

大府市在宅医療・介護連携ガイドライン



大府市在宅医療・介護連携推進会議

【第2版】令和6年2月

～はじめに～

在宅療養者は、日々の生活でたくさんの専門職と関わります。簡単なことでもそれぞれの専門職がやって来るたびに同じことを説明するのは大変なことです。ましてや、それぞれの専門職から違ったアドバイスを受けたとしたらどうでしょうか。混乱してしまうかもしれません。

逆に、朝やってきたヘルパーに「昨夜から熱がある」と話したら、ヘルパーから連絡を受けたケアマネジャーが午後に立ち寄ってくれて、夕方来る訪問看護師にも連絡しておいてくれたとしたらどうでしょう。「わかってきている」という

安心感が生まれるはずです。情報が常に共有された「一つのケアチーム」による「一体的なケア」、そんな在宅医療と介護の連携を目指して、このガイドラインは作られています。



もくじ

1 在宅療養の場面ごとにみる医療と介護の連携のポイント

(1) 在宅療養時の連携	1
ア 在宅療養時の医療的サービス	1
イ 介護サービス提供者の連携における役割	1
ウ サービス担当者会議	2
エ 本人の意思決定に係る情報共有	3
(2) 入院・退院時の連携	3
入院時の連携	4
退院時の連携	4
(3) 急変時の連携	4
在宅療養者の急変時の対応ルール	4
(4) 看取り時の連携	5

2 おぶちゃん連絡帳を活用した連携

(1) おぶちゃん連絡帳とは	5
(2) おぶちゃん連絡帳の導入の流れ	5
(3) おぶちゃん連絡帳の利用の注意点	5
(4) 「ここのーと」を活用した連携	6
(5) おぶちゃん連絡帳を活用した意思決定支援	6
意思決定支援のための5W1H	7
認知症の人の意思決定支援のための6項目	8

3 在宅医療と介護の連携事例

(1) 服薬管理が難しい事例 ～かかりつけ薬剤師と連携した残薬管理～	9
(2) 褥瘡の事例 ～写真で伝える情報連携～	10

1 在宅療養の場面ごとにみる医療と介護の連携のポイント

在宅療養において医療と介護の連携が必要とされる主な場面を「在宅療養時」、「入院・退院時」、「急変時」、「看取り時」の4つに分け、それぞれの場面で医療と介護の専門職が連携して療養者を支援するためのポイントをまとめました。

(1) 在宅療養時の連携

ア 在宅療養時の医療的サービス

★訪問診療・往診（在宅医療）を受けるポイント

- ・本人や家族の意向、かかりつけ医の助言をもとに調整
- ・かかりつけ医が在宅医でない場合は、かかりつけ医から訪問医を紹介してもらうか、訪問看護師あるいはケアマネジャーが訪問医を紹介

★訪問歯科診療を受けるポイント

- ・かかりつけの歯科医に相談
- ・虫歯・歯周病の治療と予防、義歯、口腔ケア、嚥下について相談可能
- ・大府市歯科医師会の相談窓口の利用【相談窓口:つばめ訪問歯科 TEL57-0536】

★薬剤師による訪問や、服薬指導を受けるポイント

- ・かかりつけ医に相談
- ・大府市薬剤師会の相談窓口の利用【大府地区:いしがせ薬局 TEL43-8800】
【共和地区:あずき薬局 TEL45-6766】

★訪問看護を受けるポイント

- ・かかりつけ医に相談
- ・介護保険あるいは医療保険で利用可能



イ 介護サービス提供者の連携における役割

ケアマネジャー

- ・介護サービス担当者からの情報提供があった時は、その都度患者（対象者）の状況を確認しておく。必要な場合は、おぶちゃん連絡帳で医療・介護のサービス担当者による患者支援チームを作り、多職種連携による支援を行う
- ・サービス担当者会議の開催時には、関係者が全員参加できるように調整する。特に医療依存度が高い患者（対象者）については、かかりつけ医に参加を依頼する。

通所介護

- ・担当者は患者のデイサービス利用時の様子やリハビリの進捗状況を日常的におぶちゃん連絡帳で情報提供し、専門職間で共有しておく。
- ・サービス担当者会議への参加依頼があった場合はできる限り出席し、患者（対象者）の使用薬剤・処置等の内容や緊急時の対応について確認しておく。

訪問介護

- ・患者（対象者）の自宅でサービスの提供を行う訪問介護者は、「薬がずいぶん溜まっている」、「食事をしている形跡がない」など、気付いたことがあれば、おぶちゃん連絡帳などを利用して、ケアマネジャーやその他関係専門職に情報提供をする。
- ・サービス担当者会議へ参加依頼があった場合はできる限り出席し、患者（対象者）の状態や日常生活での注意点について確認しておく。

施設（短期入所施設・介護老人福祉施設）

- ・在宅から一時的に施設に入所する患者（対象者）については、在宅での様子や既往疾患等を把握しておく。また、施設から患者（対象者）が在宅に戻った場合は、在宅サービスを提供する専門職者に対し、施設での様子や注意事項についておぶちゃん連絡帳で情報提供する。
- ・サービス担当者会議への参加依頼があった場合は、できる限り出席する。

ウ サービス担当者会議

サービス担当者会議の開催

- ・居宅サービス計画作成時（変更時）にケアマネジャーが開催
- ・患者（対象者）に関する情報をサービス提供者間で共有
- ・患者（対象者）の今後の生活について専門的な立場から意見交換

サービス担当者会議の出席者とその役割

- ・ケアマネジャー：アセスメントの結果報告、居宅サービス計画案提示
- ・本人、家族：希望する生活の在り方やサービス利用の意向
- ・主治医、歯科医、薬剤師：医学的管理に関する情報提供と意見
- ・訪問看護、訪問リハ：処置等の内容やリハビリテーションの内容の説明
- ・通所介護、訪問介護：専門サービス実施上の課題と解決、今後の方針確認
- ・管理栄養士、歯科衛生士など：専門分野の情報提供、サービス実施上の課題解決
- ・住宅改修、福祉用具事業者：生活環境調整等

サービス担当者会議の目的

- ・居宅サービス計画の策定
- ・本人・家族の意向の確認
- ・提供サービスの決定
- ・目標（長期・短期）の決定
- ・総合的なケアの方針の決定



エ 本人の意思決定に係る情報共有

医療・介護の専門職は、サービス提供時に聞き取った在宅療養者の価値観や意向を常に多職種間で共有しておく必要があり、専門職は在宅療養者との対話と記録を続けることで、望ましいかたちで本人の意思決定が行われるための支援を行う。

(2) 入院・退院時の連携

入院時の連携

ア かかりつけ医⇄ 本人・家族⇄ 入院先医療機関

- ・かかりつけ医から患者に対して、専門的な治療・手術のための医療機関を紹介し、紹介状の発行を行う。

イ ケアマネジャー・訪問看護師 ⇄ 本人・家族

- ・入院前、通院中から患者（対象者）の入院に備え、入院医療機関と連携する必要性を説明し、本人や家族の了解を得ておく。
- ・患者（対象者）が入院した場合は、家族・患者（対象者）本人から病名・入院している診療科・病院・病棟・入院日を確認する。

ウ ケアマネジャー・訪問看護師 ⇄ 入院先医療機関

- ・患者（対象者）の情報を、書面で入院先医療機関に提出するようにする。その中で、家族以外にも退院日時の連絡先として加えてもらえるよう伝えておく。
- ・情報提供する対象は、原則、入院したすべての患者（対象者）。

【情報提供書の主な提出先・問い合わせ窓口】

問い合わせ窓口	連絡先
国立長寿医療研究センター 地域医療連携室	TEL 0562-88-3010 FAX 0562-46-3309
刈谷豊田総合病院 患者サポートセンター入退院支援室	TEL 0566-25-9218、0566-25-8286 FAX 0566-25-8329
公立西知多総合病院 患者サポートセンター（退院支援）	TEL 0562-33-5500 内線 21923、21924 FAX 0562-33-0010
南生協病院 相談連携室	TEL 052-625-0373 ※相談時の連絡先 FAX 052-625-0674
藤田医科大学病院 医療連携福祉相談部	TEL 0562-93-2983 FAX 0562-93-2927
あいち小児保健医療総合センター	TEL 0562-43-0500 内線 1050 FAX 0562-43-0504

退院時の連携

退院が決まったら、円滑に自宅での生活に移行できるよう、退院後の課題等を入院先の医療機関と在宅の専門職とで共有する。また、必要に応じて退院前カンファレンスを行う。

ア 退院カンファレンス

- ・退院カンファレンスは入院先医療機関がその必要性を判断して行う。担当専門職が退院カンファレンスを希望する場合は、入院先医療機関の退院支援担当者と相談する。
- ・参加の依頼があった医療・介護の専門職は、できる限り出席するようにする。
- ・ケアマネジャーは事前に退院支援担当者と連携し、本人の意向を踏まえた上で、円滑に在宅生活に移行できるよう、サービスの調整ポイントについて確認しておく。

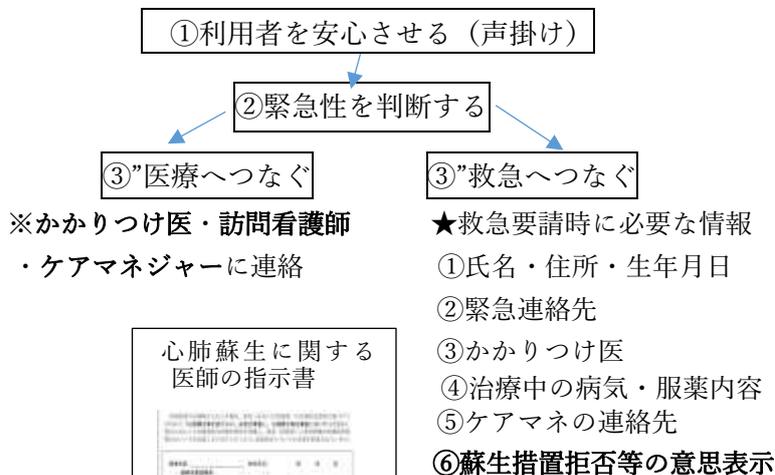
イ 退院カンファレンスを行わない場合

- ・ケアマネジャーは、病院の医療ソーシャルワーカーや看護師を通して、病状や今後予測されるリスクについて十分に把握した上で、退院後に開始・再開が想定される介護サービス事業所とケアの内容等を調整する。また、食事の制限や入浴、リハビリテーション等の中止基準や禁忌事項について伝達する。
- ・医療依存度の高い患者（対象者）や、終末期の場合、ケアマネジャーは主治医（訪問医）や訪問看護師と、必要となる医療的ケアについて確認しておく。

(3) 急変時の連携

在宅療養者の急変時の対応

もし、患者（利用者）の容体が急変したら…



救急時に役立つ情報を記載し冷蔵庫に貼っておくカード

※あんしんヘルプカードは①～⑥の記入が可能です。

<参考>

「人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊活動要領」知多地区メディカルコントロール協議会

【在宅療養者の緊急受入れが可能な短期入所介護施設】

※令和6年2月現在

施設名	電話	住所
デイパーク大府短期入所施設	0562-44-8294	大府市横根町箕手 87 番地の 1

(4) 看取り時の連携

ア 最終的な意思決定支援

・心身機能の低下・悪化により医師が回復の見込みがない終末期であると判断した場合、十分な説明と今後の希望についての聞き取りを行った上で、看取りに向けたケア方法について本人あるいは家族の同意を得る。

イ 医療職・介護職・家族の連携

・介護職は異変を感じたら医師・医療職に素早く連絡できるよう普段から患者(利用者)の状態を観察・記録するように努め、介護職間で密に情報共有できるようにしておく。

2 おぶちゃん連絡帳を活用した連携

(1) おぶちゃん連絡帳とは

おぶちゃん連絡帳とは、大府市の在宅療養者や高齢者に関する医療機関や介護サービス事業所を結んでネットワークを作り、それぞれの持つ情報を共有することによって、質の高い在宅医療や介護サービスを提供することを目的としたシステム。

また、おぶちゃん連絡帳の利用者は、おぶちゃん連絡帳から他市町村の患者(対象者)の支援チームに参加して、広域連携での支援を行うことも可能。

(2) おぶちゃん連絡帳の導入の流れ

ア 患者(対象者)の支援開始時に、医師・訪問看護師・ケアマネジャーなどが、医療関係者や介護サービス担当者に患者(対象者)の支援チームへの参加の同意をもらう。

イ 大府市高齢障がい支援課の窓口では、介護保険の申請時に同意書を取得しており、高齢障がい支援課に同意書の有無の確認を、おぶちゃん連絡帳のメッセージ機能などを使って行う。高齢障がい支援課に同意書がなければ、本人や家族におぶちゃん連絡帳の利用について説明し、同意書を記入してもらう。

ウ 同意書の取得が確認できたらおぶちゃん連絡帳に患者(対象者)の情報を入力する。

※患者情報の入力時に同意書をスキャンして添付する。それができない場合は、メモ欄に同意書の保管場所(事業所名など)を入力しておく。

※必ず「同意書あり」にチェックをしてから、おぶちゃん連絡帳の利用を始める。

エ 支援チームのチーム員(関係専門職)を選択・登録し、チームを作成する。

※この時点から、チーム員(関係専門職)には自身のおぶちゃん連絡帳の患者タブで、その患者(対象者)の情報の閲覧や支援のため投稿が可能になる。

オ チーム員である各専門職は、患者(対象者)の体調の変化や、今後の治療・療養生活における意向など、サービス提供中に得た情報を、おぶちゃん連絡帳に投稿し、共有し合うことで患者(利用者)が安心して在宅で療養生活を送るための支援を行う。

(3) おぶちゃん連絡帳の利用の注意点

ア おぶちゃん連絡帳の利用者、特に患者(対象者)支援チームに入っている利用者は、

適宜おぶちゃん連絡帳の記事を確認するようにする。

- イ 患者（対象者）の登録は、原則、患者（対象者）の住所地の電子@連絡帳で行う。
※他市町村在住の患者（対象者）の支援を始めるとき、支援チーム内にその市町村の事業所が入っていないなどの理由で患者（対象者）の登録ができない場合は、「患者（対象者）」登録依頼書」を使って、その市町村の行政に登録を依頼する。
- ウ 事業所内の人事異動等により、おぶちゃん連絡帳の利用者に変更があった場合は、その事業所の管理者が変更・削除を行う。事業所の管理者に変更があった場合は、大府市高齢障がい支援課の担当者まで連絡する。
- エ 死亡や入所、転居等の理由で患者の支援を終了あるいは中止する場合は、原則、患者（対象者）の基本情報を入力した人が、支援中止の登録を行う。

(4) 「この一と」を活用した連携

おぶちゃん連絡帳のオプション機能である「この一と」とは、在宅医療を受けている障がい者や障がい児、その家族が、スマホやタブレットを使って、支援に係る専門職（医師、看護師、薬剤師、相談支援専門員、教職員など）と情報共有するためのコミュニケーションツール。専門職は、患者（対象者）の自宅での様子の記録を患者（対象者）・家族と共有することで、より適切な支援が可能になる。

※「この一と」の利用については、原則主治医の許可が必要です。

※「この一と」の利用を希望する場合は、高齢障がい支援課へ連絡してください。

(5) おぶちゃん連絡帳を活用した意思決定支援

高齢者の意思決定支援を行う場合、本人の考えや気持ちは変わることを前提に、なるべく早い時期から、繰り返し聞き取りを行う。聞き取った内容は記録をすると同時に、本人に携わる専門職間で共有していく。

- ア 高齢者の意思決定支援を行う時は、その心構えとして、「意思決定支援のための5W1H」（7ページ）を参考にする。
- イ 認知症の人の意思決定支援を行う時に、判断能力の低下等の理由で配慮が必要となる場合は、「認知症の人の意思決定支援のための6項目」（8ページ）を参考にする。
- ウ 聞き取った内容の記録・専門職間での情報共有には、おぶちゃん連絡帳の患者タブを活用し、患者登録後、タイムラインに記事を投稿することで情報共有を行う。

★おぶちゃん連絡帳への患者登録

なるべく早い時期に、担当ケアマネジャー、あるいは、サービス担当者が患者の登録を行う。患者登録の際、医師やサービス担当者による支援チームを作成。

★ACPの投稿方法

本人の意思決定につながる記事を投稿する時は、「ACP」というタグを付けておく。タグ付けをしておくことによって、後から記事の検索が可能になる。

意思決定支援のための5W1H

★意思決定支援＝最終決定ではありませんから、日常生活の中で発せられた何気ない一言を心にとめて、構えず、気負わず、記録していきましょう。

When (いつ)

ACP の対話をするタイミングとしては、在宅医療開始（再開）時、ADL の低下時、身体状態が最終段階に入った時などが主にあげられますが、この時だけに限りません。本人や家族、それぞれにとって適切だと思われるタイミングを捉え、対話するようにしましょう。

Where(どこで)

本人・家族が安心できるような場所（環境）での対話を心がけ、話し合いが必要な場合は、参加者や参加人数にも配慮しましょう。

Who(だれが)

本人や家族と ACP についての対話をするのは決まった職種に限りません。支援に関わるすべての職種が対話の担い手となり、日常の何気ない会話の中に表現された本人の”想い”を記録し、チームで共有するようにしましょう。

Why (なぜ)

本人・家族とのよりよいコミュニケーションを通して、本人の価値観や意向、人生の目標を共有し、それらを実現しようとする姿勢を持って、対話を勧めましょう。

本人に認知機能の低下が見られる場合でも、医療やケアの判断は無理と決めつけず、本人のその時々意思決定能力に応じて支援を行きましょう。

What (なにを)

支援チームは治療・介護・療養場所についての選択肢・各種選択のメリットとデメリットを挙げ、本人・家族が具体的にイメージできるように情報提供することで、意思決定の支援を行きましょう。

How (どうやって)

本人や家族との対話は一度だけではなく繰り返し行うことで、意思決定のプロセスを大切にしましょう。

認知症の人の意思決定支援のための6項目

認知症の人であっても、その能力を最大限活かして、日常生活や社会生活で自らの意思に基づいた生活を送ることができるように支援を行いましょ！

本人の意思の尊重

認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有するということを前提にして、意思決定支援を行いましょ。

本人の意思の決定能力への配慮

本人の意思決定能力を固定的に考えず、本人のその時々意思決定能力に応じた支援を行うようにしましょ。

早期支援

本人が自ら意思決定できる早期（認知症の軽度）の段階から聞き取りを始め、本人の気持ちの変化を遡って確認できるようにしておきましょ。

記録と情報共有

本人からの聞き取りができた場合は、その都度、おぶちゃん連絡帳に投稿することで、記録として残し、支援チーム内で共有しておくようにしましょ。おぶちゃん連絡帳への投稿は整った文章でなくても構いません。本人の言葉をそのままを記載する、メモのように箇条書きにする、などして、なるべく負担のないように行いましょ。

家族への支援

本人が過去に表明した見解について家族が知らない、あるいは異なって記憶していたりすることがあっても、専門職は家族に対して、必要な情報を丁寧に説明することで、家族が不安を抱かないように支援しましょ。

継続的な意思決定支援

本人の意思や気持ちは変わっていくものなので、時間をおいて定期的に確認する、複数の支援者で同じことについて確認してみる、などの工夫をするようにしましょ。

3 在宅医療と介護の連携事例

(1) 服薬管理が難しい事例 ～かかりつけ薬剤師と連携した残薬管理～

<問題となったこと>

Aさんは10年前にうつ病を発症してから抗うつ薬を服用している。最近アルツハイマー型認知症と診断され、治療薬が処方されていた。ある日、訪問介護員から「Aさんは薬の飲み忘れが多く、食事も毎日取れていない様子である」とケアマネジャーに連絡があった。Aさんは「一人暮らしを続けたい」と希望している。週1度、健康管理と服薬指導を目的とした訪問看護を開始したが内服管理は困難なままだった。

■基本情報

【年齢・性別】女性 85歳

【既往歴】高血圧症、脂質異常症、うつ病、アルツハイマー型認知症

【障害高齢者の日常生活自立度】 J1

【認知症高齢者の日常生活自立度】 IIa

【要介護度】要介護1

【家族】10年前に夫が死去、一人暮らし。子ども2人（長男・長女）は県外で生活

【生活状況】近所の病院までは押し車で歩行可能（近くに住む妹が同行）

うつ病になると、調理、家事ができなくなり、1日1食のときもある

【利用サービス・社会資源等】訪問介護、かかりつけ薬剤師、訪問看護、ケアマネジャー
通所介護、家族（妹）※通院時の同行・服薬確認



<問題に対する対応>

ケアマネジャーがAさんのかかりつけ薬剤師に相談し、薬剤師による服薬カレンダーへの配薬、服薬管理・副作用のチェックを開始した。

また、サービス担当者会議を開いて、通所介護の送迎時やケアマネジャー、訪問介護員、看護師、家族の訪問時に服薬の確認をすることにすると、Aさんの薬の飲み忘れは減り、精神状態も安定していった。

■医療と介護の連携ポイント

- ・かかりつけ薬剤師を交えた多職種による残薬確認の体制づくりと具体的な方法についてサービス担当者会議で話し合ったこと。
- ・服薬支援・残薬確認は、居宅療養管理指導による薬剤師の関与が必要であること。
- ・家族（妹）にもサービス担当者会議への参加を要請し、服薬確認の協力を得たこと。

(2) 褥瘡の事例 ～写真で伝える情報連携～

<問題となったこと>

Bさんのデイサービスでの入浴時、職員が仙骨部に2cm×2cmの褥瘡を発見した。Bさんの褥瘡はこれが初めてではなく、家族は「前回と同じようにデイサービスで治してもらえばいい。」と安易に考えているところがある。

■基本情報

【年齢・性別】 男性 80歳

【既往歴】 多発性脳梗塞、血管性認知症

【障害高齢者の日常生活自立度】 C2

【認知症高齢者の日常生活自立度】 IV

【要介護度】 要介護5

【家族】 妻

【生活状況】 ベッド上での生活で日常的な生活動作は困難

【利用サービス・社会資源等】 通所介護、訪問看護、ケアマネジャー、主治医、福祉用具専門相談員



<問題に対する対応>

デイサービスの担当職員は、早急な対応が必要だと考え、褥瘡部分の写真を撮っておぶちゃん連絡帳で報告した。Bさんはおぶちゃん連絡帳に患者（対象者）登録されており、主治医・訪問看護師・ケアマネジャー・デイサービスの担当職員でチームを作って、Bさんの日常的な支援をしている。

報告を見た訪問看護師は、褥瘡には除圧が必要なことからエアマットの導入を提案した。また、エアマットが届くまでの間、丸めたタオルを代用する方法についてもチーム員に伝えた。ケアマネジャーはすぐに家族の承諾を得てエアマットを注文。エアマットの到着予定日をおぶちゃん連絡帳であらかじめ連絡しておいた。

医師に指示を仰いだ訪問看護師は、褥瘡の処置のためにBさん宅を訪問。それ以後はデイサービスの職員から定期的に報告されてくるBさんの体重、褥瘡の写真を確認する方法で経過観察が行われ、Bさんの褥瘡は徐々によくなっていった。

■医療と介護の連携ポイント

- ・ 褥瘡の写真を添付できるおぶちゃん連絡帳で情報共有を行ったこと。
- ・ 褥瘡を早期に発見し、多職種間の協力でケアすることができたこと。

