



鹿沼市

在宅療養多職種連携ガイドブック



KANUMA
TOCHIGI JAPAN
STRAWBERRY CITY

目 次

はじめに	1
1. よりよい多職種連携のために	2
(1) すべての職種の方へ	2
(2) ケアマネジャーのみなさんへ	4
・ 関係機関へ連絡する前に	4
・ 関係機関への連絡	4
・ 在宅時	5
・ 入退院時	7
(3) 医師のみなさんへ	8
(4) 病院、診療所のスタッフのみなさんへ	10
2. 多職種多機関を知ろう	13
(1) ケアマネジャー	13
(2) 高齢者支援センター	14
・ 高齢者支援センター一覧	15
(3) 病院等の退院支援、医療相談部門	16
(4) 在宅医療（訪問診療）	17
(5) 訪問歯科診療	18
(6) 薬剤師	19
(7) 管理栄養士	20
(8) リハビリテーション専門職	21
(9) 訪問看護ステーション	22
・ 介護保険または医療保険で訪問看護を提供するときの流れ	23
・ 訪問リハビリテーション事業所及び訪問看護ステーション一覧	24
(10) 在宅医療・介護連携相談窓口	25
3. 入退院共通連携シート様式一覧	26～
○在宅・施設 → 医療機関	
・ シート	
・ 記入例	
・ 記載時の注意点など	
○医療機関 → 在宅・施設	
・ シート	
・ 記入例	
・ 記入マニュアル、記載時の注意点など	
○DESIGN-R（褥瘡アセスメントツール）	
○認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	
○障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	

はじめに

本市では、平成27年度から在宅医療・介護連携推進事業に取り組み、在宅療養を支える多職種による研修会「鹿沼地区の在宅医療と介護を考える会」などを継続的に開催してきました。現在、医療や介護に従事する方の間に顔の見える関係ができてきつつあり、ネットワークが広がったことから、良い連携が図れるようになってまいりました。

しかし、職務経験年数が少ない、在宅医療を利用するケースを担当したことがないなど、他の職種との連携に難しさを感じる方もいるのが現状です。

このような中、より一層の多職種連携を図ることを目的に、医療や介護職の役割や専門性、連携をする際に知っておきたいマナーをまとめたガイドブックを作成することとしました。

このガイドブックが一つのきっかけとなり、医療や介護に携わる関係者一人ひとりの意識の向上につながっていくことが、何よりも大切であると考えております。在宅療養を支えている医療と介護の関係者、そして病院スタッフのみなさまが、気持ちの良い連携を図ることができるよう、ご活用いただければと思います。

なお、このガイドブックは今後、その時々課題を見つめ、必要事項を追加・修正してまいりますので、関係者のみなさまにおかれましては、引き続きご協力をお願いいたします。

“ 連携は、マナーと心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から ”

1 よりよい多職種連携のために

(1) すべての職種の方へ

①お互いに思いやりをもち、ていねいな対応を心がけましょう

（解説）お互いの立場、役割、専門性を理解することが大切です。職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。
相談しやすい関係を作るために、利用者のことを考えお互いを尊重し、気持ちよく仕事をしていきましょう。
相手に失礼のない身だしなみも大切なエチケットです。

②お互いに日常的な情報交換を忘れずにしましょう

（解説）顔の見える関係から、顔が見えなくても通じる関係につながります。
電話では、あらかじめ内容をまとめてから、連絡を取りましょう。

③他職種に連絡をとるときにはどの程度急ぐ要件か判断して連絡しましょう

（解説）それぞれ時間が限られた中での仕事をしています。急ぐ用事でなければ、ゆっくり対応できるとゆとりができます。どの程度急ぐ要件か判断して連絡しましょう。

④患者（利用者）の名前はフルネームで伝えましょう

（解説）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。

⑤担当不在時の際にも対応ができる体制を整えておきましょう

（解説）緊急時も含め担当者不在時の連絡体制は、事業所ごとに整理しておきましょう。代理の職員が決定したり、連絡がつく体制を整えたりしておきましょう。
職場内のコミュニケーションも大切にしましょう。

⑥各職種の専門用語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう

（解説）医療職も介護職も、自分の業種以外の専門用語には慣れていません。専門用語を使わず、わかりやすく伝えます。話すときは、ゆっくり、はっきりと説明しましょう。

⑦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

（解説）みな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。

◆在宅時

①訪問時間はお互いのできる限り守りましょう

（解説）訪問時間がずれて他のサービスと重なると報酬算定が難しくなる場合や、次の訪問先に影響が出ることがあります。お互いのできる限り訪問時間を守りましょう。遅れるようであれば連絡を入れましょう。

②看取りの時は、家族の揺れる気持ちを多職種で支えましょう

（解説）在宅看取りが近づくと家族の気持ちが大きく揺れます。揺れる気持ちを多職種で理解し、情報共有しながら、利用者や家族を支えましょう。看取りの時期には特に気を付けて、密に情報共有を行いましょう。

◆入退院時

①入退院共通連携シートを活用しましょう

（解説）入退院共通連携シートを活用しましょう。このシート活用で、スムーズな退院準備を目指します。

②入退院共通連携シート等は介護サービス事業所間で共有しましょう

（解説）入退院共通連携シート、看護サマリー※、リハビリ施設間連絡票、薬剤情報提供書を入手した場合には、ケアマネジャー、訪問看護ステーションやその他の介護サービス事業所間でも情報共有できると、利用者の状態が把握しやすくなります。また、共有する際は個人情報取り扱いに気をつけましょう。

※看護サマリーとは、退院・転院時に患者の治療や経過、看護等をまとめたもの

(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うえ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

①利用者・家族から確認できることは確認しましょう

(解説) 利用者・家族には病院から渡されている資料や病気・薬の説明書等もありますので、活用して確認しましょう。

②利用者の同意をとりましょう

(解説) 利用者の情報を得たり、提供する場合は利用者・家族の同意が必要です。同意を得ることにより他職種との連携がスムーズになります。

③聞きたい内容を整理し明確にしましょう

(解説) 自身で出来る限りの情報を集め、利用者のために何を伝えるべきか、相手はどんな情報が欲しいのかを考えて伝えることも大切です。他職種には専門的に聞きたい内容のみにしぼりましょう。書面の場合、文章もダラダラ長いものは好まれません。箇条書きに記載するなど工夫しましょう。

◆関係機関への連絡

①医療機関への訪問の前にアポイントメントをとりましょう

(解説) 病院などの医療機関ではアポイントメントのない訪問には、対応しにくい場合があります。

②医師には、まずは自分がケアマネジャーであることを伝えましょう

(解説) ケアマネジャーの仕事内容を知らない方もいますので、自分が担当ケアマネジャーであること、事業所、名前(フルネーム)を主治医に伝えましょう。面会時には名札を着用し、名刺を渡すなど、相手が名前を確認しやすいように配慮しましょう。

◆在宅時

①サービス担当者会議※には介護保険サービス事業所やかかりつけ医師等に声をかけましょう

（解説）都合がつかず出られないこともあります。なるべく連絡するようにしましょう。緊急でない場合の担当者会議はあらかじめ十分な日程調整を行い、家族や介護サービス事業者を含めてなるべく出席できるようにしましょう。

都合で出席できなかった方へは、情報提供を忘れずに行いましょう。

※「サービス担当者会議」は利用者に関わるサービス機関が一堂に会する場で、チームケアを進めるうえで欠かせない多職種連携会議です。

②かかりつけ医とは日頃から、情報交換をしておきましょう

（解説）日頃から信頼関係の醸成に努め、必要な情報交換を行っていきましょう。

医療機関との連携が密に必要な利用者の例としては、

①呼吸器、酸素吸入器等の医療機器使用、点滴、経管栄養、吸引、インスリン注射等の医療処置の必要な方

②在宅ターミナルケアを行っている方

③食事制限、活動制限等の医学管理を行っている方

④退院後間もない方

⑤入退院を繰り返している方 などで。

また、かかりつけ医が気になる介護情報としては、ケアプランの内容、利用者の生活や介護状況などです。かかりつけ医とスムーズかつ円滑な連携を図るためにも、医師が気になる介護情報の提供を行いましょう。

③薬剤師（薬局）とは日頃から、情報交換をしておきましょう。

（解説）高齢者は複数の疾病を有することが多く、多種類の薬剤を併用しているため、薬の相互作用・副作用、市販薬の薬剤情報等について相談を受けることがあります。

薬についての説明は、主治医、薬剤師においても行われますが、日頃から信頼できる薬剤師がいる薬局と連携して、適切な情報提供等ができるように配慮しておきましょう。また、「おくすり手帳」を活用しましょう。

④歯科医師とは日頃から、情報交換をしておきましょう

（解説）高齢者にとっては、入れ歯の悩み、歯ぐきの腫れ、口臭、食べこぼしなど口腔ケアの問題は切実ですので、日頃から信頼できる歯科医師と連携して、適切な情報提供等ができるように配慮しておきましょう。

⑤利用者の口腔に関する問題や服薬状況等について、医師や歯科医師、薬剤師と情報共有し連携しましょう

（解説）居宅サービス事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーが主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことが義務づけられています。

⑥情報共有の方法を決めましょう

（解説）ひとりの利用者に複数の事業所が関わっている場合、他の事業所がどのようにサービス提供しているかノートなどで情報共有しましょう。
ノートを利用する場合にはサービス提供時必ず目を通し、確認した証として、日時・所属・氏名を記載しましょう。

⑦通所リハビリや訪問看護、訪問リハビリテーション等の医療系サービスの利用をケアプランに位置づける場合には、必要性や内容等について主治の医師等に相談し確認しましょう

（解説）医療系サービスを利用する際は、利用者の同意を得て主治の医師等に意見を求める必要があります。また、意見を求めて作成した居宅サービス計画については主治の医師等に交付する必要があります。



◆入退院時

①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

（解説）在宅ではケアマネジャーのケアプランに沿ってチームで関わっていますので、サービス提供事業者には早急に連絡しましょう。

②入院先に自宅等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

（解説）ケアマネジャーは入院時情報提供書※を病院へ提出しましょう。退院調整がスムーズになります。

※27 ページ、入退院共通連携シート参照

③病院へ情報提供を求める前に先ず利用者・家族と相談しましょう

（解説）病院では利用者や家族の了解なしに、介護サービス事業所などへ情報提供することは困難です。利用者・家族と相談しながら退院調整に向けて動いていることを病院に伝えましょう。

病院の付き添いやインフォームド・コンセント時の立ち会いは、利用者や家族を通して病院や医師に確認するようにしましょう。

④病院が退院前カンファレンスを開催する際、在宅生活を支えていくうえで連携が必要な事業所の調整を必要に応じて相談しましょう。

（解説）在宅生活を再開するうえで特に医療面での連携が必要な利用者の場合は、病院が開催する退院前カンファレンスに連携が必要な事業所が参加できるように病院に相談しましょう。



(3) 医師のみなさんへ

①かかりつけ医師は書類を早くきれいに、生活のことを含めて書きましょう

(解説) かかりつけ医の書く書類として、主治医意見書、訪問看護指示書、訪問薬剤指導指示書などがあります。主治医意見書はケアマネジャーも読んでいます。早めに読みやすい字で書きましょう。病歴と共に服薬の状況を書くと良いでしょう。また、生活のことも含めて書くと介護サービス事業所の参考になり、スムーズな支援につながります。『い』『ろ』『は』『に』『す』『めし』に着目して書くと良いでしょう。

『い』：移動

『ろ』：ふろ

『は』：排泄

『に』：認知症

『す』：睡眠

『めし』：食事



②ケアマネジャーや訪問看護師とは日頃から、情報交換をしておきましょう

(解説) 日頃から信頼関係の醸成に努め、必要な情報交換を行っていきましょう。また、サービス担当者会議※には出席しましょう。この会議では、医学的見地から医師の意見が重要です。

※サービス担当者会議は利用者に関わるサービス機関が一堂に会する場で、チームケアを進めるうえで欠かせない多職種連携会議です。

③かかりつけ医師は急変時の対応方法などを、あらかじめ示しておきましょう

(解説) かかりつけ医師は緊急を要する症状や状態などをあらかじめ介護サービス事業所へ知らせておきましょう。また、急変時の連絡先や、対応方法などをあらかじめ示しておきましょう。



④医療用麻薬の処方は計画的にしましょう

（解説）問屋に麻薬がない場合や、週末には納品までに数日かかることもありますので、処方計画的にしておきましょう。

⑤ケアマネジャーやサービス提供者の診察時立ち会いの必要性をご理解ください

（解説）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、診察に立ち会うことで医師との連携をはかる場合があります。

⑥訪問歯科医師や薬剤師とも連携をとりましょう

（解説）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、診療所の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。

①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、患者さんや家族の代わりに意思決定や同意をすることはできません

(解説) サービス提供事業所は、患者さんや家族の代わりに入退院の事や治療方針などの意思決定、同意をすることはできません。患者さんの意思・治療方針の決定等については患者さん本人かご家族に確認しましょう。

②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

(解説) 介護サービスの調整や自宅環境の整備にはある程度の時間が必要です。退院前に早めの連携ができるとその後の調整や連携がしやすくなります。

③退院調整の際は、在宅生活をイメージしてケアマネジャーと連携・情報交換をしましょう。

(解説) 病院と在宅では、患者さんの生活環境や支援する人が大きく異なります。退院後の生活全体をイメージして連携をしましょう。

④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

(解説) 退院までに十分な指導が行えなかった場合でも、在宅生活を踏まえて、いまどの程度までできているのか、退院後に関わるケアマネジャーと情報の共有をしましょう。



⑤退院前や外来時、ケアマネジャーからサービス利用の必要性などについて意見を求められることがあります

（解説）患者さんが通所リハビリや訪問看護、訪問リハビリなど一部の医療系介護サービスを利用する場合、ケアマネジャーからサービス利用の必要性などの意見を求められることがあります。ケアプラン作成のためにとても大切な確認なので、ご理解のうえご協力ください。

⑥退院患者に訪問診療が必要と判断された場合、まずはかかりつけ医師に訪問診療について確認・相談しましょう

（解説）普段は訪問診療をしていなくても、長く経過を診ているかかりつけの患者の場合やその状況により訪問することもあります。

⑦退院時に、胸部レントゲンと感染症の情報提供が必要か、ケアマネジャーに確認しましょう

（解説）ショートステイなどの介護サービスを利用しようとする場合、かかりつけ医からの胸部レントゲンと感染症の情報を求められることがよくあります。在宅患者の場合は、受診が難しく費用負担と手間がかかりますので、情報提供があると助かります。

⑧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

（解説）退院時に使用された薬の内容をおくすり手帳等に記載するなど、かかりつけ薬局薬剤師が確認できるようにしましょう。



◎ケアマネジャーとは退院後も気になることがあれば日頃から、情報交換をしておきましょう

（解説）高齢者は疾病を持ちながら地域で療養、社会生活を送っていますので、在宅生活を支える要のケアマネジャーとは日頃から情報交換をしましょう。

外来では利用者が受診する際、自宅での療養生活、治療の継続の様子など様々なニーズを把握することができます。

『い』『ろ』『は』『に』『す』『めし』に着目して生活状況を把握すると良いでしょう。

『い』：移動・・・歩くときにふらつく？ロコモティブシンドロームや脱水かも

『ろ』：ふろ・・・お風呂に入りたくない（入りたがらない）？認知症の初期症状かも
体の清潔が保てず感染症を起こしやすい

『は』：排泄・・・排せつリズムが乱れている？便秘が原因で発熱や吐き気、食欲低下、情緒不安定になることも

『に』：認知症・・・いつもと違う言動や物忘れがひどくなった？徐々に進行する場合は認知症の可能性も

『す』：睡眠・・・寝つきが悪い？よく眠れない？生活環境の変化や精神的な悩みや不安、薬の副作用などが原因かも うつ病の可能性も

『めし』：食事・・・食欲がない？食べる量、回数が減った？低栄養になると、免疫力が低下し感染症など、さまざまな病気の原因に

患者さんが安心して療養ができるよう在宅生活を意識し、介護や福祉に関する知識を持ちましょう。

“ 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 ”



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」といます。

仕事内容は？

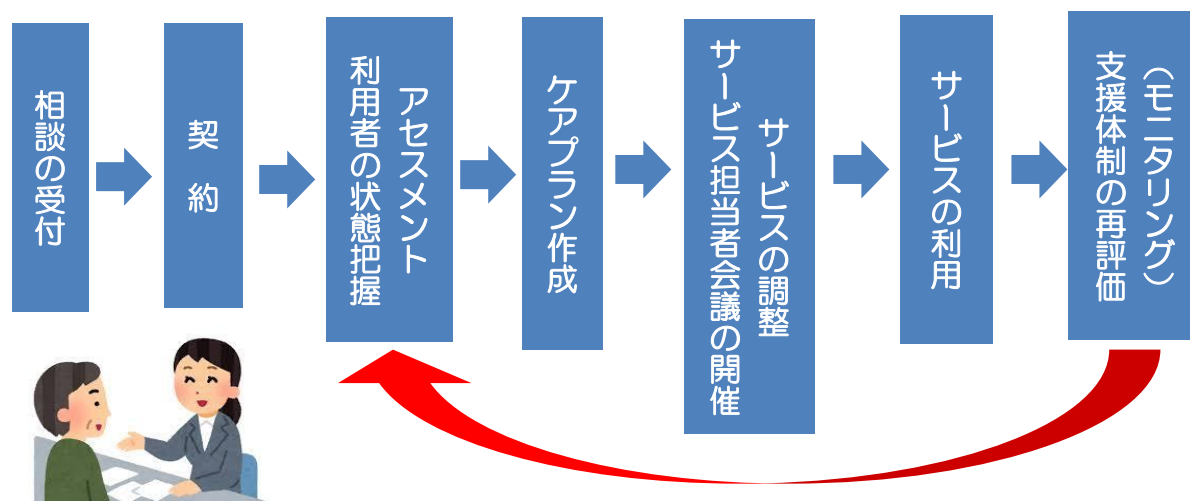
ケアマネジャーは支援が必要な方、その家族などから相談を受け、その方の心身の状況に応じて最適なサービスを受けられるよう、総合的なコーディネートやマネジメントを行います。

介護保険制度を推進していくうえで、支援が必要な方やその家族と介護サービス等を提供する施設や業者とをつなぐ橋渡しの役割を担っています。

具体的には・・・

利用者の面談、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、モニタリングの実施などです。

ケアマネジメントの流れ



(2) 高齢者支援センター

- ◆高齢者支援センターは、高齢者の生活を支える身近な相談窓口です。
- ◆鹿沼市内の高齢者支援センター一覧は、15ページにあります。

たとえば・・・

- ・介護保険サービス等について知りたい
- ・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
- ・足腰が弱って買い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

お気軽にご相談
ください



◎介護のこと、健康のこと、権利を守ること、その他いろいろな相談ごと

総合相談

・在宅介護や介護保険、認知症のこと、その他の福祉サービスのことなど、お気軽にご相談ください。

介護予防の普及・啓発

・支援や介護が必要にならないよう、運動や健康指導などの様々な介護予防事業を行っています。

3職種による包括的支援



保健師等 社会福祉士 主任ケアマネジャー

介護予防支援

介護予防ケアマネジメント

・要支援1、2および事業対象者と認定された方々のケアプラン作成を行います。

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を行います。

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を行います。
・ケアマネジャーからの相談を受け後方支援などを行います。

鹿沼市高齢者支援センター一覧【令和3年11月現在】

名称	住所・連絡先	担当地区
鹿沼市 高齢者支援センター	鹿沼市今宮町1688-1 (鹿沼市役所内) TEL: 63-2175 FAX: 63-2169	鹿沼市全域
高齢者支援センター東	鹿沼市上石川1465-4 (北犬飼コミュニティセンター内) TEL: 74-7801 FAX: 74-7802	鹿沼東部、北犬飼地区
高齢者支援センター 東部台	鹿沼市幸町2-1-26 (木村ビル1階) TEL: 74-7337 FAX: 74-7338	鹿沼北部、東部台地区
高齢者支援センター北	鹿沼市富岡492-2 (オレンジホームデイサービスセンター内) TEL: 62-9688 FAX: 74-5551	菊沢、板荷地区
高齢者支援センター中央	鹿沼市上殿町960-2 (老人保健施設かみつが内) TEL: 64-7236 FAX: 64-2753	鹿沼中央、東大芦、 西大芦、加蘇地区
高齢者支援センター南	鹿沼市縦山町40-2 (デイサービスセンターリズム内) TEL: 60-2000 FAX: 63-4141	北押原、南押原地区
高齢者支援センター西	鹿沼市口栗野1780 (栗野コミュニティーセンター内) TEL: 85-1061 FAX: 85-1062	南摩、栗野、粕尾、永野、 清洲地区

※令和2年4月より地域包括支援センターの名称を、高齢者の相談窓口として市民に分かりやすく理解していただくため「高齢者支援センター」としました。



(3) 病院等の退院支援、医療相談部門

(医療ソーシャルワーカー、退院支援看護師)



病院内にある、入退院支援や医療相談、地域連携等を担う部門です。

診療所では退院支援、医療相談部門がない場合もありますので、看護師にご相談ください。

こんな相談をお受けします！！

- ・退院後の療養生活について
- ・福祉サービスの申請や利用の方法について
- ・各種施設、医療機関等の利用について
- ・医療費や生活費などについて
- ・通院または入院中の家族の生活や仕事について
- ・病気や治療に心配や不安がある



連携

地域の医療・保健・福祉機関と連絡を取り合い在宅療養等への支援を行っています。

- ・退院後の療養環境調整やサービス利用等
- ・在宅療養中の患者の受診・入院に係る相談・調整等
- ・介護施設や医療機関等の情報
- ・利用できる制度等の案内



(4) 在宅医療（訪問診療）



様々な原因で病院や診療所への通院が難しくなった時、自宅や施設※1 など住み慣れた場所に、医師※2 が訪問し、診察や治療、処置など病気の診療を行うことです。

病気や障がいがあっても、住み慣れた場所で暮らしながら医療を受けることができるよう、医師だけでなく、場合によっては訪問看護師や介護の専門家がチームを組んで支援します。

※1 サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム、グループホームなども在宅医療の対象となります。
 ※2 かかりつけ医が在宅医療を実施していない場合もあります。詳しくは各医療機関にお問い合わせください。

在宅医療の対象者は…

脳卒中後遺症、運動器疾患、認知症等の虚弱な要介護高齢者だけでなく、がん終末期や、パーキンソン病、ALSなどの神経・筋難病、医療処置が必要な小児、身体障害、精神疾患の方も対象となります。

在宅医療の内容

全身状態の診察を基本として

- お薬の処方
- 点滴
- 中心静脈栄養や経管栄養
- 床ずれなどの処置
- 酸素療法や人工呼吸器の管理等の医療処置
- 認知症の方へのケアなど
- 血液検査など

在宅医療は「訪問診療」と「(緊急) 往診」に分けることができます。

訪問診療は…

あらかじめ決めた曜日、時間に訪問する、いわば定期往診のことです。



(緊急) 往診は…

容態の変化や悪化により、患者さんまたは家族、場合によっては訪問看護師や介護職の要請により臨時訪問する、従来の往診のことです。



利用者負担

介護保険で利用する場合	医療保険で利用する場合
原則 1 割負担	1 割から 3 割負担
• 65歳以上では所得により 2 割または 3 割負担	• 高齢者では所得により負担割合
別途交通費がかかる場合があります。	



(5) 訪問歯科診療

お口の健康を保つことは、全身の健康につながっていきます。歯の治療、入れ歯の調整、口腔ケアをすることにより、お口の中の状態が良くなり食べることが楽しみになります。

在宅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、歯科医師や歯科衛生士が自宅に訪問し治療やケアを行います。

●こんな困りごとはありませんか？

- ・入れ歯が合わない
- ・歯がグラグラする
- ・食事中にむせる
- ・うまく飲み込めない
- ・口臭が気になる



など、こんな症状にお悩みの方はご相談ください。

訪問歯科診療をご希望する場合は・・・

「在宅要介護高齢者等歯科保健推進事業」へご相談ください。

●対象者：下記の項目をすべて満たす方

- ①鹿沼市在住の方
- ②在宅で要介護状態の方（おおむね要介護4以上、通院困難な方）
- ③おおむね65歳以上の方

●内 容：歯科医師等が訪問して行う義歯の調整、歯周病・むし歯の応急処置等

●申込み：健康課市民健康係へ

電話 (0289) 63-8312

※施設に入所されている方は、施設にご相談ください。

利用者負担	
介護保険で利用する場合	医療保険で利用する場合
原則 1割負担 ・65歳以上では所得により2割または3割負担	1割から3割負担 ・高齢者では所得により負担割合
別途交通費がかかる場合があります。	



(6) 薬剤師

薬局で薬剤師はこんなことをします

●飲み方の工夫

薬の飲み忘れを防ぐために1回ごとに分包したり、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、点滴などの無菌調整剤を供給します。

●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（皮膚創部の被覆材）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、重複投与を防止し相互作用のチェックを行います。

お薬手帳活用のすすめ

- ・いままでどこ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
- ・アレルギー、過去にかかった病気などの情報を得ることができる
- ・医療と介護、多職種の方との橋渡しとして活用できる



* 薬剤師に訪問してほしい時は、かかりつけ医師、薬局の薬剤師、ケアマネジャー等にご相談ください。また、薬局にて、ご家族や各専門職の方へ薬の注意点や副作用等の説明をしたり、相談を受けることもできます。

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方が対象となります

- 利用者負担**
- 介護保険：原則1割負担、65歳以上では所得により2割または3割負担
 - 医療保険：1割から3割負担、高齢者では所得により負担割合

お問い合わせ先

薬剤師の在宅訪問については、かかりつけ薬局にご相談ください

その他については・・・(一社)鹿沼薬剤師会 下妻和彦 (0289) 60-1655
(つくも薬局内、営業時間内 9:00~18:30)



(7) 管理栄養士



☆訪問栄養指導とは…

通院などが困難な方のために、管理栄養士がご家庭に定期的に訪問し、療養上必要な栄養や食事の管理及び指導を行うものです。

食事や栄養のことへの不安、栄養状態の改善アドバイスをを行います。

「通院が困難で自宅で療養中の方」「食欲がない方」「急にやせた方」「嘔むことや飲み込むことに問題を感じる方」「どんなものを食べていいかわからない方」「糖尿病や高血圧などの生活習慣病で改善が必要である方」など

管理栄養士はこんなことをします

- 身体計測
- 疾患に対する食事、食形態などの指導
- 調理指導（ヘルパーや家人へも可）
- 簡単にできる介護食の紹介
- 食事摂取量や栄養状態のチェック
- 食習慣に合わせたメニューの提案
- 栄養補助食品の使用法の説明
- 食欲のない方へのアプローチ

*管理栄養士に訪問してほしい時は、かかりつけ医師、ケアマネジャー等にご相談ください。訪問だけでなく、ケアマネジャーや事業所スタッフ等への助言・相談も行います。



利用者負担	
介護保険で利用する場合	医療保険で利用する場合
原則1割負担 ・65歳以上では所得により2割または3割負担	1割から3割負担 ・高齢者では所得により負担割合
*別途費用：交通費や調理指導時の材料費は実費となります。	

訪問栄養指導をご希望する場合は…

「栃木県栄養士会 栄養ケア・ステーション」にご相談ください。

栃木県栄養士会 〒321-0933 栃木県宇都宮市築瀬町 1897-9

TEL：(028) 634-3438 FAX：(028) 634-3467

e-mail：t-eiyoushikai@crux.ocn.ne.jp

(8) リハビリテーション専門職



理学療法士、作業療法士、言語聴覚士はこんなことをします

- 理学療法士 (PT) : 座る、立つ、歩くなど、日常生活に必要な基本動作の指導
作業療法士 (OT) : 身体の応用的な動作能力 (食事やトイレなど、生活で行われる活動)、社会適応能力 (地域活動への参加等) の指導
言語聴覚士 (ST) : 言語によるコミュニケーション能力や摂食・嚥下などの指導

在宅で利用できる訪問リハビリテーションとは・・・

- ・ 何らかの原因で通所が困難な場合
- ・ 退院直後などに家屋内での日常生活の確立が必要な場合
- ・ 家屋状況の確認を含めた介護予防のリハビリが必要な場合 など

訪問リハビリが必要と判断された方が利用できます。

訪問リハビリテーションの目的

訪問リハビリテーションの目的は、利用者の実際の生活の場にお伺いして、日常生活の自立と家庭内さらには社会参加の向上を図ることです。

期待できる効果

- ・ 身体の機能維持及び向上
- ・ 住環境への適合や福祉用具の適切な活用により生活場面に即した能力の向上
- ・ 介護者に対し、適切な介助法を提案することで介護者の心理的、身体的負担を軽減します

* 退院後、2週間以内の早期介入がより効果的とされています。



利用者負担

- 介護保険：原則1割負担
65歳以上では所得により2割または3割負担

リハビリテーション専門職は、鹿沼市で暮らす高齢者の生き生きとした暮らしを支援します。

(9) 訪問看護ステーション



訪問看護とは・・・

- ・看護師などが住まいを訪問し、療養生活を送っている方の看護を行うサービスです。
- ・本人や家族の意思、ライフスタイルを尊重して、QOL（生活の質）が向上できるよう予防的支援から看取りまで支えます。
- ・本人のみならず、家族の健康状態もチェックし、一人ひとりの健康課題を早期に発見し、医師や多職種と連携して病気の発症や重症化を防止します。

訪問看護を受けられる人は・・・

- ・病気や心身の障がいのために、療養生活の支援や終末期ケアを必要とする方
- ・乳幼児から高齢者まで、かかりつけ医が訪問看護の必要性を認めたすべての方

サービス内容

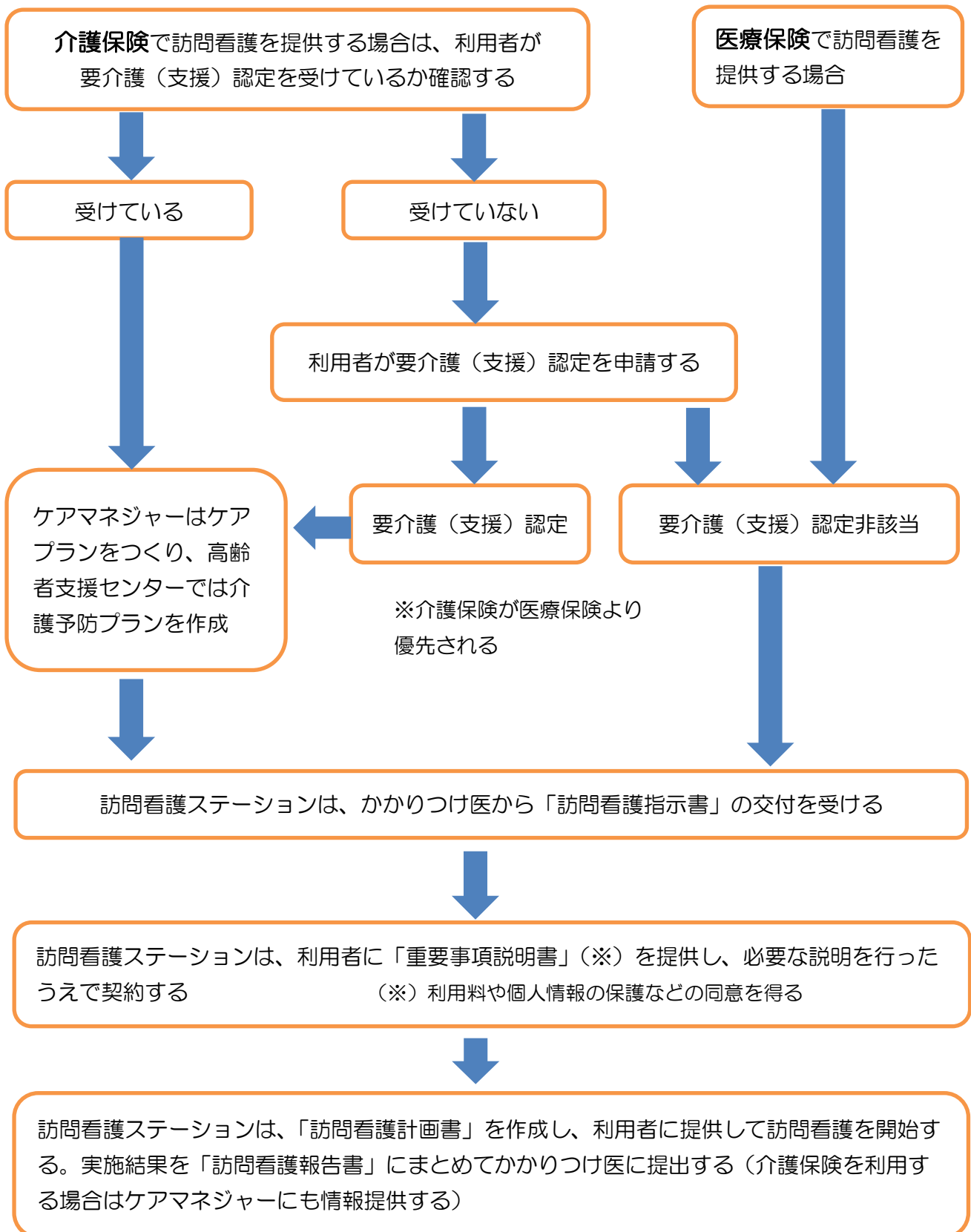
◆療養生活の相談・支援 食事や運動、口腔ケア、排せつのケアなど様々な療養上の助言を行い、健康状態の維持・改善を図る	◆病状や健康状態の管理と看護 体温や脈拍、血圧、呼吸などをチェックし、状態に応じて助言
◆医療処置・治療上の看護 医師の指示による医療処置 在宅酸素、人工呼吸器など医療機器の管理 点滴・注射・服薬の指導	◆療養環境の調整 医療機器の配置 福祉用具・住宅改修の助言
◆リハビリテーション 運動機能の回復・低下予防 飲み込む機能の回復・低下予防	◆家族等への介護支援・助言 介護方法の指導ほか、さまざまな相談対応

利用者負担

介護保険で利用する場合	医療保険で利用する場合
原則 1割負担 ・65歳以上では所得により2割または3割負担	1割から3割負担 ・高齢者では所得により負担割合
別途交通費がかかる場合があります。	



介護保険または医療保険で訪問看護を提供するときの流れ



訪問リハビリテーション事業所及び、訪問看護ステーション一覧【令和3年11月現在】

	事業所名	住所	電話	療法種別			営業日及び時間	備考
			FAX	PT	OT	ST		
1	御殿山病院訪問 リハビリテーション事業所	鹿沼市今宮町 1682-2	65-0650 (直通)	○	○	○	月～金 9:00～17:00 土曜日 9:00～12:00	診察に通院困難な場合は訪問診療にて可
			65-0650					
2	訪問看護ステーション鹿沼	鹿沼市東町 1-1-1	74-7556	○	○		月～金 8:30～17:30	居宅介護支援事業所を併設
			74-7557					
3	訪問看護ステーション ひばり	鹿沼市下田町 1-1033	64-7226	○	○		平日 8:30～17:00 第1・3・5土曜 8:30～12:30	一般的な疾患、難病・精神疾患・小児など幅広く対応
			64-2225					
4	訪問看護ステーション るりの里	鹿沼市麻苧町 1559-1	77-5716	○			月～金 8:30～17:00	在宅での看取り、疼痛コントロール等のターミナルケア、慢性疾患におけるリハビリに力を入れている 居宅介護支援事業所、通所・訪問介護事業、住宅型有料老人ホームを併設
			77-5718					
5	WADEWADE 訪問看護ステーション鹿沼	鹿沼市府中町 362-15	60-5020	○	○	○	土、日、祝日も可 8:00～17:00	小児、精神強化型の訪問看護ステーション、365日訪問 難病、介護保険、ターミナル等も対応可
		ラ・カーサ・フェリーチェ 102	60-5050					
6	株式会社 川上 シンシアハート 訪問看護ステーション	鹿沼市北半田 1302-13	71-3300				月～金 8:30～17:30	鹿沼市(加蘇、西大芦、板荷、永野、上粕尾を除く、必要時要相談) 精神疾患対応可、小児の対応不可 居宅介護支援事業所併設
			71-3303					
7	訪問看護ステーション あやめ鹿沼	鹿沼市幸町 1-3-38	60-5255				月～土(日・年末年始は休み) 9:00～18:00	鹿沼市・宇都宮市・壬生町 ※精神科訪問看護特化型
		スカイハイツ昇望台 101	65-2088					

※2～6は、「24時間対応体制」ですので、24時間365日、いつでも連絡がとれます。

(10) 在宅医療・介護連携相談窓口



医療・介護 関係者の皆さんへ

医療と介護を必要とする市民が、住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を送ることができるよう、在宅療養を支える医療や介護関係者の皆さまをつなぐ相談窓口です。医療・介護等サービス事業者からの在宅医療サービスに関する相談に対して、必要な情報提供、支援、調整を行います。

また、市民から直接、相談を受ける地区担当の「高齢者支援センター」とも連携して、専門機関同士の連携体制をつくります。

こんな相談内容にお応えします



- Q. かかりつけ医がないけどどうしたらいいの？
- Q. 訪問診療をしてくれる医師や歯科医師を探しているが見つからない。
- Q. 訪問してくれる薬剤師を教えてください。
- Q. 訪問看護ステーションと連携するためにはどうしたらいいの？
- Q. 訪問看護を利用したいので依頼先を教えてください。
- Q. 退院が決まった高齢者がいるけど、家に帰った後の生活が心配。どこに相談したらいいの？

相談対象	相談内容
地域の医療・介護関係者、地域包括支援センターなど ※市民からの相談は、地区担当高齢者支援センター（15ページ）が受けます。	①患者・利用者または家族の要望を踏まえた、地域の医療機関や介護事業所等の紹介 ②必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携調整



相談窓口

鹿沼市高齢福祉課 地域包括ケア推進係

TEL (0289) 63-2175 FAX (0289) 63-2169

※相談日時：月～金曜日（祝日、年末年始を除く）8：30～17：00

3. 入退院共通連携シート一覧

入退院機能と在宅医療にかかる連携シートを栃木県看護協会・とちぎケアマネジャー協会・栃木県医療社会事業協会で、看護師・ケアマネジャー・医療ソーシャルワーカーで検討し作成しました。

より良い連携のために是非、ご活用ください。

- 在宅・施設 → 医療機関
 - ・シート
 - ・記入例
 - ・記載時の注意点など

- 医療機関 → 在宅・施設
 - ・シート
 - ・記入例
 - ・記入マニュアル、記載時の注意点など

- DESIGN-R（褥瘡アセスメントツール）

- 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

- 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

★新しいシートは栃木県看護協会のホームページよりダウンロードできます。

鹿沼市在宅医療・介護連携推進ワーキング会議委員名簿

敬称略

No	氏名	団体名等	職種等
1	奥山 明彦	上都賀郡市医師会	医師
2	鈴木 定幸	鹿沼歯科医師会	歯科医師
3	加藤 壮	鹿沼薬剤師会	薬剤師
4	金田 玲子	栃木県看護協会県西地区支部	看護師
5	中荒井 章子	栃木県訪問看護ステーション協議会	看護師
6	穴山 明日香	栃木県栄養士会県西支部	管理栄養士
7	有馬 博人	栃木県リハビリテーション専門職協会鹿沼支部	理学療法士
8	福田 雄大	栃木県医療社会事業協会	医療ソーシャルワーカー
9	中村 臣一	鹿沼市特養連絡協議会	相談員
10	川田 雅一	鹿沼地区介護支援専門員連絡会	主任ケアマネジャー
11	相良 秀一	地域包括支援センター	主任ケアマネジャー
12	黒岩 幹枝	栃木県県西健康福祉センター	保健師

会議開催期間 平成31年1月～3月

◆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）
- 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 ～（横浜市金沢区）
- 暮らしの健康手帳 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団
- 訪問看護活用ガイド 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団

◆お問合せやご意見はこちらへ◆

このガイドブックは、完成品ではありません。鹿沼市の在宅医療と介護の連携をよりよく推進するために、皆様のご意見をもとに改定してまいります。

手に取っていただいた多職種の皆様のご意見・ご感想をお待ちしております。

鹿沼市在宅医療・介護連携相談窓口（鹿沼市高齢福祉課）

電話 0289-63-2175 FAX 0289-63-2169

メール koureifukushi@city.kanuma.lg.jp

鹿沼市 在宅療養多職種連携ガイドブック（平成31年3月発行）
（令和 2年6月改訂）
（令和 3年11月改訂）

編集：鹿沼市在宅医療介護連携推進ワーキング会議

発行：鹿沼市高齢福祉課地域包括ケア推進係

〒322-8601

鹿沼市今宮町 1688-1

電話：0289-63-2175 FAX：0289-63-2169

