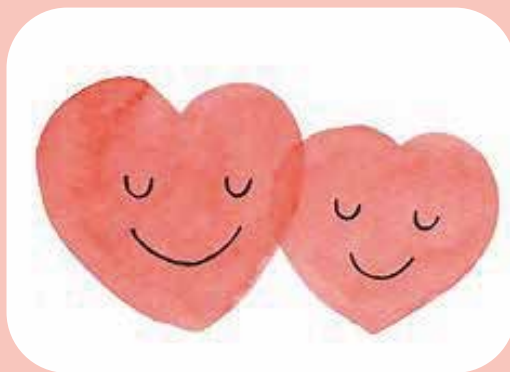


# 医療と介護の連携ブック

## ● 目 次 ●

1. はじめに  
在宅医療・介護連携拠点ポピーについて
2. 医療と介護がともにめざす共通目標
3. 事業と連携ツールの紹介
4. 相談窓口の事例まとめ
5. 自分の連携力をチェックしてみよう
6. おわりに

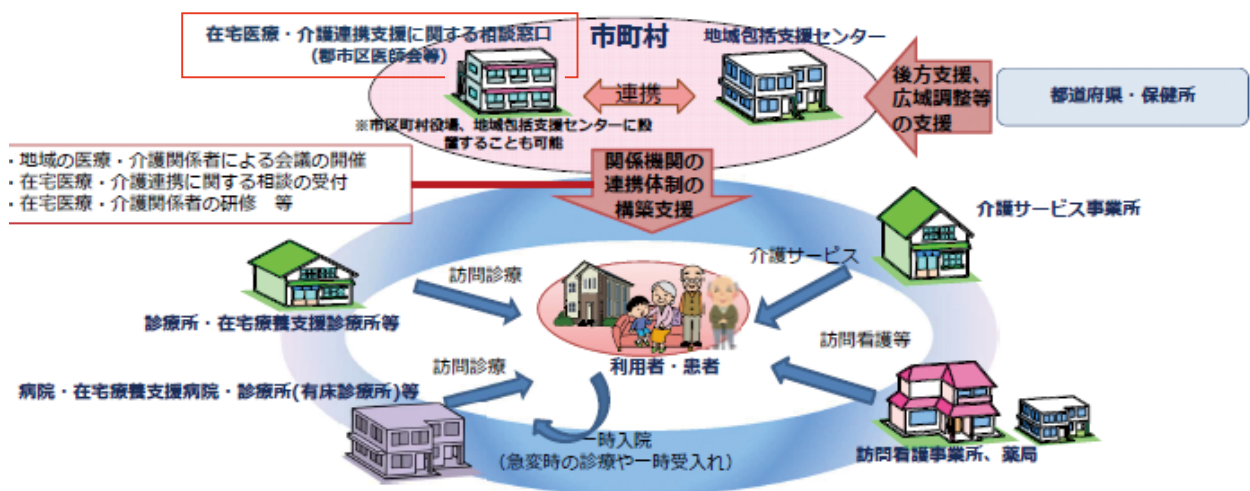


# はじめに

## ● 山形市医師会在宅医療・介護連携室ポピーについて ●

地域支援事業の一つとして山形市から委託を受け、平成 27 年度（2015 年）から、医療と介護の連携推進事業を展開してきました。

超高齢社会に突入した山形市においても、医療と介護の両方を必要とする状態の住民が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療と介護の関係者の協働・連携を推進することを目的として活動しています。



出典 厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000131928.pdf>

2

## ● ポピーの運営会議 ●

円滑な運営に向けて、隔月で「運営会議」開催、さらに課題の内容により、医療・介護分野の代表者と検討する場として「拡大運営会議」を設けています。拡大運営会議では、これまで「看取りにおける医療と介護の連携」「看取り当番医制」「レスパイト機能充実」などについて協議してきました。

## ● ポピーが考える「医療と介護の共通目標」 ●

ポピーでは、医療と介護の関係者がともに、「住民の意思の尊重と実現」「職種間の理解と尊重」という同じ目標を共有することが、連携を推進すると考えています。

## ● この連携ブックでは ●

現場実践者の皆様が、負担少なく、円滑に連携できるよう、これまで構築してきたポピーの連携ツールや相談窓口について紹介しています。

医療と介護が共に

共通の価値観を再認識する事

そこから、連携が始まるとポピーは考えています。

医療と介護の共通目標

「住民の意思の尊重と実現」

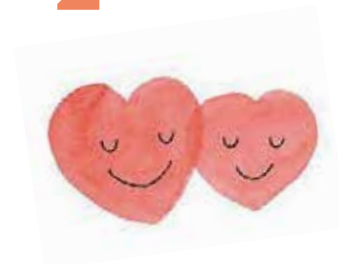
「職種間の理解と尊重」

ポピーからの提案です。



# 【医療と介護の共通目標】

～ポピーからの提案～



- 1. 医療や介護の対象者（以下住民）の権利の尊重**  
住民をかけがいのない存在として尊重し、その権利を守る
- 2. 住民の意思の尊重**  
住民が自らの希望を実現できるよう、住民の自己決定を尊重する
- 3. 住民との信頼関係の構築**  
住民自らの意思に基づいた判断ができるよう、住民と信頼関係を築く
- 4. 住民の意思決定の支援**  
住民がより良い選択ができるよう、専門職として住民へ必要な情報提供を行う
- 5. 住民の意思の共有**  
住民自らが決めた意思を関係者間で共有する
- 6. 関係者間の目的共有**  
住民の意思に沿った支援を行うことができるように、関係者間で目的を共有する
- 7. 関係者間の連携・協議**  
住民の意思実現のために、共通の目的を持ち、目的達成のために多職種で連携を図り、協働する
- 8. 専門性の尊重**  
それぞれの専門性に対して敬意を持ち、専門性を尊重する
- 9. 専門性の相互理解**  
互いの専門性を理解できるように、自身の職種の持つ専門性を伝える
- 10. 秘密の保持**  
住民のプライバシーを尊重し、情報管理に細心の注意を払い、秘密を守る

※共通目標 10 項目は、『新潟市における医療・介護連携「10の心得」』を参考とし、その使用を発行元・新潟市地域医療推進課の許可を得て作成した。

# 医療と介護の連携ツール

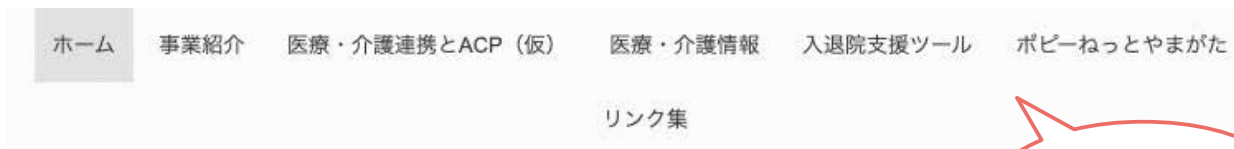


連携に役立つ事業情報やツールを  
ホームページから紹介しています。

1. [ホームページ](#)
2. [研修](#)
3. [在宅医療サービス情報検索システム](#)
4. [入退院支援ツール](#)
5. [ポピーねっとやまがた](#)
6. [相談窓口](#)



● URL:<http://www.yamagatashi-ishikai.or.jp/zaitak>



## 山形市医師会 在宅医療・介護連携室「ポピー」 Yamagata City Medical Association cure and care coordination office

メインメニュー  
日々の業務に役立つ  
便利ツール



研修案内  
など



事業報告や  
医療・介護  
情報

## 研修 目的:多職種の連携推進とスキルアップ

研修、出張講座、フォーラムなど多様なスタイルで展開。約6年間で延べ7027名参加。

### 多職種連携研修

タイムリーなテーマで、地域多職種のスキルアップと連携を深める場として開催。

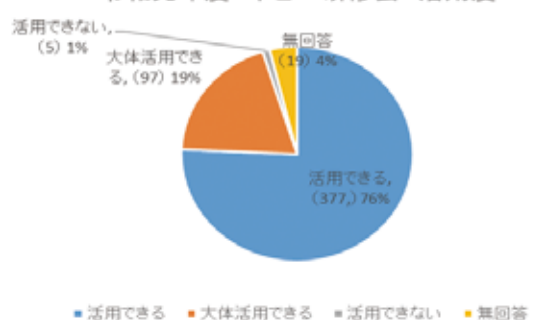
- ・平成27年度(2015):入退院支援を中心テーマに『おうちへかえろうシリーズ』など
- ・平成28年度(2016):認知症、がん緩和ケア、精神分野、複合的課題への相談支援など
- ・平成29年度(2017):訪問看護の活用、家族支援、フットケアなど
- ・平成30年度(2018):精神医療に関する支援者のための研修会5回シリーズなど
- ・令和元年度(2019):意思決定支援5回シリーズなど
- ・令和2年度(2020):認知症の人の意思決定支援、在宅療養普及啓発セミナー



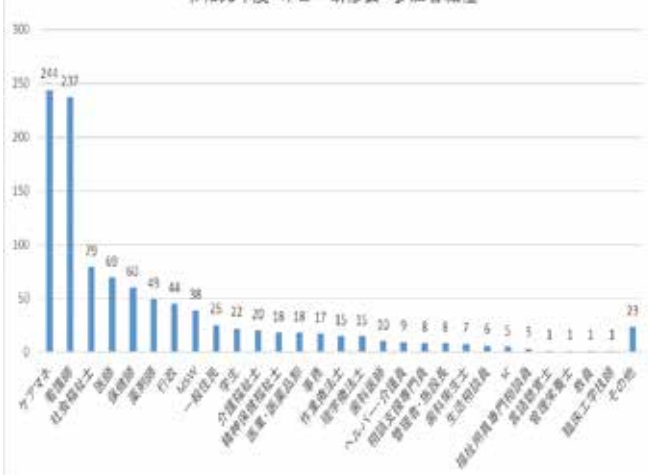
#### R元年度参加内訳

医療機関 40.3%、介護関係機関他 59.7%  
医療・保健職種 47.6%、介護関係職種他 52.3%  
ポピー研修が、「医療と介護の接点」  
となってきた。

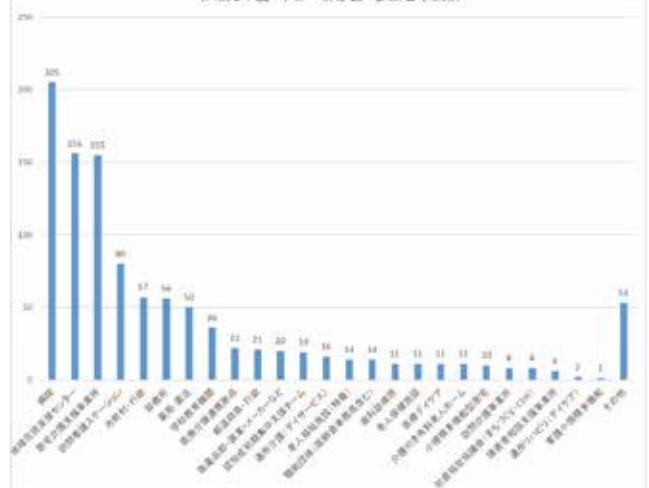
令和元年度 ポピー研修会 活用度



令和元年度 ポピー研修会 参加者職種



令和元年度 ポピー研修会 参加者事業所



### 意思決定支援等の研修アンケートから参加者の感想

- ・退院がゴールでなく、その先の生活を見据えることの必要性、伝える大切さを実感した。
- ・多職種の連携こそが、本人の意思決定のキーワードになると感じた。
- ・濃い時間だった。本人に関わる全ての人で、思いや情報を共有しながら支援していきたい。
- ・誰でも希望や意思は変わる、それを踏まえて本人に寄り添い、チーム作りができるようになりたい。

## 研修や交流会風景

中村伸一医師を迎え-在宅医療について-



最も人気が高い意見交換



医師とケアマネジャーでパネルディスカッション



職種を越えた「医療・介護連携交流会」



病院との合同研修



## 在宅医療・介護推進フォーラム

人とつながりながら自分で決める  
はじめよう人生会議



2019年：初のフォーラム開催  
ACPをテーマに  
福井県・紅谷浩之医師を迎えて  
多職種や住民271名参加



## フォーラムアンケートから参加者の感想

- ・決めなくてもいいから話をしようという所にグッと来た。そのプロセスを繰り返すことにより、本人らしさが見えてくるのだ。
- ・リハビリ分野の学生だが、お話を聴き、機能向上だけではない、豊かな人生を送るための治療を行うことの大切さを知り、より地域分野で働きたい気持ちが強まった。
- ・人生会議のイメージが明るいものになった。
- ・在宅医療のイメージが明るいものになった。
- ・ケアマネジャーとして本人、家族の人生会議を進められるような役割になっていきたい。
- ・紅谷先生の話に感動した（多数）

## 出張講座・介護事業所へ



### テーマ

- ・感染対策
- ・口腔ケア
- ・認知症ケア
- ・服薬支援
- ・リハビリ
- ・フットケア
- ・看取り など

## アンケートから、参加者の感想

- （服薬支援）薬剤師がより身近に感じられた。介護のチームケア、まさにその通りだと思う。
- （認知症ケア）利用者主体のケアを再認識し、自分のケアを見直すきっかけとなった。
- （感染対策）感染経路のビデオで、日常動作の一つ一つが感染を広げる可能性を理解した。
- （看取り）チーム連携が大切だと改めて思った。終末期こそ、チームケアだと思った。

## 出張講座・病院へ



### テーマ

- ・医療と生活の情報共有
- ・入退院支援
- ・地域でのACP実践
- ・訪問看護の活用
- ・ポピーねっとやまがた（医療・介護連携SNS）など

### 感想

- ・連携SNS病院でも使いたい。
- ・病院から地域へ伝えるべき情報が理解できた。

## 住民講座



地域包括支援センターとの協力で  
介護予防、人生会議、在宅医療など  
住民講座にてポピーが講師担当

## 住民アンケートから、参加者の感想

- ・とてもわかりやすく、定期的に勉強していきたいと思った。
- ・私はできれば在宅で一生過ごしたい。支援して下さる方々も充実していることを、あらためて知ることができた。
- ・心の中にあっても家族と話し合うことが意外にできない。元気であるうちに話し合いたいと思った。

★ポピー研修の広報を受け取りたい事業所や個人は、ポピーへご連絡ください。

## 在宅医療サービス情報検索システム

- 専用サイト URL: <http://www.ycma-zaitaku-service.jp/>



- ホームページ「医療・介護情報」のコンテンツ内にも専用サイトのリンクがあります。

在宅緩和医療や、看取りに携わる診療所 174 か所、病院 24 か所のリストを備え、訪問診療、往診などの実施有無、連絡先、連絡方法を迅速に検索できます。

住民や専門職が在宅医療を担ってくれる医師を探したい時、介護サービスの利用に際し、主治医と情報共有したい時、医師間で在宅医療への主治医変更について相談したい時など参考にいただけます。



PDF版のダウンロードも可能

神内・整・内・放・リハビリ		
療養支援状況		
往診	訪問診療	在宅(施設)看取り
○	○	○
医療機器貸出		
ケアマネージャー等からの相談		
連絡方法 直接、電話	希望曜日	事前連絡希望

医師への相談方法や可能時間などが確認できます

- 検索項目

所在地	山形市 上市市 天童市 山辺町 中山町
診療科目	14
往診や訪問診療	実施の有無
在宅療養支援診療所	//
医療機器	貸し出しの有無
麻薬処方	実施の有無

# 入退院支援ツール



## 山形市 入退院支援フロー（地域版）

～暮らしの場に戻るためのケアマネジャーの視点～

### 趣旨・概要

高齢化の進展と、医療と介護の両面を必要とする方が増えており、高齢者が入院から退院後の生活を支える、自分自身も介護を受け、家族とともに安心して生活を送ることが出来る体制づくりが必要となっています。  
山形市入退院支援フロー（地域版）は、高齢者の入院に際するケアマネジャーとしての基本的な視点と支援のプロセスをフロー化したものです。  
ケアマネジャーを中心としたケア支援体制を構築し、入院時の確認・確認がより的確に行われることで、高齢者が安心して暮らしの場へ戻ることを目指すことが出来る体制を整えます。  
入退院支援まで自らして暮らしの場へ戻ることが出来る地域包括ケアシステムの一端として、この「入退院支援フロー」を活用してください。

山形市  
山形市入退院支援ツール（地域版）検討チーム  
令和元年9月 定例会開催  
平成29年9月 初版発行

ホームページからダウンロードできます。

- 山形市入退院支援フロー（地域版）
- 入院時情報提供書（推奨様式）
- 退院時情報収集シート（推奨様式）
- フロー活用のためのテキスト



## 本人・家族・病院・在宅チームで取り組む入退院支援フロー図 ～暮らしの場に戻るためのケアマネジャーの視点～ 山形市版 令和元年9月

時期	入院時	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後から移行期
方向性の共有	<p>入院先の連絡窓口を 確認しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整部門と病棟との連絡（担当者も確認）</li> <li>★「村山地域入退院支援の手引き」別冊「入退院支援に関する病院情報一覧」の活用</li> </ul> <p>在宅生活における現状と課題を情報 伝達しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★入院時情報提供書の関係 添付日：入院後3日以内（加算等別紙）</li> <li>病院訪問 ・電話、ファックス、メール （個人情報取扱い・慎重注意）</li> </ul> <p>療養指導：訪問看護チームの提出 地域包括支援センターに必要に応じて情報提供</p>	<p>本人の状況の確認をしましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病状の確認 ・家族から情報を得る ・状況により病状説明への同意 ・入院診療計画書内容の確認（治療方針・今後の方向性など本人・家族から聞き取り）</li> <li>本人、家族の思い、病状の受止め、希望の確認 ・キーパーソンの確認 ・意思決定支援</li> <li>今後の予測 ・入院前と状態が変化する場合 ・退院に向けた予測（時期等） ・区分変更の必要性の検討</li> <li>退院に向けて一時帰宅（外出、外出）の検討</li> </ul> <p>新たな医療リスクが生じマネジメントが必要な 場合、下記事項を検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護・リハビリの必要性、訪問診療の必要性、薬剤師・調剤薬局調整の必要性</li> <li>★在宅医療サービス情報検索システムの活用</li> </ul>	<p>入院先治療計画及び家族との連携に基づき退院支援の 連携状況の確認・在宅移行時の退院サービス計画を作成し ましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人・家族の思い、希望の確認 ・退院に向けて不安の確認と、軽減のための情報提供 ・病状説明への同意、情報提供などを話し意思決定を支援</li> <li>退院時共同カンファレンス依頼に参加 ・参加する地域の職種をケアマネジャーが調整 ・在宅生活へのスムーズなシフトに向け、医療・生活両面からの検討 ・本人・家族・多職種で目標を検討、共有 ・退院時チームの依頼 ★退院時情報収集シートを活用して情報収集する</li> <li>必要に応じて、病院でサービス担当者会議を開催</li> </ul> <p>医療リスクの発生に伴う、生活への影響を予測しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療的管理方法の検討、退院（又は訪問診療）の確認</li> <li>在宅療養後方支援病院の確認と連絡先</li> <li>退院直後（退院当日も含む）の訪問看護の必要性検討 （市区町村の通知）（特別訪問看護部）も活用</li> </ul> <p>転院状況や介護状況を考慮</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院前と変化した場合、認知機能に応じたプラン変更の必要性を 検討（医療介護サービスや在宅設備・福祉用具の導入等）</li> <li>各種福祉制度・インフォーマル資源活用への検討</li> </ul>	<p>退院時の準備、自 宅への移送手段 等を本人、家族、 入院先病院、チーム 等と確認・調整 しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス担当者会議開催</li> <li>在宅チーム内において、本人状況・ 家族状況を確認し、情報を共有しまし よう</li> <li>本人・家族の望む生活の継続性、新 たな課題の確認</li> <li>在宅生活へのスムーズなシフトに向け、医療・生活両面からの 検討</li> <li>★「ごびーねっつやまがた（医療・介護 連携SNS）」の活用</li> <li>退院後の状況を連絡窓口担当者（運 送担当者を通じて）病院や入院先・外 へ報告しましょう</li> </ul> <p>療養指導：訪問看護担当者の提出</p>	<p>退院直後から移行期</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時・急変時の支援体制の確認</li> <li>・入院前状態との変化に伴う生活 ケア上のマネジメントをモニタリング しましょう ・病院へケアプランを提出しましょう</li> <li>本人・家族の望む生活の継続性 ・ADL・認知機能・IADLの状況 ・住居環境の状況（住居改修・福祉 用具等の適合性）</li> <li>ケア体制の状況（継続・食事・介護・ 移動等）</li> <li>介護負担状況</li> <li>各種福祉制度・インフォーマル資源 の活用状況</li> </ul>
医療上の課題	<p>入院したことと在宅ケアチームへ連絡し、情報 を共有しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医との連絡調整</li> </ul>	<p>ADL・認知機能低下による生活・ケア上のマ ネジメントが必要な場合、下記事項を検討しまし よう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人・家族の望む生活の継続性を検討</li> <li>本人のADL・認知機能の確認と復元能力評価</li> <li>住居環境⇒病棟看護、リハビリチームへ家庭状 況を情報提供し、療養調整について相談・検討</li> <li>ケア体制の検討（継続・食事・介護・移動等）</li> <li>介護力の検討</li> </ul>	<p>医療リスクの発生に伴う、生活への影響を予測しまし よう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療的管理方法の検討、退院（又は訪問診療）の確認</li> <li>在宅療養後方支援病院の確認と連絡先</li> <li>退院直後（退院当日も含む）の訪問看護の必要性検討 （市区町村の通知）（特別訪問看護部）も活用</li> </ul> <p>転院状況や介護状況を考慮</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院前と変化した場合、認知機能に応じたプラン変更の必要性を 検討（医療介護サービスや在宅設備・福祉用具の導入等）</li> <li>各種福祉制度・インフォーマル資源活用への検討</li> </ul>	<p>サービス担当者会議開催</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅チーム内において、本人状況・ 家族状況を確認し、情報を共有しまし よう</li> <li>本人・家族の望む生活の継続性、新 たな課題の確認</li> <li>在宅生活へのスムーズなシフトに向け、医療・生活両面からの 検討</li> <li>本人・家族・多職種で目標を検討、共有 ・退院時チームの依頼 ★退院時情報収集シートを活用して情報収集する</li> <li>必要に応じて、病院でサービス担当者会議を開催</li> </ul> <p>医療リスクの発生に伴う、生活への影響を予測しまし よう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療的管理方法の検討、退院（又は訪問診療）の確認</li> <li>在宅療養後方支援病院の確認と連絡先</li> <li>退院直後（退院当日も含む）の訪問看護の必要性検討 （市区町村の通知）（特別訪問看護部）も活用</li> </ul> <p>転院状況や介護状況を考慮</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院前と変化した場合、認知機能に応じたプラン変更の必要性を 検討（医療介護サービスや在宅設備・福祉用具の導入等）</li> <li>各種福祉制度・インフォーマル資源活用への検討</li> </ul>	<p>緊急時・急変時の支援体制の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院前状態との変化に伴う生活 ケア上のマネジメントをモニタリング しましょう ・病院へケアプランを提出しましょう</li> <li>本人・家族の望む生活の継続性 ・ADL・認知機能・IADLの状況 ・住居環境の状況（住居改修・福祉 用具等の適合性）</li> <li>ケア体制の状況（継続・食事・介護・ 移動等）</li> <li>介護負担状況</li> <li>各種福祉制度・インフォーマル資源 の活用状況</li> </ul>
生活・ケア上の課題	<p>権利保護等の実現が必要を検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の在宅施設等や地域の見守り支援が必要 な場合や権利保護（高齢者虐待・成年後見等）の 対応の必要性</li> <li>地域包括支援センターや市町村、成年後見セ ンター等に相談</li> <li>すでに支援を受けている利用者についてはお 互いに連携し入院中の支援（金銭管理含む）を 調整</li> <li>入院中・退院後の調整期間も同様</li> </ul>	<p>ADL・認知機能低下による生活・ケア上のマ ネジメントが必要な場合、下記事項を検討しまし よう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人・家族の望む生活の継続性を検討</li> <li>本人のADL・認知機能の確認と復元能力評価</li> <li>住居環境⇒病棟看護、リハビリチームへ家庭状 況を情報提供し、療養調整について相談・検討</li> <li>ケア体制の検討（継続・食事・介護・移動等）</li> <li>介護力の検討</li> </ul>	<p>医療リスクの発生に伴う、生活への影響を予測しまし よう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療的管理方法の検討、退院（又は訪問診療）の確認</li> <li>在宅療養後方支援病院の確認と連絡先</li> <li>退院直後（退院当日も含む）の訪問看護の必要性検討 （市区町村の通知）（特別訪問看護部）も活用</li> </ul> <p>転院状況や介護状況を考慮</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院前と変化した場合、認知機能に応じたプラン変更の必要性を 検討（医療介護サービスや在宅設備・福祉用具の導入等）</li> <li>各種福祉制度・インフォーマル資源活用への検討</li> </ul>	<p>サービス担当者会議開催</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅チーム内において、本人状況・ 家族状況を確認し、情報を共有しまし よう</li> <li>本人・家族の望む生活の継続性、新 たな課題の確認</li> <li>在宅生活へのスムーズなシフトに向け、医療・生活両面からの 検討</li> <li>本人・家族・多職種で目標を検討、共有 ・退院時チームの依頼 ★退院時情報収集シートを活用して情報収集する</li> <li>必要に応じて、病院でサービス担当者会議を開催</li> </ul> <p>医療リスクの発生に伴う、生活への影響を予測しまし よう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療的管理方法の検討、退院（又は訪問診療）の確認</li> <li>在宅療養後方支援病院の確認と連絡先</li> <li>退院直後（退院当日も含む）の訪問看護の必要性検討 （市区町村の通知）（特別訪問看護部）も活用</li> </ul> <p>転院状況や介護状況を考慮</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院前と変化した場合、認知機能に応じたプラン変更の必要性を 検討（医療介護サービスや在宅設備・福祉用具の導入等）</li> <li>各種福祉制度・インフォーマル資源活用への検討</li> </ul>	<p>緊急時・急変時の支援体制の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院前状態との変化に伴う生活 ケア上のマネジメントをモニタリング しましょう ・病院へケアプランを提出しましょう</li> <li>本人・家族の望む生活の継続性 ・ADL・認知機能・IADLの状況 ・住居環境の状況（住居改修・福祉 用具等の適合性）</li> <li>ケア体制の状況（継続・食事・介護・ 移動等）</li> <li>介護負担状況</li> <li>各種福祉制度・インフォーマル資源 の活用状況</li> </ul>

●全プロセスを通して、専門職及び支援者間の情報共有を通して本人・家族から同意を得る。  
●在宅チームは常に入院先病院と連携して取り組む ●介護保険の範囲及び区分変更申請の判断は在宅チームと入院先病院と共同で行なう。

★山形市在宅医療・介護連携推進センターのHPよりダウンロード可、利用可。作成：山形市退院支援ツール（地域版）検討チーム（東日本退院支援マニュアル参考）

- ★入退院支援におけるケアマネジャー等の地域支援者の一連の動きがわかります。
- ★プロセスごとの連携のポイントがわかります。
- ★新任者への教育や、自身の振り返りに使えます。
- ★病院との共有場面には、「村山地域入退院支援の手引き」※の活用が有効です。

※[https://www.pref.yamagata.jp/regional/murayama\\_bo/living/welfare/9301023nyuutaiinnsienn.html](https://www.pref.yamagata.jp/regional/murayama_bo/living/welfare/9301023nyuutaiinnsienn.html)

山形市長寿支援課とポピーは、13回の委員会協議や現場ケアマネジャーとの意見交換を経て、フローを完成し、その後

## 市内12病院へ 共有のための 個別訪問をしました。

山形市退院支援フロー（地域版）  
完成に伴う市内病院個別訪問 レポート



**実施期間：平成 29 年 11 月 7 日～ 12 月 27 日**  
**訪 問 先：市内12病院の看護部、退院支援部署等**

(至誠堂総合病院、山形済生病院、山形県立中央病院、篠田総合病院、山形市立病院済生館、矢吹病院、山形徳洲会病院、国立病院機構山形病院、山形厚生病院、東北中央病院、小白川至誠堂病院、山形大学医学部附属病院)

山形市長寿支援課、在宅医療・介護連携室ポピーが市内12病院訪問し、「山形市退院支援フロー（地域版）」について説明し、退院支援に係る病院の状況等についての聞き取りや意見交換を行った。

### ヒアリング内容（平成29年）

- ・フローがあることで、病棟看護師等がケアマネジャーの動きを理解でき、対応しやすくなる。
- ・病院やケアマネジャーの機能と役割を、相互に理解し行動することが、信頼関係を深め、より良い連携になる。
- ・今後の対応につながるため、入院時に認知機能の情報を詳しく提供してほしい。
- ・患者の家族背景についての情報があると助かる。入院する患者は高齢で認知症を抱える方が多く、客観的な情報が役に立つ。
- ・医師からの病状説明は、患者やその家族だけではなく、第三者が同席することで理解が深まる場合などは、病院から同席を求めていることがある。ケアマネジャーも同席の必要性を感じた際は、利用者および家族の同意を得たうえで、病院の担当者に相談してほしい。

- ・退院に向けての調整期間についても、入院前の生活環境等を良く知るケアマネジャー等と情報共有することで、患者が安心して在宅に退院することができる。
- ・退院後の状況報告は、退院後の様子を確認することや再入院の際に役立つ情報である。また、病院としての振り返りや評価する機会になる。
- ・退院後の情報提供は、患者カルテ等で院内共有しており、在宅に帰ってからのことを確認するうえで有効である。（一部の病院では、スキャナでパソコン内にデータとして取り込み、電子カルテで共有している。）
- ・再入院する患者も多くなっているため、退院後の状況報告は再入院の際に役立つ。
- ・退院後の状況報告を受けることは、現状としてまだまだ少ない。
- ・病院は、急性期から慢性期など、その機能や役割が異なるため、情報提供のタイミングが病院によって異なる場合があることを理解してほしい。
- ・入院が予定されている方については、入院前からの情報提供も有効な場合がある。慢性期の病院では、入院相談の段階から在宅生活状況や家族関係などの情報が必要であるなど、連携先の状況に応じた対応により、連携の有効性が高まる。

### そして、現在（令和2年）

フローの作成が、「村山地域入退院支援の手引き」へとつながった。次なる課題「地域、病院それぞれが提供した情報をいかに活用し、住民本人の安心へつなげていくか」に協議が進みつつある。

# ポピーねっとやまがた

## MCS (メディカルケアステーション) を使った医療・介護連携専用SNS



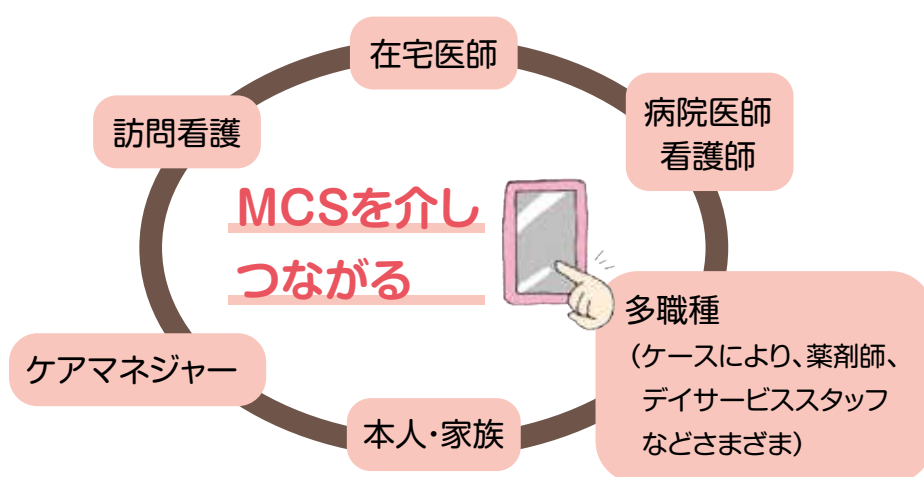
### 4つの機能

- ◆ 患者タイムライン機能 (主治医+多職種)
- ◆ つながり機能 (1対1)
- ◆ コミュニティ機能 (全国の関係者と情報共有)
- ◆ 自由グループ機能 (グループごとの情報交換)

### ⇒ 山形市内・活用事例

#### 〈患者タイムライン〉 (活用には本人、家族の同意が必要です)

例) 訪問看護ステーションを中心に医師や関係職種、場合により本人・家族とも共有



#### (活用中の訪問看護～)

- ・映像の共有ができ、状態の連絡が迅速
- ・本人や家族も、参加でき安心につながる
- ・医師・介護職・CMの参加がもっと進むとよいと思う

#### 〈自由グループ〉

例) 市内14カ所の地域包括支援センターが情報共有



基幹型地域包括支援センターが設定をバックアップ  
全体グループ、部会グループなど活用が進んだ  
多様なツールで 見える、情報セキュリティーが高い  
など利点を実感

MCSは災害発生時の情報連携も想定して構築されているもので、災害時対応が課題となっている今、有効なツールと考えます。

登録お申し込みは、ポピーまで。ホームページからもご覧いただけます。

## 相談窓口

地域専門職や住民の皆様からの医療や介護に関する相談に対応しています。

**山形市医師会**  
**在宅医療・介護連携室 ポッピーです**

地域住民の皆様と、医療・介護従事者のための  
「在宅ケア相談窓口」を開設しています。

**地域の皆様のごこんな相談**

安心できる場所で、  
自分らしい暮らしを続けていけるよう  
**医療や介護の相談**をしたい。  
できれば、最期まで自分の望むように暮らしたい。

他職種とのより良い**連携方法**  
**医療的判断**や**情報の整理**  
医療・介護の**社会資源**

研修会や講師の**紹介**  
**研修会・勉強会**などへの企画支援  
事例検討会での**助言**

**医療・介護従事者のごこんな相談**

などなど、どこに相談すればよいか迷われたとき、どうぞご連絡ください。  
看護師・ソーシャルワーカー等専門職がご相談をうかがいます。  
まずはお電話で（FAX・メールも可能です）

**山形市医師会**  
**在宅医療・介護連携室 ポッピー**  
山形市医師会在宅医療・介護連携室は山形市の委託事業です。

**TEL.023-641-5555**  
**FAX.023-641-5570**

相談時間：月～金曜日 9時～15時30分

〒990-0039 山形市香澄町2-9-30 山形市医師会館 2階  
E-mail: k-tokuda@yamagata.med.or.jp  
poppy@yamagata.med.or.jp  
ホームページ: <http://www.yamagatashi-ishikai.or.jp/zaitaku/>



### 相談元（多い順）

1. 地域包括支援センター
2. 医療機関 / 居宅介護支援事業所（同数）
3. その他の関係機関

### 相談内容（多い順）

1. 在宅医療
2. 地域資源情報
3. 職種間連携
4. その他

### 相談件数

H27年度～R2年度まで延べ相談件数 783件

## 相談事例

多職種連携の第一段階は「ニーズがある人を必要なサービスへつなげること」と言われています。ポピーに多い相談もこの段階ですが、相談者と状況を共有し、連携しながら最適な支援につながるよう努めています。

### 悩んだとき、まずは相談してみませんか。

・プライバシーに配慮し、事例概要を単純化しています。・事業所内のみ共有とし、**取り扱いにご注意**下さい。

**事例1.** 病識がなく、通院が中断しているアルツハイマー型認知症の方への医療の調整

»» 相談者: ケアマネジャー

**事例2.** 主治医に十分相談したいと悩む認知症の方の家族への医療の調整

»» 相談者: ケアマネジャー

**事例3.** 看取りを視野に、訪問看護の協力で在宅医療を確保

»» 相談者: ケアマネジャー

**事例4.** 本人と家族の意向を確認しながら他県から市内病院への転院を調整

»» 相談者: 住民

**事例5.** できるだけ自宅で過ごしたいガン末期の女性と、介護が不安な夫との合意形成

»» 相談者: ケアマネジャー

**事例6.** 病院での最期を想定していた家族が、ガン末期の母親の意思に沿い、在宅看取りを選択するまでの支援

»» 相談者: 住民

●ポピーでは、山形市のご覧の相談窓口とも連携しています。

## 相談窓口（令和3年4月現在）

### 地域包括支援センター

地域で暮らす高齢者やそのご家族の皆さんの総合相談窓口です。  
お住まいの地域により、担当の地域包括支援センターが異なります。まずはお電話下さい。

担当地区	担当センター	電話番号	担当地区	担当センター	電話番号
出羽・大郷・ 明治・千歳	済生会なでしこ	681-7450	第三・第四・第九	かがやき	631-8020
楯山・高瀬・山寺	大森	685-1224	第七	霞城北部	645-9070
東沢	敬寿会	634-2309	第十・飯塚・樺沢	霞城西部	647-8010
滝山	たきやま	622-4577	蔵王	蔵王	688-8099
第六	ふれあい	628-3988	第五・第八・東沢	済生会愛らんど	679-3611
南山形・本沢・大曽根・ 西山形・村木沢	山形西部	646-1165	南沼原	南沼原	664-3080
第一・第二	篠田好生会さくら	635-4165	金井	金井	664-2181

### 在宅医療・介護連携室「ポピー」

住み慣れた地域で暮らし続けるために、医療・介護従事者のための医療と介護に関する相談窓口を、山形市医師会に設置しています。

<連絡先> 在宅医療・介護連携室「ポピー」（山形市医師会内）

TEL:641-5555 FAX:641-5570

（不在になる場合もありますので、その際はFAXにてご連絡ください。）

相談日:月曜日～金曜日 午前9時～午後3時30分 祝日及び年末年始は休み

在宅医療機関などの情報をホームページで紹介しています

<http://www.yamagatashi-ishikai.or.jp/zaitaku>

### おれんじサポートチーム（認知症初期集中支援チーム・認知症地域支援推進員）

認知症の方やその家族に適切な支援を行うため、市内2カ所に職員を配置し、専門医の受診や介護サービス利用の支援、家族の相談助言を行っています。また、認知症地域支援推進員による認知症の正しい理解の普及啓発や、認知症の方の居場所づくりの支援、関係機関のネットワークづくりも行っています。

■おれんじサポートチームえがお（山形市北部担当:ながまち荘内）

■おれんじサポートチームこころ（山形市南部担当:大島医院内）

まずは、担当の地域包括支援センターへ相談ください。

### 生活支援コーディネーター

地域で暮らす高齢者の困りごとを、地域で解決するために地域における生活支援サービスの創出やマッチング、その担い手の養成を行います。

<連絡先>

山形市社会福祉協議会 福祉のまちづくり係TEL:645-8061

### 問合せ先 山形市役所（TEL:641-1212）

地域包括支援センター・医療介護連携・生活支援について

・・・長寿支援課 地域包括支援係（内線564・565）

介護予防・認知症について・・・長寿支援課 予防推進係（内線567・568）

保険給付について・・・介護保険課 給付係（内線846・847）

介護保険料について・・・介護保険課 介護保険料係（内線848・849）



## 多職種連携行動自己評価表（次ページ） をチェックしてみましょう。

在宅ケアにおける連携行動の大切な枠組みとして

---

「意思決定支援」

「予測的判断の共有」

「ケア方針の調整」

「チームの関係構築」

「24時間体制の構築」

の5つがあります。

---

4つの項目それぞれにおいて、チームの他職種と情報共有したかが、連携の評価となります。他職種との理解が深まることで、自身の活動も容易になる可能性もあります。

職種によって、苦手な分野もあるかもしれません。そんなときは、一人で頑張らずに、チームの他の職種に応援を求めることも、大切な連携ではないでしょうか。

また、この連携ブックで、ご紹介した様々なツールを活用していただければ、ポピーとして、うれしい限りです。

---



## ・多職種連携行動 自己評価表・



介入事例について自己評価することで改善点（できなかった点）を見つけ次に活かしましょう！

項目	行動内容	実施
意思決定支援	今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種から情報収集した	
	今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種へ伝えた	
	利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種から情報収集した	
	利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種へ伝えた	
予測的判断の共有	今後起こりうる利用者の生活状況の変化（例：食事の摂取量や排泄の自立度の低下など）について、自身の専門性から判断して他職種に伝えた	
	今後起こりうる利用者の病状変化（例：病気の進行に伴って生じる症状の出現など）について自身の専門性から予測し他職種に伝えた	
	今後起こりうる家族の状況の変化（例：家族の気持ちや介護負担の増強など）について、自身の専門性から予測し、他職種に伝えた	
ケア方針の調整	ケアの方針・ケア計画についてチーム全体で合意を図った	
	ケアの方針・ケア計画について他職種と意見交換した	
	病状の変化に応じてケアプランの変更（他職種のサービス内容や頻度も含め）をチームを組んだ他職種に提案した	
チームの関係構築	他職種が提供しているサービスの具体的内容を情報収集した	
	チームを組んだ他職種と気後れせずに何でも聞ける関係を築いた	
	自身が提供しているサービスの具体的な内容を他職種に伝えた	
	普段から定期的に他職種との顔合わせの機会をもった（勉強会やカンファレンスなど）	
	他職種に対してねぎらいの言葉や、肯定的評価を伝えた	
24時間支援体制	緊急時において、チームを組んだ他職種間で即座に連絡が可能な体制をとっていた	
	平常時において、チームを組んだ他職種間で情報共有できる体制をとった（連絡網や情報交換ツールなど）	

※本自己評価表は、藤田淳子氏（順天堂大学大学院医学系研究科・在宅看護学部准教授）に了承を得たうえで、「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発：厚生学の指標、2015,62(6)（筆頭研究者藤田氏）を参考とし、在宅医療・介護連室ポピーが作成した。

## おわりに

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行し、2020年9月時点で高齢化率28.4%と世界最高となりました。そのような中、「たとえ介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築」がうたわれています。これらが一体的に提供されるためには、医療と介護の専門職が「本人の意思の尊重と実現」「職種間の理解と尊重」という共通の目標(価値観)を認識し、連携して、住民を支えていく必要があります。

私達ポピーは、これからも多様な現場実践者の連携推進を目標に、事業の工夫に取り組んでまいります。この連携ブックが、日頃の実践のお役に立つことができれば幸いです。

### ポピーが考える連携のキーワード



ねもと(医師)

多職種協働を推進しよう



とくだ  
(在宅看護専門看護師)

フラットな関係性を作っていこう



かの(社会福祉士)

信頼関係を築こう

連携  
キーワード

編集・発行

山形市医師会 在宅医療・介護連携室ポピー

根本 元 (室長兼医師会会長)

徳田喜恵子 (在宅看護専門看護師)

鹿野 詩子 (社会福祉士)

TEL : (023) 641-5555

2021年3月