウイルスの感染拡大を予防するために中止となった。

その他、上記「ひの在宅医療・介護サービスフェア」の開催案内とあわせて、日野市広報上で在宅療養に関する情報提供も実施している。

#### ▼リーフレットの構成の考え方

頁	項目	内容
表紙	○表紙／目次	○「在宅療養という選択肢がある」というメッセージの伝達 ○各頁への誘導（見出しの掲載）
1-2	○在宅療養ってどんなもの	○在宅療養の概要の紹介 ○在宅療養に関わるメンバーの紹介
3-4	○在宅療養を支える制度と利用方法	○医療と介護それぞれの制度概要と利用方法の紹介 ○入院～在宅療養に移行する場合の流れの紹介
5-6	○在宅療養に関するQ&A	○メリット・デメリットや費用等に関する補足説明 ○緊急時や医療機器の使用、家族への負担等に関する不安解消 ○その他
裏表紙	○困った時の相談先	○在宅療養高齢者支援窓口と地域包括支援センターの紹介

## 3-2 イベントの開催結果

### 3-2-1 市民啓発リーフレット

リーフレットは、A4版/カラー/8頁の仕様で3,000部を印刷し、今後、関係機関の窓口等での配布を行うこととなっている。内容の詳細は以下の通りである。

#### ▼リーフレット表紙・裏表紙

### 困ったときの相談先

ご自身やご家族のことで、気になることや不安なことがある方は、以下の相談窓口までお気軽にご相談ください！

#### 在宅医療に関する相談窓口

患者様とご家族が安心して在宅療養を続けられるよう、在宅療養に関するあらゆる相談に応じています。また、関係機関と連携しながら在宅療養を支援します。相談は、日野市立病院のソーシャルワーカーまたは看護師が対応します。

#### 在宅療養高齢者支援窓口

月曜日～金曜日 午前8時30分から午後5時まで（年末年始を除く）電話または直接窓口へ  
●電話：042-581-2677（内線2169）  
●窓口：日野市立病院地域医療連携室内（日野市多摩平4-3-1）

※訪問歯科診療に関することは健康課（☎042-581-4111）へ

#### 介護に関する相談窓口

地域で暮らす高齢者の「よさず相談窓口」地域包括支援センターへお気軽にご相談ください。ケアマネジャー、社会福祉士、保健師または看護師、認知症地域支援推進員などが相談内容に応じて対応します。お住まいの地域を担当するセンターを確認の上、ご連絡をお願いします。

#### 地域包括支援センター

月曜日～金曜日 午前9時から午後6時まで（祝日及び年末年始を除く）

住所	名称	所在地	連絡先
沼津・堀川・宮久保（1-8丁目を除く）、三沢2丁目・三沢1289～1294番地（※）	もくさ	沼川1070	電話 599-0536 Fax 599-0308
高崎・三沢（※を除く）・三沢1、3、4、5丁目・新井・大字日田（東川田）・桜久保1～8丁目	あさかわ	高崎051-5 高崎マンション第2 2階	電話 593-1919 Fax 593-1920
豊田・大字豊田・東豊田・旭が丘2、5、6丁目・多摩平1、2丁目・富士台	すてっぷ	豊田3-1-8 （フリスコ豊田1階）	電話 582-7367 Fax 582-7368
多摩平3～7丁目・日野台4、5丁目・大塚	あいの心	多摩平6-31-7	電話 586-9141 Fax 586-9142
日野本町・神明・日野台1、2、3丁目・深町・新町	せせらぎ	日野本町6-3-17	電話 589-3560 Fax 581-7614
万歳寺・上田・川辺町之内・日野・宮・石田・大字日田（東川田）	多摩川苑	万歳寺1-16-1	電話 582-1707 Fax 582-1730
東平山2、3丁目・早山	いきいきタウン	東平山3-1-1	電話 585-7071 Fax 585-7079
南平	すずらん	南平7-18-2B 小林ビル1階B	電話 599-5531 Fax 599-5532
旭が丘1、3、4丁目・西平山・東平山1丁目	かわきた	西平山1-12-1	電話 589-1710 Fax 589-1719

令和2年3月発行  
問合せ 日野市健康福祉部在宅療養支援課 TEL：042-514-8189  
〒191-0016 日野市神明1丁目11番地の12 日野市健康福祉部2階

## 日野市在宅療養ガイドブック

ご自宅で医療や介護を受けながら生活をする「在宅療養」という選択肢があります

日野市

『在宅療養』ってどんなもの →2-3頁

『在宅療養』を支える制度と利用方法 →4-5頁

『在宅療養』に関するQ&A →6-7頁

困った時の相談先 →裏表紙

#### ▼リーフレット1-2頁

## 『在宅療養』ってどんなもの ～住み慣れた自宅で病院や施設と同じように医療や介護を受けること

今は元気でこの先何があるか分からない。  
最期まで自宅でというのが希望だけど、自宅で暮らしているイメージがわからない...

「可能な限り住み慣れた場所で、自分らしい暮らしを続けたい」と考える皆さまの希望をかなえる仕組みがあります。  
突然の病気や怪我、加齢等で今まで通りの生活や体の動きに不自由が生じることがあった場合でも、住み慣れた自宅に医師や看護師、ホームヘルパー等に来てもらい、病院や施設と同じように医療や介護を受けながら療養生活を送ることを『在宅療養』と言います。

### わたしたちがチームを組んで、皆さんの『在宅療養』を支えます！

#### 訪問歯科

●病院が難しい方には、かかりつけ医がご自宅に定期的に通院し診療（訪問診療）を行います。  
●体調不良時には臨時で往診もいたします。

#### 地域包括支援センター

●高齢者の介護・福祉・保健に関する総合相談窓口です。  
●「どこに相談すれば良いか分からない」ような悩みなど幅広い相談を受け付けています。  
【裏表紙に連絡先を掲載しています】

#### ケアマネジャー（介護支援専門員）

●介護保険サービスを利用する方々やそのご家族の介護に関する相談・窓口です。  
●ご本人やご家族の希望や心身状態などを確認し、その人に合った介護の計画を立てます。

#### 訪問薬剤師

●薬剤師がご自宅へお伺いして、お薬の飲み合わせや体調・副作用のチェック、残薬の確認・お薬のセットなどの管理を行います。

#### 訪問看護師

●どんな方でもできるだけご自宅で暮らせるように、看護師がご自宅に訪問して心身のケアを行います。

#### ヘルパー（訪問介護）

●ホームヘルパーがご自宅を訪問して、食事・入浴・排泄・洗濯等の身体介護、掃除・洗濯・買い物等の生活援助を行います。

#### 後方支援 病院

●医療分野の中で、緊急性の高い症状や入院治療が必要な方、クリニックで対応できない専門的な治療や検査が必要な方の治療などを担っています。  
●また、在宅で状態が悪化した場合の緊急的な入院の受入や退院後の在宅復帰のお手伝いなどの後方支援を行います。

#### 後方支援 福祉用具（貸与）

●介護保険では、専門職による訪問のほかに、車いすや介護ベッド等の必要な福祉用具を費用の1～3割の自己負担でレンタルすることができます。

#### 後方支援 老人ホーム等

●鏡子や履けなくなった時に心身の機能の回復を図るため、家族の負担軽減を図るため、特別養護老人ホームや短期入所施設に一時的に入所・療養することもできます。  
●また、一度在宅を選んだ場合でも、こうした施設を最終の棲家として選択することも可能です。

▼リーフレット3-4頁

『在宅療養』を支える制度と利用方法 ～『在宅療養』を希望する方へ

持病がある私。この頃通院が大変になってきたけれど、動けなくなったらどうしよう？

**通院できなくなったら 在宅医療サービス**

訪問を行う医師等にお願いをし、自宅に居ながら病気の治療やリハビリなどの必要な医療サービスを受けることができます。

体力が衰えてきて買物や料理が大変に。今の生活を続けたいけれど、頼れる家族が近くにいない...

**日常生活の手助けが必要になったら 介護サービス**

介護保険制度のもと、体力等が低下しても自立した生活を送るために必要となるサービスを1～3割の自己負担で利用することができます。

在宅医療(医療職による訪問)を利用するには 介護サービス(介護保険制度)を利用するには

定期的な通院が困難な方であれば基本的にどこでも在宅医療を利用することが可能です。

**訪問医等の場合**

- 訪問医
- 訪問薬剤師
- 訪問看護師

●訪問歯科医

**かかりつけ医へ相談**

- まずはかかりつけ医へ相談してください
- 薬剤師や看護師の訪問には医師の指示書が必要です

**かかりつけ医がないまたは訪問を行っていない場合**

- (訪問医等の場合)介護サービスを利用の方は担当のケアマネジャーにご相談ください
- 担当のケアマネジャーがない方は、日野市医師会または地域包括支援センターに相談を(訪問歯科医の場合)市役所健康課へ相談 または 市役所や支所の窓口で配布している申込用紙を送付して依頼してください

※病気が発症した直後に医師の介助が必要な状態(急性期)にある方、在宅での対応が困難な専門医療や高度医療が必要な方は併せてご相談ください。

●●●「かかりつけ」のススメ●●●

健康に関する相談や、必要な時は専門の医療機関の紹介を受けることもできる「かかりつけ」を持ちましょう。以下の団体のホームページでは、日野市内の医療機関を調べることができます。

- 日野市医師会 <http://hino-med.or.jp/>
- 日野市歯科医会 <https://www.hino-dent.jp/>
- 南多摩薬剤師会 <https://www.hinaminik7574.jp/>

生活で何か困ることが出てきたら介護サービス(介護保険制度)の利用を検討しましょう。介護サービスを利用するためには、介護保険を申請し、認定を受ける必要があります。

**申請**

- 市役所高齢福祉課や地域包括支援センター【業務時間】で申請を行います
- 本人のほか家族でも申請ができます

**要介護認定**

- 訪問による調査と主治医の意見書をもとに審査・判定が行われ、介護や支援が必要な場合(要介護度)を決定します

**ケアプランの作成**

- 要介護認定の結果(要介護度)やご本人の状況に応じてどのようなサービスを決めるか(ケアプラン)を作成します

**サービスの利用**

- サービスを提供する事業者と契約し、ケアプランに沿ってサービスの利用を開始します

要介護認定の結果(要介護度)に応じて相談相手と受けられるサービスが異なります。

要介護度	相談相手・受けられるサービス
●要介護1～5の方	●日野市等が発行する事業者一覧の中から居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)を配置している事業者)を選んで連絡 ●ケアマネジャーが作成したケアプランに沿って介護サービスを利用
●要支援1・2の方	●お住まいの地域を担当する地域包括支援センター【業務時間】へ相談 ●作成した介護予防ケアプランに沿って介護予防サービスを利用
●その他(非該当)の方	●地域包括支援センター(同上)へ相談 ●介護保険以外のサービス(一般介護予防事業)を利用できます

入院～在宅療養に移行する場合には

**退院支援窓口への相談**

- 専門の看護師や医療ソーシャルワーカーが、退院後の生活に必要な在宅医療・介護サービス導入の調整をお手伝いします
- 退院の目的が立つ前から生活の希望について主治医等と話ししておくことも重要です

**各種サービスの検討・調整**

- 介護サービスが必要な場合、まずは介護保険の申請を行います(新規・変更の場合)
- 4～5歳でのご紹介のような多様な職種が揃って、病状やご自宅の環境にあわせた体制を整え、退院後の生活もサポートします

▼リーフレット5-6頁

『在宅療養』に関するQ&A ～皆さまの疑問にお答えします

**Q1 『在宅療養』のメリット/デメリットはどんなところですか?**

**A1**

- 住み慣れた環境で自分のペースで過ごすことができる。病院や施設に比べて家族や友人との交流が容易になるといった点がメリットです
- また、例えは末期がんの方でも、痛みの緩和を行いながら「住み慣れた自宅で療養を迎えたい」という希望をかかえることもできます
- 反対にデメリットとしては、高度医療等が対応できない、家族等に介護の負担が発生する、お一人暮らしの場合には病院や施設ほどの手厚い見守りができないことなどがあります

**Q3 ひとり暮らしでも『在宅療養』をすること/続けることができますか?**

**A3**

- おひとり暮らしでも十分に暮らすことが、自宅で好きなテレビを見ながら笑顔で暮らしているという方もいらっしゃいます
- この方の場合には、自分で体を起こすのが難しいため介護用ベッドを利用しているほか、食事やオムツ交換等のためヘルパーが朝晩2回程度の1日4回お宅を訪問しています
- 障害者では訪問看護、訪問薬剤師がサポートに入り、排便のコントロールやお薬の管理などを行っているほか、それぞれが訪問する日程を調整して、できる限り除菌なくご本人の状態を確認できるようにするといった工夫もしています
- こうした支援を行う場合、介護保険の限度額を超過し、自己負担が発生することがあります

**Q2 在宅医療や介護サービスにはどの位費用がかかるのですか? (色々お願いと費用がかさみそうに不安です)**

**A2**

- どんなサービスをどのくらい利用するか、被保険者の所得はいくらか(医療保険及び介護保険の自己負担割合はいくら)によって支払額が変わってきます
- また、定期的に見面しも行われますので、以下の費用はおおよそ目安とお考えください

**在宅医療に関する費用(医療保険分)**

- 75歳以上(後期高齢者医療保険)で自己負担割合1割の方が、各職種に訪問を依頼した場合の費用の以下の通りです

種別	項目	自己負担額	単位
訪問医	標準的な負担額	約 7,000円	月
	往診(診察/夜間)	720円	回
訪問歯科医	訪問診察費	120～1,040円	回
	指導料	355～866円	回
訪問薬剤師	訪問薬剤管理	290～650円	回
訪問看護師	標準的な負担額	約 4,500円	月

※ 往診は曜日や時間帯等によって費用が増加します

※ 別途、お薬・検査・処置等の費用がかかります

**高齢療養費制度** 医療費が高額となり国が定める自己負担限度額を超える場合に、超過分が国から支給される制度→70歳以上で一般世帯(年収156～370万円)のみの対象額毎月18,000円

**介護サービスに関する費用(介護保険分)**

- 利用者の状態(要支援1から要介護5の7段階)に応じて利用できるサービスや金額の上限が全国一律で定められており、これをどれだけ利用するかで負担額が決まります
- 1ヶ月あたりの自己負担額の上限(最大限利用した場合の負担額)は以下の通りです

要介護度	利用者の状態(参考)	負担割合別の自己負担額	限度額を超えてサービスを利用した分は、全額自己負担となります
要支援1	50,320円	→ 5,032円	10,064円
要支援2	105,310円	→ 10,531円	21,062円
要介護1	167,680円	→ 16,768円	33,530円
要介護2	197,080円	→ 19,708円	39,410円
要介護3	270,480円	→ 27,048円	54,096円
要介護4	309,380円	→ 30,938円	61,876円
要介護5	362,170円	→ 36,217円	72,434円

※ 詳細は市が発行する冊子「お住まいの介護保険」を参照ください

65歳以上で特に所得が高い方の場合は、自己負担の割合は3割となります

**Q4 病院では点滴や人工呼吸器を使用しているのですが、それでも自宅に戻ることができますか?**

**A4**

- 点滴や人工呼吸器が必要な方、難病や療養が必要な方、慢性疾患をお持ちの方、痰の吸引が頻りに必要な方でも希望があればご自宅で療養生活を送ることができます
- ただし、医療処置や医療機器の管理ができる訪問医や訪問看護師の支援、専門職がない時にはご本人やご家族による対応が必要となります
- まずは、病院の退院支援窓口等に相談して、お住まいの近くで対応可能な診療所や訪問看護ステーションを見つめましょう

**Q5 自宅で夜間や休日に急に症状が悪化した場合でも診察や治療が受けられますか?(病院等と違って緊急時の対応が心配です)**

**A5**

- 病院でナースコールをするように、何かあった際にはまずは訪問医や訪問看護師に電話で連絡をし、心配な状態であれば自宅を訪問しての診察や治療を受けることができます
- こうした24時間365日の緊急対応は、在宅療養診療所等に設置された診療所の医師や緊急対応を実施している訪問看護師の訪問を定期的に対処している方が対象となります

**Q6 支えてくれる家族の負担が心配なのですが良い対策はありますか?**

**A6**

- 食事や入浴、排泄等の介助、起床や就寝の介助や体位変換、通院の往復の介助といった内容(身体介護)についてヘルパー(訪問介護)を利用して、負担の軽減を図ることができます
- また、日中に施設へ出て介護やリハビリを受けるデイサービス・ショートケア(通所介護)や、短期滞在型で宿泊できる「ショートステイ」といったサービスもありませんので、こうした施設へ外出・宿泊している間にご家族に休ませてもらうことも重要です

**Q7 『在宅』以外の選択肢を選んではいけませんか?**

**A7**

- 人生の最終をどこでどのように過ごしたいかは人によって様々です
- 希望した生活が送れるよう、日野市内には様々な医療・介護の専門職が存在していますので、ご家族だけでなく、かかりつけ医や地域包括支援センター・ケアマネジャーといった専門職に申しうちら相談したり、意見を伝えたりしておくのが良いでしょう
- また、一度在宅療養を選んだ場合でも、病状が変わったり、家族の状況が変わった時には、入院・入所に変更することも可能です



## 4 多職種連携のためのエチケット集の作成支援

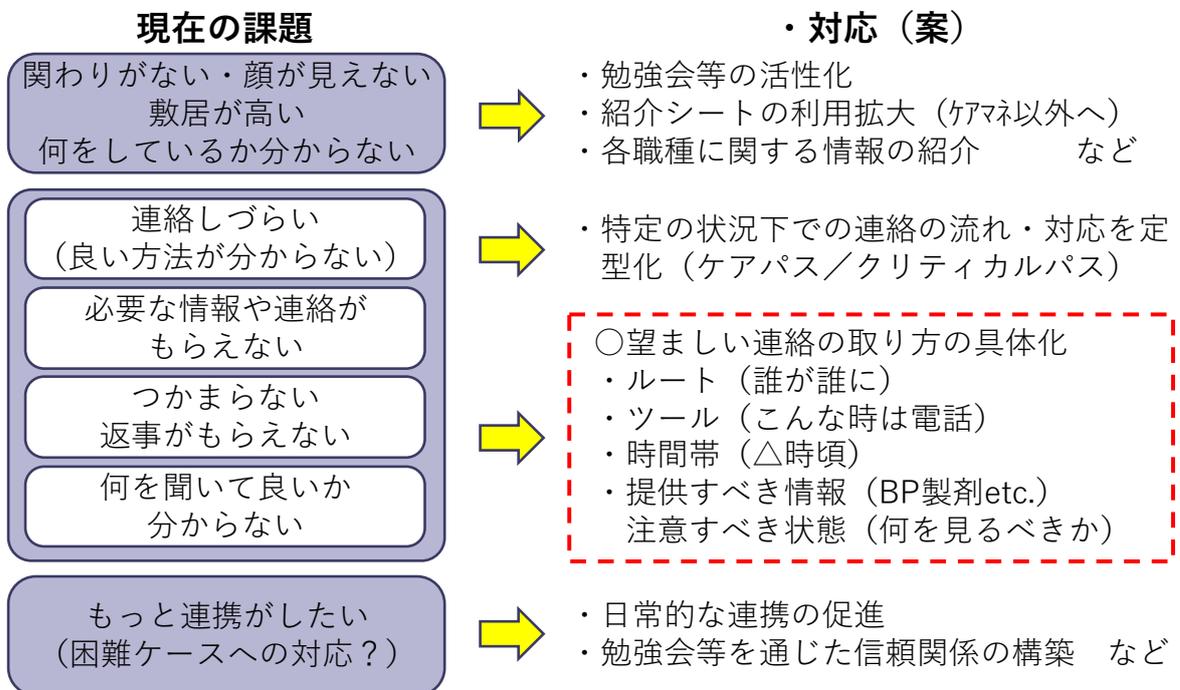
### 4-1 作業の概要

「検討部会」では、医療・介護の関係機関の名簿と連絡用のシート等からなる「多職種連携ガイド」を平成26年4月に作成しているが、このガイドを使用して実際に連絡等を行うにあたっては、下記「エチケット集の目指すイメージ」に示すような課題があることが指摘されている。

そこで、「連絡しづらい」「何を聞いて良いか分からない」といった課題を改善するため、多職種が連携する上で配慮すべき事項をまとめたエチケット集を作成することとした。

なお、このエチケット集は「決定版」ではなく、加筆・修正等の更新を随時実施していくような形を想定している。

#### ▼エチケット集の目指すイメージ（右側赤色の囲みが目指すイメージに該当）



## 4-2 エチケット集の作成

「検討部会」に所属する職種毎に、基本的な連絡・問合せ内容を以下のようなシートに整理したエチケット集（暫定版）を作成した。

### ▼エチケット集（訪問薬剤師の例）

## 訪問薬剤師との連携に関するエチケット

### 1. 知りたい・伝えて欲しい内容

訪問開始時	連絡方法等に関する希望	どんな内容の連絡を希望するか、どのような方法で連絡をして欲しいか教えて欲しい
	服薬中のお薬の確認 （お薬手帳）	お薬手帳等で服薬中のお薬を確認します その際、「飲みづらそう」「実は飲まないで捨てている」等の実際の服薬状況が分かれば教えて欲しい ※臨時のお薬が出ている時は特に重要な情報です
訪問中 （連携中）	残薬の保管場所	残薬の保管場所が移動した場合は、新しい保管場所を教えてください
訪問中止時	入院・入所・死亡等の情報	処方に来なくて、あるいは実際に訪問してみて初めて分かることがあるので、左記のような変化があった場合は訪問薬剤師にも連絡して欲しい ※医療用麻薬を使用している場合は回収が必須です

### 2. 伝えたい・聞いて欲しい内容

訪問対象 以外でも可	薬剤調整の相談	服薬がうまくいかない方に対して、飲みやすい形状への変更といった薬剤調整の検討ができます 複数の診療科を受診している方の場合には、お薬を一元管理することで重複や併用禁忌を発見し対応できます
---------------	---------	--

### 3. 連絡方法

平時	・電話、FAX、MCS 等いずれの方法でも OK
緊急時	・電話 <想定する場面> 急ぎの対応（例えば中止や減薬等）を依頼する場合は医師から直接電話で連絡をもらうことが多い

### 4. 訪問等の依頼方法

依頼方法	<p>A) かかりつけ医が患者の生活や薬剤管理、通院困難等の状況を考慮して訪問指示が出される</p> <p>B) 訪問薬剤師（薬局）がご本人やご家族、ケアマネジャー等から直接相談を受けて、かかりつけ医に訪問薬剤管理指導の導入を相談することもできる</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>訪問薬剤師が相談を受ける際、以下の情報があると対応の検討がしやすくなります</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者情報：氏名・生年月日、住所、連絡先、保険情報など</li> <li>・薬剤情報：服薬中の薬、現在の残薬（→いつから訪問したら良いかが変わります）</li> <li>・その他：ご本人やご家族の希望等（あれば）</li> </ul> </div>
注意事項 ／誤解され やすい点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処方箋は患者さんが薬局へ FAX（または医療機関等に FAX を依頼）することが必要</li> <li>・大量の薬を管理できない方など通院ができる方の所にも訪問することが可能</li> <li>・別の薬局で調剤されたものの配薬や薬剤調整をすることも可能（調剤した薬局に訪問薬剤師がいないケースもある）</li> <li>・薬剤師が居宅療養管理指導で訪問していても、ご家族の都合等に対応して外来でお薬をお渡しすることも可能です</li> </ul>

## 5 国、東京都・他自治体の取組み等の情報提供

### 5-1 情報提供の実施状況

令和元年度（平成31年度）は、新たなテーマとして「市民啓発リーフレット」の作成、「多職種連携のためのエチケット集」の作成に取り組んでいる。このうち前者については、前年度に情報収集・提供を行っていることから、今年度は特に「多職種連携のためのエチケット集」に類似する内容の冊子等を収集し、日野市においてはどのような内容が適当であるかを検討する材料として情報提供を行った。

その他、ICTツールの導入を検討するのに先立って、運用ポリシーの事例を収集し、その内容を整理する作業を行った。

次項以降に各資料の概要を示す。

#### ▼収集した冊子等

分類	名称
日常的な連絡を想定したもの	①おたる地域包括ビジョン協議会 「小樽市医療介護連携ガイド」 ②豊四季台地域高齢社会総合研究会 在宅医療委員会 連携ワーキンググループ 「在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブック」 ③川崎市 「在宅医療・介護連携のための情報共有チェックシート」
特定の状況（イベント）での連絡を想定したもの	④南埼玉郡市在宅医療サポートセンター 「退院前カンファレンスのエチケット集」 ⑤長野市（企画 長野市在宅医療・介護連携推進会議） 「入退院時における ケアマネジャー⇄医療機関 連携・情報収集の手引き」 ⑥全国国民健康保険診療施設協議会 「在宅での看取りに関する手引き」

## 5-2 情報提供の具体的な内容

### 5-2-1 エチケット集の参考として収集した冊子等

収集した主な冊子を「日常的な連絡を想定したもの」と「特定の状況（イベント）での連絡を想定したもの」に分類した上で、特徴のあるものを抽出し、どのようなイメージが良いかを検討する材料とした。

実際に「検討部会」に提示した資料は以下の通りである。

### ▼職種毎に必要な事項を整理する例（連携ガイド（連絡先一覧）とあわせて参照可）

#### おたる地域包括ビジョン「小樽市医療介護連携ガイド」

**薬局**

保険薬局名	所在地	電話番号 FAX	診療時間
クリオネアリス西岡薬局	047-0046 小樽市西宮1-16-28	0134-24-3909 0134-24-3915	0800-1730
イルカ薬局幸六	047-0037 小樽市幸六30-16	0134-24-4025	月火木 0900-1730 0900-1230
本館薬局徳富支店	048-7672 小樽市幸六1-7-12	0134-26-3451 0134-26-4153	月火木 0830-1730 0830-1230
徳富薬局	047-0036 小樽市長橋3-8-1	0134-22-7941 0134-22-7941	平日 0830-1900 0830-1700
なの花薬局長橋店	047-0036 小樽市長橋3-8-3	0134-23-8121 0134-23-8121	月金 0800-1800 0900-1900 0900-1100

併行対応	在宅訪問	薬師	訪問	電話	訪問	備考
-	-	△	-	-	-	
-	-	○	-	-	-	
△	△	○	-	-	-	
○	○	○	-	-	-	
△	○	○	-	-	-	

～医療・介護福祉関係者の皆様へ～

#### 薬剤師・在宅訪問サービスの流れと内容

医師・歯科医師から患者の生活状況・薬剤管理の適性・通院困難などの様々な状況の考慮により訪問指示が与えられます。薬剤師は処方箋を以て発見した問題や家族やケアマネジャー、その他の多職種からの相談を受け医師へ訪問提案を行う場合があります。

※薬剤師の在宅訪問サービスを利用するには「医師副読本等」の協定が必要です。この場合の訪問料金は通常薬局での通院を想定していますので、薬剤師が訪問ヘルパー等の派遣が必要なサービスの場合は利用ができません。

※1 処方箋の準備等に在宅訪問とつながる「在宅訪問」「在宅」「処方箋」等と記載していただき、または、電話等によるご指示でも構いません。医師が訪問ヘルパー等の派遣が必要なサービスの場合は利用ができません。

#### 居宅介護支援事業所

事業所名	事業所所在地	電話番号 FAX	24時間対応	訪問	24時間対応	備考
基本宮内介護支援事業所	047-0046 小樽市幸六2-18-22	0134-31-2280	-	○	○	
興学介護支援事業所	047-2671 小樽市幸六1-11-26	0134-28-3477 0134-25-8050	-	-	-	
オクテイ	047-2671 小樽市幸六1-11-26	0134-26-0685	-	-	○	
ケアプランセンター	047-0037 小樽市幸六1-20-18	0134-26-0894	-	-	-	
ケアプランセンター	047-0037 小樽市幸六2-15-62	0134-61-717 0134-61-617	-	-	-	
診療科介護支援事業所	047-0037 小樽市幸六1-17-18	0134-26-6483 0134-26-6486	○	○	○	
宮内介護支援事業所	048-2672 小樽市幸六1-19-5	0134-26-6388 0134-26-166	-	-	-	
シアレーション	048-2672 小樽市幸六2-2-21	0134-64-185 0134-64-191	-	-	-	
宮内介護支援センター	047-0048 小樽市幸六5-9-7	0134-23-6399 0134-32-0850	-	-	-	
らいく	047-0036 小樽市長橋3-2-10	0134-26-6867 0134-26-6857	-	-	-	
なの花	047-0036 小樽市長橋3-8-3	0134-24-4189 0134-25-189	-	○	○	
難病在宅介護支援事業所	047-0036 小樽市長橋5-23	0134-33-411 0134-25-5760	-	○	○	
宮内介護支援センター	047-0036 小樽市長橋5-17-8	0134-22-2870	-	-	-	
通院サポート	047-0036 小樽市長橋5-14	0134-23-403 0134-22-8555	-	-	○	

※特定介護支援事業所（主任ケアマネジャー3名～4名～5名～6名以上）の要件  
 特定介護支援事業所（主任ケアマネジャー4名以上）の要件  
 特定介護支援事業所（主任ケアマネジャー3名以上）の要件

#### 訪問介護事業所

介護事業所名	事業所所在地	電話番号 FAX	24時間対応	訪問	24時間対応	備考
介護サポート きずな	048-2672 小樽市幸六1-19-5	0134-26-1110 0134-26-1166	○	○	△	通院サービス
高齢介護サービス	048-2672 小樽市幸六1-28-11	0134-26-0227 0134-26-0270	△	△	△	
ケアステーション	048-2672 小樽市幸六2-2-21	0134-64-1185 0134-64-1139	-	-	△	
訪問介護ステーション	047-0048 小樽市長橋5-9-7	0134-25-6399 0134-32-0650	○	○	○	
ヘルパーステーション	047-0036 小樽市長橋5-14	0134-64-1616 0134-22-8555	-	△	△	

#### ～意外に知らないヘルパーサービス～

##### 通院等乗降介助について

- 「等」とは？  
病院、歯科医院への受診だけでなく、市役所への各種手続き等、生活するために必要な事項につき「あくまでも院内や手続き等は職員目立てで行う」に対して行われるサービスです。
- サービス内容は？  
タクシーと同等の「送迎サービス」ではありません。  
外出のための準備、持ち物の確認を行った上で、事業所の車に移動介助を行い、目的地の中泊等まで行い、受付の整理を行います。また、戻りは（受診の場合）お薬の受け取りも含まれます。
- 1日に何回使えますか？  
原則、1日1ヵ所（往復）となりますが、受診先より「このまま〇〇病院へ行ってください」との指示がある場合は認められています。
- 複数回の乗降は可能ですか？  
このサービスは、複数回乗降することが認められています。（いずれもサービスの必要方）ヘルパー（運転手）1名でもその車に応じて他の方と乗降する場合があります。

##### （身体算定）通院介助について

- ケアマネジャーのアセスメントにより、軽介護度の方でも利用は可能です。  
1人は運転手（要研修）、1人は院内訪問サービスはもちろんなこと、車内の見守りや介助も含まれています。必ず利用者の側にいたため、必ずヘルパー2名でお願いいたします。
- 院内介助について  
私達ヘルパーは「介護保険」でのサービスです。  
院内で利用者が「レントゲンなどの各種検査」「リハビリ」「診療」等「医療保険」で算定されている時間帯につきましては、サービス料の算定は出来ません。
- 家族の同乗はできません。  
原則「不可」ですが、ケースにより認められる場合があります。

＜例＞  
 ① 認知症が重度で、家族が側にいないと不安となり、車中でも危険なことが想定される  
 ② 痛みコントロールのため麻薬を使用しており、車中も使用の可能性がある  
 ③ リクシオン等、医療行為が必要となるケース

#### 介護支援専門員（ケアマネジャー）とは

介護保険の目的に沿って自立した生活の継続や要介護・要介護状態の軽減または悪化の予防を図ることを目的に、適切な介護サービスが総合的・効率的に提供されるように利用者や支援する仕事で、プランニング機能、マネジメント機能、相談機能、相談機能、権利擁護機能などがある。

#### ケアマネジャーが活躍している場所と業務内容

○地域包括支援センター

- 要介護者（介護予防）のケアプラン作成（3ヶ月に1度、居宅を訪問しサービスのモニタリングを実施）
- 介護全般に関する相談窓口として、必要なサービスや制度の紹介、関係機関への連絡調整
- 成年後見制度の紹介、消費者被害への対応、高齢者虐待の早期発見や防止の取組
- 独居高齢者を把握し、緊急時などの早期発見に努めるため、地域の居宅や民間業者と協力して見守りネットワークの構築

22

▼特に連絡すべき内容を明らかにする例

豊四季台地域高齢社会総合研究会 在宅医療委員会 連携ワーキンググループ  
「在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブック」

4. 在宅療養に必要な多職種連携のルール

(1) 在宅移行時の多職種連携ルール (退院時等)

1 カルテ等資料で確認する事項		
1-1 保険情報について		
病院 ↓ 全職種	【保険情報】 ・医療保険の種類等の患者の基本情報や、介護保険の申請状況、障害手帳の有無などの福祉サービスに関する情報を共有する。	(背景) ・保険情報を共有することで患者の利用できる介護保険および福祉サービスを知ることができ、サービス内容が検討できる。また、患者が利用できる制度の申請を退院までにできる。
2 病院主治医に確認する事項		
2-1 感染症の検査結果について		
病院 ↓ 全職種	【感染症の検査データについて】 ・治療や診断に関わる血液検査データを在宅で支援する多職種と共有する。	(背景) ・主治医が、病状や予後について患者にどのようになら説明したか共有できていなかったため、患者に対する説明にずれが生じ、患者が退院に不安を感じてしまった。
2-2 本人、家族について		
病院 ↓ 全職種	【病状・予後余命の説明とそれに対する本人の希望】 ・患者に説明した病状、予後在宅での支援者と共有する。	(背景) ・病状や予後について家族にどのように説明したかを共有することで、在宅で支援する多職種も家族の不安等を正確に把握し、支援することができた。
ケアマネ ↓ 病院 全職種	【患者・家族に関する情報】 ・患者が入院する前から知っている患者の性格や家族の希望などの患者や家族の情報を多職種と共有する。	(背景) ・ケアマネは、患者が最後まで入院を希望していたことを知っていたが、多職種と共有できていなかったため、退院後、自宅で独りになった患者が不安になり、退院翌日に再入院した。 ・患者の性格や家族関係、経済状況等をケアマネが多職種と共有することで患者や家族の希望に沿ったサービス内容の提案ができる。

18

(2) 在宅療養中の多職種連携ルール

1 患者に関する情報		
全職種 ↓ 全職種	【退院直後の状況】 ・退院直後は病院から在宅への環境の変化が生じるため、初回訪問時に患者の様子を確認し、共有する。(例：痛みの程度、食事摂取、気持ちなど)	(背景) ・退院直後に患者の状態や家族の介護方法を確認し、多職種間で共有することで、サービス内容の見直しや支援策の検討につながった。
全職種 ↓ 全職種	【患者・利用者の病態(認知症による変化も含む)の理解】 ・認知症などによるこだわりや攻撃性など、患者の病態に関する情報とその対応方法について共有する。	(背景) ・患者の性格や病態を知ることにより、多職種がそれに配慮しながら支援できた。また、指導内容をメモ書きにする事で共通の対応ができ、患者も混乱することなく生活している。
2 家族に関する情報		
全職種 ↓ 全職種	【家族の介護方法の習得状況】 ・家族の介護方法の習得状況を把握し、共有する(例：食事介助、おむつ交換)	(背景) ・薬剤師が家族にエンシュアリキッド(栄養剤)の服用方法を説明したが、家族が理解できていないように感じたため、ケアマネジャーと情報共有した。その後、ケアマネジャーからヘルパーに情報共有することにより、ヘルパーからも服用方法を説明することができた。
訪問看護 ↓ 全職種	【家族の医療処置・管理の習得状況】 ・家族の医療処置・管理の習得状況を把握し、共有する(例：痰の吸引、在宅酸素の管理)	(背景) ・訪問看護師が家族に指導した、原量と水分摂取量の記録方法について、後日ケアマネジャーが家族から聞かれたことがあった。
全職種 ↓ 全職種	【家族の状況の変化とその対応】 ・家族の介護力低下状況を共有する。(例：体調不良など)	(背景) ・家族が引越しの準備や心身の変化等の事情により、介護状況に変化が生じた事を共有することで、患者が自力で出来ていたことが出来なくなるなどの状況の変化を一時的なものとして判断し、関係者間で一時的な支援ができた。 ・ヘルパーの訪問回数の見直し等のサービス内容の見直しにつながった。
薬剤師 ↓ 全職種	【家族の薬剤管理】 ・薬の内服方法および保存方法に関する家族の理解状況を把握し、共有する。	(背景) ・生薬を常温で保存している患者がいた。 ・患者や家族が理解している内服方法と、薬局で渡す内服方法が記載されている書面に書かれている事が、違ふときがある。

22

# ▼特に連携する機会の多い入退院を取り出して情報を整理する例

長野市（企画 長野市在宅医療・介護連携推進会議）

「入退院時における ケアマネジャー⇔医療機関 連携・情報収集の手引き」

### ケアマネジャーの皆様へ

**1 入院前の準備**  
医療機関への情報提供に伴い、利用者の状況を把握しておく必要があります。  
・6ページのシートを使用して、利用者（家族）からケアマネジャーに連絡が入るように入れておきます。併せて、医療機関等からの情報収集及び提供のため、個人情報使用について説明し、同意を得ておきましょう。

**2 入退院時における支援プロセスを認識し、連携を取る**  
医療機関は、情報提供を行っています。  
・IP1～13の一覧を参考に連携を取り、担当スタッフ、お金のタイミングなどを確認  
・口頭で連絡提供書、退院時連携シート、ケアプラン等の提供  
・退院前カンファレンスの開催、退院後のケア提供の依頼  
・わかりづらさへ入院について連絡

**医療機関との情報交換時に留意したいこと**  
普段からの連携が大事です。質問が多いと「何が聞きたいかわからない」と言われます。「イエス」「ノー」で回答できる内容にするなど両面に賛同することをお勧めします。  
出来だけ（必須のこと）もありません。医療機関に出向いて情報収集しましょう。  
医療機関からの情報提供の方法は、様々であることを理解しておきましょう。入院時に「退院時連携シート」を通して、ほしい情報を伝えておき、退院時に、聞き取る姿勢が大切です。

一人で判断せず、医療機関スタッフ（専門職）の助言や職場の同僚に助言をもらうなどしましょう。

### 連携にあたってのエチケット

**連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から**  
退院支援は、入院時（前）から始まっています。そして退院後の連携も大切です。「緊急時の信頼関係」は、普段のコミュニケーション、顔の見える関係づくりから築かれるものです。

ケアマネジャーは対象者の **日常** を、医療機関は **非日常** を支えています。

**時間を意識しよう**  
その用事は、急がなければならないことですか？ どの程度急ぐ必要があるのか判断して連絡を取ります。皆さん多忙です。電話でも、会議でも時間は限られていることを意識しましょう。

**あなたの名前をきちんと伝えましょう**  
自分の事業所、名前（フルネーム）を伝えます。名札を着用するなど、**相手が名前を確認しやすいように配慮**しましょう。ケアマネジャーが、病院に出向くときには、服装にも注意を。身だしなみを大切に。

**お互いの視点を大切に**  
お互いの立場や役割、専門性を理解することが大切です。思いやりを持ってコンタクトを取りましょう。患者（利用者）のために何を伝えるべきか、相手はどんな情報がほしいのかを考えて伝えます。

**電話でのマナーを守ります**  
要件を簡潔に伝えるため、あらかじめ内容をまとめて連絡を取りましょう。言葉遣いなど一般的なマナーを守ることもしっかり大切です。連絡をする際にも配慮します。時は金なり！

**わかり易く伝えよう**  
専門用語は使わず、わかりやすく伝えます。話すときにはゆっくり、はっきりと説明を。文章もタラタラ長いものは、好まれません。簡潔書きに記録するなど工夫しましょう。

**担当者が不在でも対応できる体制を**  
緊急時、担当者が不在でも対応できるように体制を整えておきましょう。あなたの職場内のコミュニケーションも大切に。

## 入退院支援の流れとポイント

### 医療機関側の動き

**治療**  
入院診療計画を立てる、治療開始

**退院支援**  
患者に関する情報収集  
・入院前の生活状況  
・家族状況  
・滞院している医療・介護認定・介護サービス利用状況等  
退院困難な要因のある患者を抽出  
入院支援加算(1)算定要件

3日以内  
入院時情報連携加算(1)算定要件

7日以内  
退院支援の方向  
・治療方針、退院  
・患者・家族への院内多職種協力  
・退院支援計画書  
退院に向けた支援関係構築と情報共有を開始  
入院支援加算(1)算定要件

患者・家族への病状説明  
治療終了、退院許可  
患者・家族への生活指導・療養指導等  
診療情報提供  
かかりつけ医

退院前カンファレンス開催  
課題確認情報共有

### ケアマネジャーの動き

日頃から  
・利用者・家族へ入院となったらすぐに連絡をもらうように伝えておく。  
・医療機関の連携窓口を確認しておく。

退院支援が必要方が予定で入院する場合には、入院前に入院時情報提供書を渡しましょう。

3日以内  
入院時情報提供書を医療機関へ持参又は送る  
・入院前の生活状況  
・継続している療養  
・利用者・家族の思い  
・ケアマネジャーの評価等  
入院時情報連携加算(1)算定要件

7日以内  
・利用者の状況確認の割に面会を行う。  
・医療機関より連絡収集  
・必要に応じて病状説明に同席  
・退院後の生活を見据えてケアプランの仮変更を検討  
・要介護度区分変更の必要性を検討  
退院・退所加算(入院中3回まで)

収集した情報を踏まえ、利用者・家族をアセスメントする。  
・退院後の生活を意識した生活支援を検討する。  
・在宅移行時のケアプランの原案を作成する。  
・退院前カンファレンスでの確認事項を整理。

サービス担当者会議の開催  
・ケアプランの確定  
・ケアプランのモニタリング  
・医療機関へ在宅での様子を伝える。

●担当ケアマネジャーがいない場合  
支援担当者が患者・家族の意向を確認し、地域包括支援センターや在宅介護支援事業所の紹介が必要な連絡調整を行う。

24

## 5-2-2 その他の内容

ICTツールの運用ポリシーを複数収集し、掲載する内容の傾向を以下の通り整理した。

### ▼運用ポリシーの内容（項目別の整理）

事例A	事例B	事例C	事例D
1 目的	1 目的	1 目的	1 ポリシーの目的 2 (MCS)の目的 3 使用ICTの活用システム 4 (MCS)の位置づけ 5 他の連絡手段との使い分け 6 運営 7 事務局 8 利用の対象者 9 法令及びガイドライン 10 目的外使用の禁止 11 利用者への注意、指導 12 利用申込
2 法令及びガイドライン	2 法令及びガイドライン	2 法令及びガイドライン	
3 利用申込	3 利用申込	3 利用申込	
4 連携元事業所(患者情報の管理)	4 連携元事業所(患者情報の管理)	4 連携元事業所(患者情報の管理)	
5 連携元事業所の責務	5 連携元事業所の責務	5 連携元事業所の責務	
6 患者同意	6 患者同意	6 患者(利用者)同意	
7 管理者の責務	7 管理者の設置	7 管理者の設置	13 管理者の設置
8 スタッフ誓約書と教育	8 管理者の責務	8 管理者の責務	14 管理者の責務
9 利用上の留意事項	9 スタッフ誓約書と教育	9 スタッフ誓約書と教育	15 スタッフ誓約書と教育 (下にあり)
	10 利用上の留意事項	10 利用上の留意事項	
		11 患者(利用者)グループ	16 患者タイムライン
		12 自由グループ	17 自由グループ
		13 つながり	18 つながり
			19 患者の同意取得
			20 利用上の留意事項
10 ID・パスワードの管理	11 ID・パスワードの管理	14 ID・パスワードの管理	21 ID・パスワードの管理
11 IT機器のセキュリティ対策	12 IT機器のセキュリティ対策	15 IT機器のセキュリティ対策	22 IT機器のセキュリティ対策
	13 内容の二次利用の禁止	16 内容の二次利用の原則禁止	23 内容の二次利用の原則禁止
	14 サービス利用中の安全管理	17 掲載内容の配慮	24 掲載内容の配慮
		18 施設管理者・利用者連絡網	25 施設管理者連絡網
		19 ホームページ	26 ホームページ
		20 災害時連絡手段としての活用	27 災害時連絡手段としての活用
		21 既存システムとの統合に伴う相互運用について	
12 その他		22 その他	28 その他

(このページは白紙です)

## 6 次年度の取組方針の検討

### 6-1 検討部会の開催

「検討部会」については、医療と介護の連携を進めるための具体的な方策を検討する作戦本部として、また職種・協議会間の情報交換の場として今後も継続的に開催することとする。

令和2年度については、日野市の医療と介護の連携の第2ステージであるという現状認識のもと、今年度新たに作成した「市民啓発リーフレット」及び「多職種連携のためのエチケット集」のブラッシュアップを中心に、在宅医療・介護連携推進事業に示された8つの取組の底上げを図ることとする。

#### <検討部会全体の進め方（案）>

- 年4回開催する（予定）
- 全4回の中で以下の内容を中心に検討を行うこととする
  - －市民啓発リーフレットのブラッシュアップ（詳細は6-3参照）
  - －多職種連携のためのエチケット集のブラッシュアップ（詳細は6-4参照）
  - －その他、勉強会等を通じて、医療と介護の連携上の課題の解決を図るプログラムの検討など

### 6-2 多職種協働による連携推進勉強会の開催

「連携推進勉強会」については、多職種の連携を促進する重要な機会となっており、参加者からの評価も高いことから今後も継続して開催することとする。

その内容については、今年度はこれまで継続して開催していた特定の疾患等をテーマにした症例検討ではなく、ICTツールの導入や活用実践をテーマに開催（後者については開催予定であったが中止）していることから、今後も他の取組と相乗効果を発揮するような、医療と介護の連携にとって重要なテーマにポイントを絞って戦略的に開催することを想定する。

また、勉強会の参加者については、既に勉強会に参加している団体内での働きかけや、特に連携の必要性が高い新たな職種との連携などを通じた掘り起こしを行うこととする。

#### <勉強会・研修会の進め方（案）>

- 年4回開催する（予定）
- 全4回の内訳は、第1段階の勉強会1回と第2段階の勉強会3回を想定する
- 第1段階勉強会は、顔の見える関係づくりという基本的な方向性を維持した上で、ICTツールの導入など新たな要素を絡めたアレンジを検討する
- 第2段階勉強会は、医療と介護の連携上の課題の解決を図るような以下のようなプログラムの開発を検討する
  - －例えば、特定の状況（イベント）への対応をテーマにした症例検討（→定型化へ）
  - －例えば、特定の職種等をテーマにした講義やGW（→新たな職種との連携へ）
  - －例えば、連携の課題や必要な対応・仕組みを話し合う（→システムの改善へ）

### 6-3 地域住民への普及啓発の実施

まず、今年度に作成した「市民啓発リーフレット」の配布と、配布にあわせたPRを実施するとともに、この内容をブラッシュアップするために、市民が特に関心の高いサービスや費用の全体像を典型的な症例毎に提示するような副読本・差し込み資料の作成を行うこととする。

イベント「ひの在宅医療・介護サービスフェア」については、今年度の「検討部会」の中で継続開催の意向が強かったことから、令和2年度についても開催することを想定する。

### 6-4 多職種の更なる連携の促進

今年度は「多職種連携のためのエチケット集」を作成したが、まだまだブラッシュアップが必要な内容であるため、令和2年度は、より多くの関係者の意向等を確認し内容の改善や肉付けを図っていくこととする。

また、運用が原因となる課題の解消を目指す「多職種連携のためのエチケット集」に対して、ツールが原因となる課題に対応する方策として、ICTの活用促進を図ることとする。具体的には、今年度に勉強会を開催して試行を開始したMedical Care Stationの本格展開に向けて、登録会の開催や登録・閲覧しやすくなるようなコンテンツの作成、実践的な活用方法の提案などの働きかけを検討する。

### 6-5 国、東京都・他自治体の取組等の調査

「国、東京都・他自治体の取組等の調査」については、検討部会の検討内容にあわせて、以下のような内容を中心に収集・情報提供を行うことを想定する。

- 地域住民への普及啓発関連：サービスや費用の全体像を提示するリーフレット等の事例を調査する
- 多職種の更なる連携関連：ICTツール（Medical Care Station）の活用を促進する勉強会等の事例を調査する
- その他、勉強会の参加促進策など、「検討部会」の中で課題として指摘された事項に対応する参考事例を調査する