



2.18  
結集!!

開催日時  
平成30年 **2月18日** (日)  
10:00~16:30 (開場9:30)

場所  
アパホテル&リゾート 東京ベイ  
〈東京ベイ幕張ホール2階〉  
千葉市美浜区ひび野2-3

メインテーマ  
**ときどき入院、  
ほぼ在宅**

# 第9回 千葉県 脳卒中等 連携の会

第一部 1)10:00~11:50 2)10:00~10:50 3)11:00~11:50  
各分科会

- 1)実践! 模擬多職種入退院カンファレンス(症例検討会)
- 1)摂食嚥下の連携を考える
- 2)リハ職/MSW
- 3)看護職/薬剤師

昼 計画管理病院協議会 12:15~12:45

第二部 4)13:10~13:35 5)13:40~14:50 6)15:00~15:45  
7)15:45~16:15 8)16:15~16:30

- 4)平成29年度病院と地域で切れ目のない支援を行うための入退院支援事業報告  
市原・君津木更津・千葉・香取・成田
- 5)シンポジウム「変化する退院支援の現状を考える」  
東京歯科大学市川総合病院  
松戸市立総合医療センター  
五井病院
- 6)講演「病院と地域をつなぐために～二人主治医制と地域バーチャル病院の推進～」  
川越 正平先生 松戸市医師会理事/あおぞら診療所院長
- 7)分科会報告
- 8)総括 古口 徳雄 入退院時支援推進委員会委員長

(敬称略)

千葉県・千葉県医師会 共催



## 目次

開催要項.....	2
会場案内図.....	4
第1部	
リハビリテーション職分科会.....	8
実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）.....	9
医療ソーシャルワーカー分科会.....	10
摂食嚥下の連携を考える.....	11
看護職分科会.....	12
薬剤師分科会.....	13
第2部	
事業報告.....	16
シンポジウム.....	22
講演.....	26
分科会報告.....	27
総括.....	28
参考資料 .....	29
参加証 .....	47

### 名札シール記入と貼付のお願い

参加者の皆様は、各自職種別に指定された色の名札シールへご記入願います。

名札シールは左胸に貼るか、ネームホルダーに入れてください

職種別に色分けされた名札シールは、総合受付横の名札記入場所に設置しております。ご理解とご協力の程よろしくお願い申し上げます。



#### ■職種別シール色分け

- (赤色) 医師
- (青色) 歯科医師
- (緑色) 薬剤師
- (黒色) 看護職
- (紫色) リハ職
- (白色) 管理栄養士・栄養士
- (黄色) 医療職・行政・事務・  
歯科衛生士・団体等
- (桃色) MSW・介護職・  
社会福祉士・介護福祉士  
介護支援専門員

## 開催要項

---

メインテーマ：「ときどき入院、ほぼ在宅」

日 時 平成 30 年 2 月 18 日（日）10：00～16：30（受付 9：30～）  
場 所 アパホテル&リゾート東京ベイ幕張（幕張ホール 2 階）  
〒261-0021 千葉県美浜区ひび野 2-3

[ 敬称略 ]

プログラム：

**【第一部】各分科会**

(10：00～10：50)

- 第 1 会場 リハビリテーション職分科会
- 第 2 会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）～11：50
- 第 3 会場 医療ソーシャルワーカー分科会
- 第 4 会場 摂食嚥下の連携を考える ～11：50

(11：00～11：50)

- 第 1 会場 看護職分科会
- 第 2 会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）9：50～
- 第 3 会場 薬剤師分科会
- 第 4 会場 摂食嚥下の連携を考える 9：50～

(12：15～12：45)

- 第 3 会場 計画管理病院協議会

**【第二部】 入退院時支援事業報告・シンポジウム・講演・分科会報告・総括**

[総合司会] 千葉県医師会理事 松岡かおり

[開会挨拶] (13：00～13：10)

千葉県医師会会長 田畑陽一郎  
千葉県健康福祉部保健医療担当部長 岡田 就将

[入退院時支援事業報告] (13：10～13：35)

○病院と地域で切れ目のない支援を行うための入退院時支援事業報告（各 5 分）

千葉県医師会理事 松岡かおり  
君津木更津医師会理事 平田 貴  
市原市医師会会長 中村 文隆  
千葉市医師会理事 和田 浩明  
印旛市郡医師会理事 石井 隆之

[シンポジウム] (14：40～15：50)

テーマ：『変化する退院支援の現状を考える』

座長： 新東京病院 副院長 西 将 則  
千葉県訪問看護ステーション協会会長 権平くみ子

○各病院での退院支援の現状について（各 20 分）

- ・東京歯科大学市川総合病院 地域連携医療福祉室長 市野 由香  
特別養護老人ホーム清山荘 大野 直子
- ・松戸市立総合医療センター 医療福祉相談室 新井 澄香  
ケアマネサポテン六高台 東脇ゆう子  
・五井病院 院長 川越 一男  
五井病院 地域連携室長 佐藤 和子

○指定発言

---

[講演] (15:00～15:45)

座長：千葉県医師会入退院時支援推進委員会委員長 古口徳雄

病院と地域をつなぐために～二人主治医制と地域バーチャル病院の推進～  
松戸市医師会理事／あおぞら診療所院長 川越正平

[分科会報告] (15:45～16:15)

座長：千葉大学医学部附属病院地域医療連携部長／教授 藤田伸輔  
千葉県歯科医師会理事 稲葉洋

(各5分)

- (1) 摂食嚥下の連携を考える  
東京歯科大学千葉病院 摂食嚥下リハビリテーション科准教授 杉山 哲也
- (2) 看護職分科会  
東京歯科大学市川総合病院 脳卒中センター看護師長 杉山 昭子
- (3) 薬剤師分科会  
アイン薬局 運営課課長 金谷 法好
- (4) リハビリテーション職分科会  
らいおんハート整形外科リハビリクリニック 黒澤 圭佑
- (5) 医療ソーシャルワーカー分科会  
千葉市立青葉病院 地域連携室 海野 芳郎

[総括] (16:15～16:30)

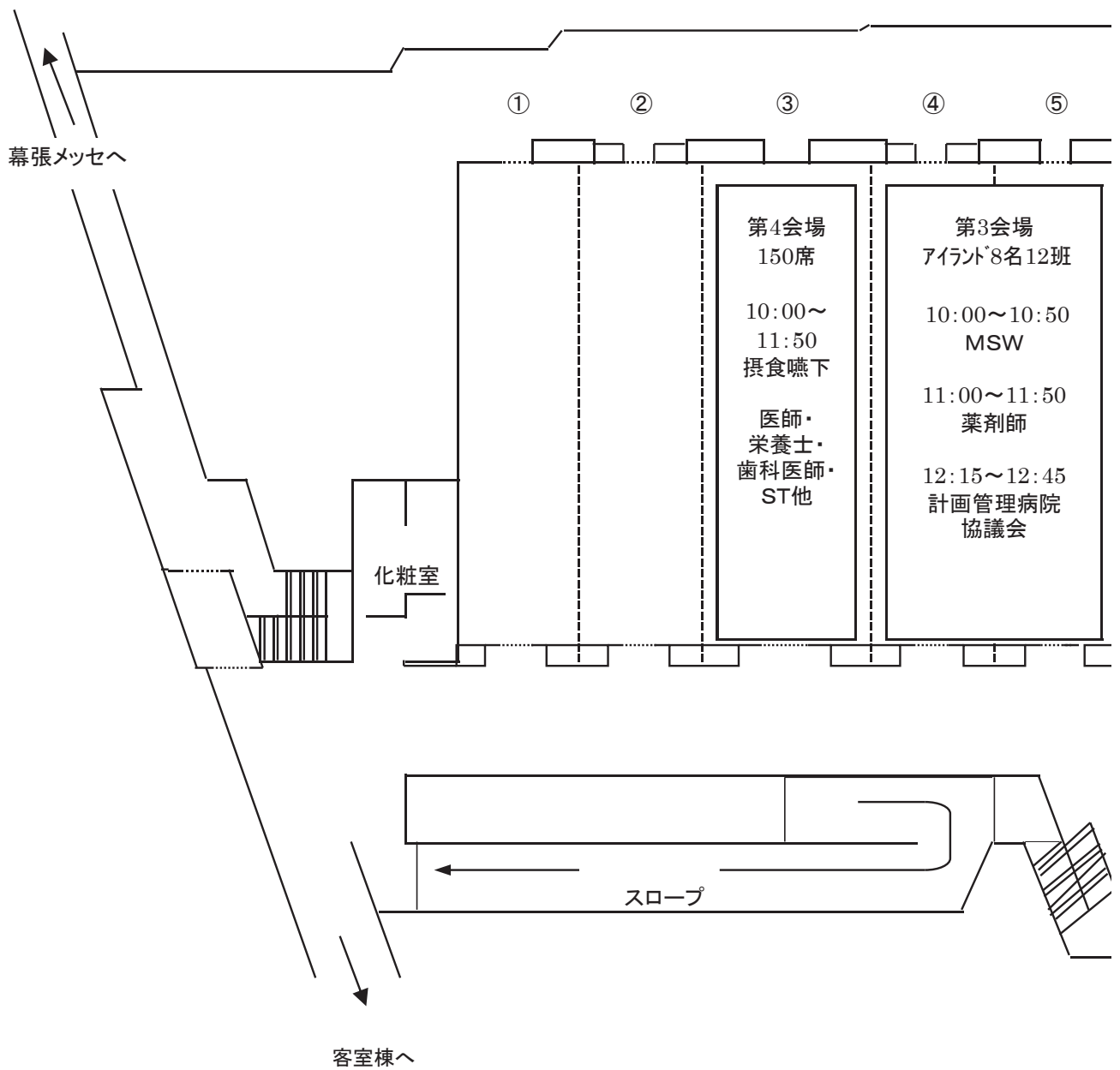
千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会代表世話人  
千葉県脳卒中等連携意見交換会代表／千葉県救急医療センター  
千葉県医師会入退院時支援推進委員会委員長  
古口徳雄

【閉会】 (16:30～)

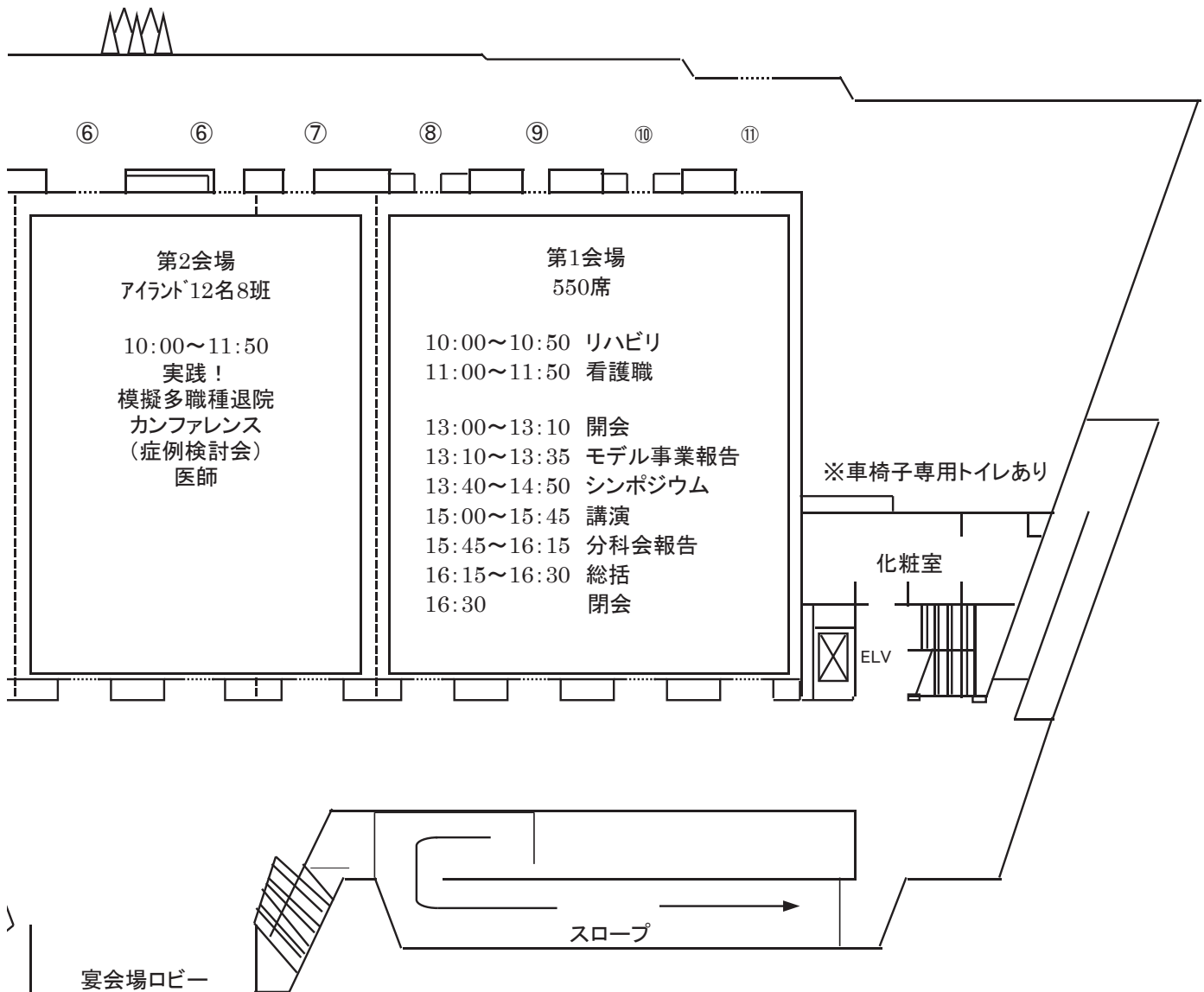
千葉県医師会副会長 川越一男

# 第9回千葉県脳卒中連携の会

幕張ホール2F



平成29年2月18日(日)10:00~16:30



※ 会場内は、お持込みの飲食はできません。

※ ご昼食等は、隣接のワールドビジネスガーデン又は、同ホテル内にレストラン街がございますのでそちらをご利用ください。

第一部 【各分科会】  
(10 : 00～11 : 50)

(10 : 00～10 : 50)

- 第1会場 リハビリテーション職分科会
- 第2会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）
- 第3会場 医療ソーシャルワーカー分科会
- 第4会場 摂食嚥下の連携を考える

(11 : 00～11 : 50)

- 第1会場 看護職分科会
- 第2会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）
- 第3会場 薬剤師分科会
- 第4会場 摂食嚥下の連携を考える

## リハビリテーション職分科会

---

時 間 10:00～10:50

会 場 第1会場

### 【県南地区】

当院における退院時調査と追跡調査の取り組み紹介と現状について

五井病院 理学療法士 大和田達矢

当院では、2013年1月より現在に至るまで、リハビリテーションを1ヶ月以上実施し、自宅（準ずる施設）へ退院した患者・家族（主介護者）に対し、退院時、退院3ヶ月後のアンケート調査を実施している。内容は、入院中及び退院後の転倒場所・回数、介護保険サービスの内容の変化、主観的な身体機能変化、介護者からみた身体機能や介護負担感の変化などである。2017年8月退院までに420名実施し、209名から返信が得られた。

今回は、疾患や退院時の認知機能・トイレ動作能力等の項目が退院後の生活へどのように影響するか検討したので報告する。

### 【県央地区】

県央地区における病院・地域間のリハ連携について

新八千代病院 作業療法士 高橋やよい

県央地区では、退院支援としてのリハ連携を病院・地域間で円滑に行うための地域連携パスの更なる活用を推進してきた。

しかし、昨今では急性期病院から地域へ直接退院となるケースも増えており、短い入院期間の中で従来の生活状況を加味しての退院支援は、必ずしも十分でないことも実情である。

そこで今回、地域医療連携パスの意義がリハスタッフに理解・活用されているか、地域生活連携シートが地域・病院間でどの程度活用されているかをアンケート調査し、その結果をふまえ、今後の各領域間での情報共有の在り方を再考する機会を得たため報告する。

### 【県北地区】

県北地区の病院・施設について

らいおんハート整形外科リハビリクリニック 理学療法士 黒澤圭佑

本会に参加していても、参加している病院・施設でのリハビリでの売りにしていることなどが分からないことが多いため、県北地区で参加している病院・施設の特徴の紹介や今後の連携について発表する。



## 実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）

---

時 間 10：00～11：50  
会 場 第2会場

医師分科会：「実践！多職種による模擬退院カンファレンス」

千葉県救急医療センター 古口 徳雄  
千葉大学医学部附属病院 藤田 伸輔  
千葉県医師会 松岡かおり

入退院支援にあたり、当然ですが医療スタッフと介護スタッフの情報交換、患者（利用者）さん本人とその御家族との情報交換が要となります。「実践！多職種による模擬退院カンファレンス」では毎回模擬患者さんについて概要とCAMP-S 連携シートをもとに退院カンファレンスを行っています。今回は、昨年度改訂した千葉県地域生活連携シートをもとに退院カンファレンスを行います。このシートはCAMP-Sのなかのシートのひとつですが、改定前の初版からすべての疾患に対応しており、県内の介護支援専門員の80%が使用経験のあるシートです。現在の入退院支援事業の中でも重要な位置付けに有ります。改訂に際し、「入院時（A表）」と「退院時（B表）」の2種類で運用するようにしました。また、このシートでは終末期に向けた“リビングウイル（終末期の医療・ケアについての意思表示）”を任意項目として取り入れました。

今回のポイントは退院時に完成させる「B表」の作成を通して、患者さんの希望、御家族の思いの違いをどのように取り入れていくのか、特に終末期に向けた関わり方も視野に入れながら御検討ください。

【症例】78歳男性。6年前、脳梗塞による右片麻痺、失語症でリハビリテーション後自宅退院し、要介護2でデイサービス、訪問診療、訪問リハなど介護サービスを利用しながら永らく奥さんが一人で介護してきました。最近、肺炎で入退院を繰り返すようになってきており、ADLも徐々に落ちてきています。今回は肺炎で入院しADLが大きく落ち込んだ時点での退院カンファレンスです。息子さん、娘さんがいますが、自宅退院、今後の生活に向けて微妙に思いが違ってきます。

御家族役はいませんが、思いの違いを“忖度”して活発な議論をしてください。

# 医療ソーシャルワーカー分科会

---

時 間 10:00～10:50  
会 場 第3会場

テーマ【転院時における地域生活連携シートの活用について】

スケジュール

1. 挨拶

2. グループワーク (1 グループ 5～6 名程度)

急性期病院と回復期病院のソーシャルワーカーの混同で1つのグループをつくり、千葉県地域生活連携シート（A表）を使用したグループワークを行います。事例のA表をもとに模造紙と付箋を使用し、回復期と急性期で情報収集ポイントや強調ポイントに相違がないか可視化することにより、新たな気づきに繋がることを目的として今後のアセスメントに活かしたいと考えています。（参加されたケアマネージャーからも千葉県地域生活連携シートの活かし方についてご意見いただけたらと考えています。）

3. グループ発表

いくつかのグループから、出た意見の発表をお願いしたいと思います。

4. 終了挨拶

## 摂食嚥下の連携を考える

---

時 間 10:00～11:50  
会 場 第4会場

座長 杉山 哲也 先生（東京歯科大学千葉病院 歯科医師）  
清宮 悠人 先生（聖隷佐倉市民病院 言語聴覚士）

### 第一部：「口から始める多職種連携」

#### 歯科医師会

酒井 克彦 先生（東京歯科大学市川総合病院 歯科医師）

#### 栄養士会

大嶋 晶子 先生（新八千代病院 管理栄養士）

小川 朝希 先生（東京女子医科大学八千代医療センター 管理栄養士）

#### 言語聴覚士会

古川 大輔 先生（君津中央病院 言語聴覚士）

### 第二部：「千葉県摂食嚥下ネットワークの構築と連携パスの作成」

津田 豪太 先生（聖隷佐倉市民病院 医師）

### 第三部：「八千代市における摂食嚥下フォローアップ体制」

#### 「八千代市における摂食嚥下体制の概要」

荒井 泰助 先生（新八千代病院 医師）

#### 「八千代市歯科医師会摂食嚥下リハビリテーション研究会の取り組み」

中澤 正博 先生（八千代市歯科医師会 歯科医師）

#### 「回復期病院退院後に継続的にフォローアップした事例」

石橋 尚基 先生（新八千代病院 言語聴覚士）

# 看護職分科会

---

時 間 11:00～11:50

会 場 第1会場

テーマ:「安全で安心な在宅生活を送るには」

今年度、看護部会では、生活期に戻られる患者様が安心して生活するため、今、考えなくてはならないことや、今後の課題は何か?を見出すために、各病院からの発表を受けディスカッションを行います。

## 急性期病院での「活動」に対する取り組み

順天堂浦安病院 稲毛直子

松戸市立病院 斉藤行央

千葉県救急医療センター 並木亜希子

急性期では治療や安静指示のために、患者の活動への制限が余儀なくされる。安全のために身体拘束を施行することもあり、そのための合併症を起こすこともある。脳卒中連携パスの導入により、早期に回復期へ移行できるようになっているが、患者の容体や安静指示のために患者のリハビリ・離床や活動への介入が十分に行えない中、転院となることもある。特にくも膜下出血患者は急性期管理を脱する2週間以降に転院交渉となる場合が多い。急性期管理は病院によって違いはあるが、2週間の活動制限は、症状・治療指示からも共通している。今回、くも膜下出血患者を例に、3病院での患者の「活動」に焦点をあて、現状と取り組みについて報告する。

## 回復期リハビリ病棟での退院支援

佐倉厚生園病院 印南里子

安心、安全にリハビリを進め地域で生活が送れるように支援している。

転倒転落防止対策として、入院時ADL評価後に「環境設定表」をベッドサイドに貼り介助の仕方、ベッド柵の位置などの表示をしています。また可能な限り入院1週間以内には「入院時家屋訪問指導」をリハスタッフまたは看護師1名がご自宅を訪問し早期に家屋内外の環境情報や、ご家族のご希望を聞き、リハビリ計画に生かしています。退院前の家屋調査やカンファレンスには、ケアマネジャー、訪問看護師、福祉業者等に参加していただき退院後の生活が図れるように連携しています。

## 在宅看護師の「生活」を再構築する活動

千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション看護師

赤羽 創 (アカバネ ハジメ)

脳卒中による機能障害を背負った患者が社会復帰できるようになるためには、病院で早期のリハビリテーションを受け、機能障害の悪化を予防し回復させることが重要である。さらに患者が自宅へ戻り「生活」を再構築する中で、リハビリテーションを継続して行っていく必要がある。今回、40歳代でくも膜下出血を発症し数か月後に自宅へ退院、2年半の訪問看護を経て軽快し訪問終了に至った症例を経験した。在宅の看護は「生活」を重視しており、「生活」の中に取り入れたリハビリテーションを社会復帰に向けて行った実例を報告する。

## 薬剤師分科会

---

時 間 11:00～11:50  
会 場 第3会場

テーマ：ポリファーマシーを解決する糸口

現在の医療は診療科ごとに分化しており、多科受診者では多くの薬剤を服用する傾向にある。この傾向は特に高齢者で多く認められる。診療科単位では有用な薬剤であったとしても、各科から処方された薬剤を同時に服用することで、相互作用や重複投薬などの問題が起こりうる。そして、本来の治療目的以外の有害作用が現れてしまうことをポリファーマシーという。しかし、薬学的に薬剤を整理することで、ポリファーマシーを回避することは不可能ではない。

一方、近年では国民医療費が圧迫され、政策としてあらゆる角度から医療費削減策が計られている。ポリファーマシーの解消は、医療費削減にも通じることを考えると、これからは質の高い薬物療法の実践、医療費削減のために薬剤師機能を発揮する必要がある。

ポリファーマシーの解消を検討するには、服用薬剤の情報のみならず臨床情報やアドヒアランスなど多くの患者情報が必要となる。お薬手帳でもある程度の対応は可能だが、重症度が高くなり集中した治療を要する状態ではさらなる情報源が求められる。そこで、薬剤シートの活用により、効率的かつ効果的な臨床情報の収集が可能になる。

本分科会ではポリファーマシーを解決する糸口を模索するため、グループワークによるディスカッションを開催する。当日は本分科会の来場者にグループへ参加していただき、積極的なディスカッションに基づいた提案を期待する。主なグループは以下の通り。

- ① 薬剤シートの必要性 ～より良い普及方法～
- ② 医療・介護連携

座長： 金谷法好（アインファーマシーズ）  
ファシリテーター： 大木健史（君津中央病院）  
古山 光（袖ヶ浦さつき台病院）  
飯嶋久志（千葉県薬剤師会）

**第二部**  
**【事業報告・シンポジウム・講演・分科会報告・総括】**  
**(13:00～16:30)**

於：第1会場

**「ときどき入院、ほぼ在宅」**

総合司会：松岡 かおり 千葉県医師会理事

**【開 会】**

**【挨拶】** 田畑 陽一郎 千葉県医師会会長

岡田 就将 千葉県健康福祉部保健医療担当部長

**【事業報告】**

○平成29年度病院と地域で切れ目のない支援を行うための入退院時支援事業報告

君津木更津：平 田 貴 君津木更津医師会理事

市 原：中村 文隆 市原市医師会会長

千 葉：和田 浩明 千葉市医師会理事

成 田：石井 隆之 印旛市郡医師会理事

香 取：松岡 かおり 千葉県医師会理事

**【シンポジウム】** テーマ「変化する退院支援の現状を考える」

座長：西 将 則 新東京病院副院長

権平 くみ子 千葉県訪問看護ステーション協会会長

○各病院での退院支援の現状について

・市野 由香 東京歯科大学市川総合病院地域連携医療福祉室長

大野 直子 特別養護老人ホーム清山荘

・新井 澄香 松戸市立総合医療センター医療福祉相談室

東脇 ゆう子 ケアマネサボテン六高台

・川越 一男 五井病院院長

佐藤 和子 五井病院地域連携室長

○指定発言

**【講演】**

「病院と地域をつなぐために～二人主治医制と地域バーチャル病院の推進～」

川越 正平 松戸市医師会理事／あおぞら診療所院長

座長：古口 徳雄 千葉県医師会入退院時支援推進委員会委員長

**【分科会報告】**

**【総括】**

**【閉会】**

## 事業報告

---

時 間 13：10～13：35  
会 場 第1会場

平成 29 年度病院と地域で切れ目のない支援を行うための入退院時支援事業報告

○入退院時支援事業について

松岡かおり 千葉県医師会理事

○各地区での入退院時支援モデル事業について（各 5 分）

君津木更津	：平 田 貴	君津木更津医師会理事
市	原：中村 文隆	市原市医師会会長
千	葉：和田 浩明	千葉市医師会理事
成	田：石井 隆之	印旛市郡医師会理事
香	取：松岡かおり	千葉県医師会理事

# 入退院時支援モデル事業報告

---

時 間 13:10～13:35  
会 場 第1会場

君津木更津医師会 入退院時支援事業報告

君津木更津医師会理事 平田 貴

君津木更津医師会では、平成27・28年度の2年間、脳卒中退院時支援モデル事業に取り組みました。その中で、急性期病院・回復期病院間では脳卒中地域連携パスを用いた連携が、比較的円滑にとれていることがわかりました。しかしその反面、医療機関（病院）と地域（介護支援専門員）間の連携には、様々な課題が残されていることが判明し、委員である介護支援専門員からも医療機関との連携には困難さがあるとの意見が挙がりました。

そこで平成29年度は、入退院支援モデル事業運営委員会を立ち上げ、前年度までの事業を引き継ぐ形で、これまでに4回の会議を開催しました。その中で、この圏域の介護支援専門員が感じている入退院時の医療・介護連携の実態を明らかにすることを目的として、10月にアンケート調査を実施しました。

アンケート調査では、連携ツールとなる「千葉県地域生活連携シート」や、前年度のモデル事業で作成した「医療・介護連携窓口一覧表」の認知度や活用状況のほか、入退院時の連携に関する課題などを確認しました。175名の介護支援専門員より回答があり、千葉県地域生活連携シートの改訂については、24名（14%）の介護支援専門員が知らないと答え、地域包括支援センター所属者の比率が高いことがわかりました。また、千葉県地域生活連携シートA表は活用しているが109名（63%）いる一方で、B表は22名（12%）の活用にとどまりました。なおその背景には、退院時サマリーなどがB表の代用となっている事実が、自由記載意見より明らかとなりました。医療・介護連携窓口一覧表は、112名（64%）が知っており、48名（42%）が活用していると回答、152名（87%）が今後活用できそうだと考えていました。

従って今後は、医療・介護連携窓口一覧表のさらなる周知や活用の促しを行い、この圏域でのB表活用が不十分な要因や医療・介護連携を阻害する要因の詳細についてあらためて整理し、対応策を検討する必要があると考えます。



# 入退院時支援モデル事業報告

時間 13:10~13:35  
会場 第1会場

市原市医師会会長 中村 文隆  
理事 小野木 淳

平成26年度から3か年で脳卒中患者退院時支援事業に参加し、市原市、市原市医師会、市原市歯科医師会、市原市薬剤師会、急性期病院・回復期病院（医師、看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカー）、居宅介護支援事業所、市原市地域包括支援センター、と協同で千葉県地域生活連携シートを核としたルール（下図）をケアマネジャーがいる場合といない場合に分けて作成し、第8回千葉県脳卒中連携の会で公表した。

平成29年度は脳卒中以外の疾患も含めた患者に対し、入院した時点から退院時、更には退院後の在宅療養における多職種連携を促進するため、「入退支援の仕組みづくり」の普及を進めていくため、以下の課題に取り組んだ。

- 1) 退院支援ルールの地域の普及について：平成29年10月21日に市原地域リハビリテーション広域支援センター主催研修「ふかめよう！地域連携の輪～千葉県地域生活連携シートの深化について～」を開催し、昨年度までに作成した「退院支援ルール」のモデル地域内の普及状況について各部署から報告が行われた。市原市より千葉県地域生活連携シートの利用状況アンケートが公表された。
- 2) 地域の入退院支援の仕組みづくり：市原市在宅医療・介護連携推進会議の多職種連携部会の中で検討を行った。課題解決を図りながら地域における入退院支援の仕組みづくりを行うため、平成29年12月16日市原の地域リハビリテーションを考える会「ちーき会」主催で、「もっとふかめよう！地域連携の輪 地域連携を明日から進化させるために」という内容で研修を行った。グループワークで得られた貴重な意見については当日発表したい。
- 3) 他疾患への対応拡大の方法の検討・課題抽出：市原市のルールは脳卒中に限定していなかったが、国保データベースの統計では脳卒中以外に、がん、心疾患、糖尿病、認知症が多いことが判明しており、今後それぞれの疾患に特有の入退院支援ルールが必要かどうかについて検討を行う予定である。

## まとめ

- 1) 多職種と協同で市原市入退院支援ルールを作成した。
- 2) 入退院支援ルール策定後の千葉県地域生活連携シートの普及率・利用率は確実に上がっていた。
- 3) 在宅医療・介護連携推進事業の（イ）、（ウ）、（エ）の項目を推進することができた。

## 市原保健医療圏領域入退院支援ルール



# 入退院時支援モデル事業報告

時 間 13：10～13：35  
会 場 第1会場

千葉県医師会理事 和田 浩明

千葉県入退院支援事業は、千葉市の在宅医療・介護連携推進事業の一環として、千葉県及び市内病院等と連携し実施している。

県内の先行地域では、県のモデル事業により退院支援ルール作りなど成果が上がっているが、千葉県では、事業期間が半年程度であったことから、市内病院を中心に運用されている千葉大腿骨頸部骨折地域連携パスのネットワークを活用することとした。

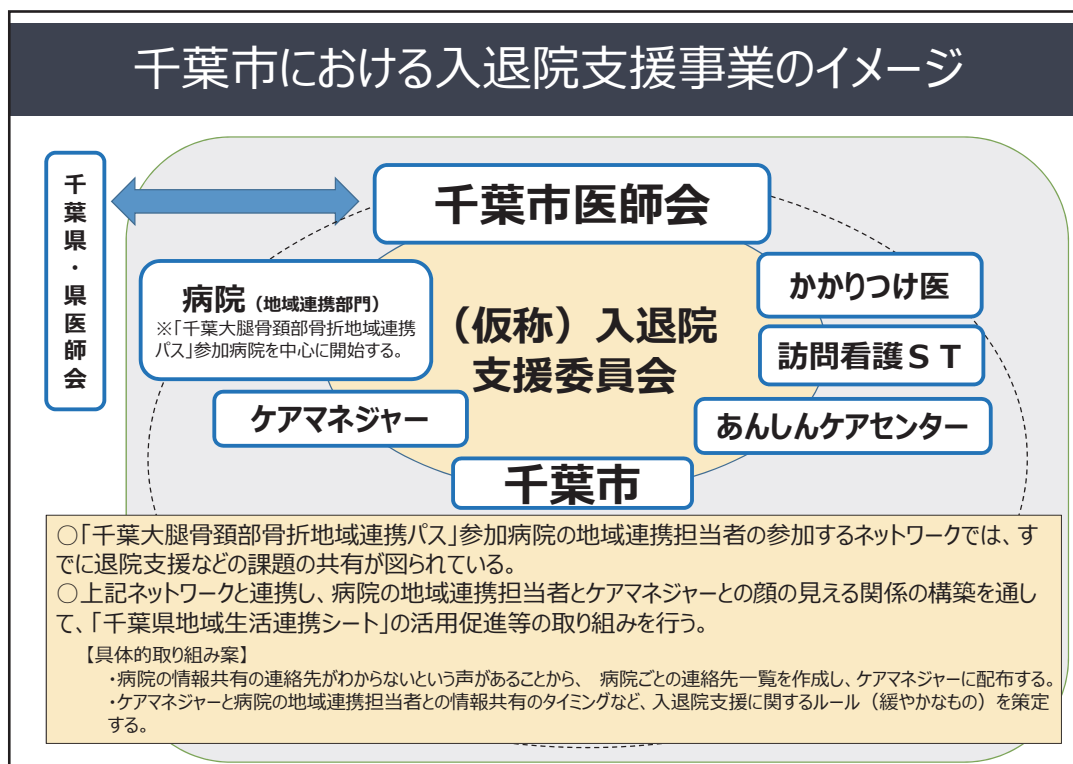
ネットワークには、病院の地域連携担当者も参加し、既に入退院支援の課題共有が図られており、本事業ではケアマネジャーとの顔の見える関係の構築を目指し、12月6日（水）に千葉県入退院支援事業意見交換会を開催した。

また、従前よりケアマネジャーから病院の窓口がわからないという声が寄せられていたこともあり、市内各病院の入退院支援連絡先一覧を作成し、市内のケアマネジャーに配布することとしている。

意見交換会の開催にあたっては、当千葉県医師会入江会長及び熊谷千葉市長の名前で、市内各病院長宛に出席を依頼し、有志の集まりではなく正式な病院の代表として参加できるよう配慮した。

会には、28病院から39名の地域連携担当者、46事業所から51名のケアマネジャーが参加し、小グループで「入退院時の連携に関する課題」について議論した。

今後は、病院の地域連携担当者、千葉県介護支援専門員協議会、千葉県及び千葉県医師会等の代表により入退院支援の委員会を立ち上げ、連絡先一覧を充実させるほか、緩やか運用方法を検討し、次回の意見交換会にフィードバックしたい。



# 入退院時支援モデル事業報告

時 間 13:10～13:35  
会 場 第1会場

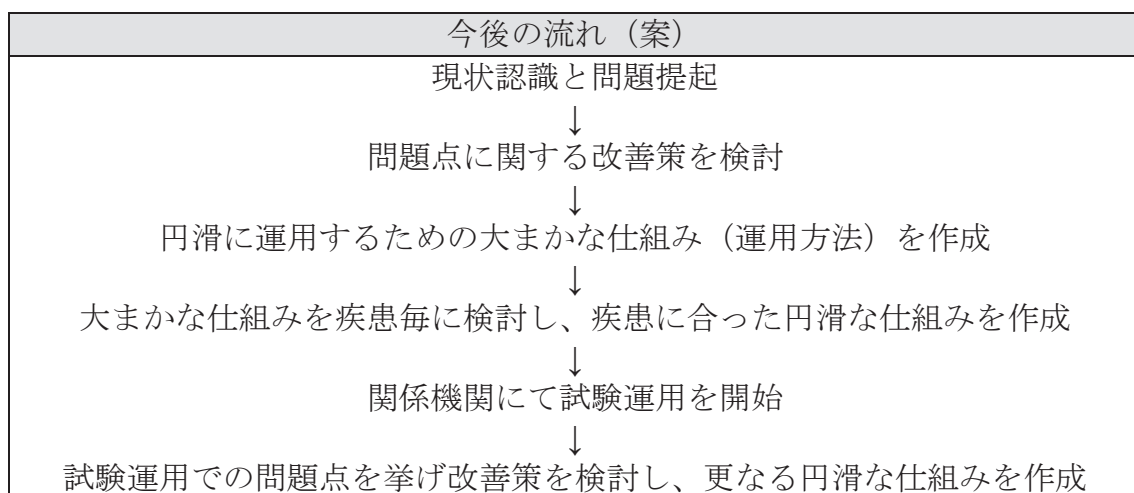
印旛市郡医師会理事 石井 隆之

成田モデル地域では、病院と在宅の連携を円滑にする入退院支援の仕組みづくりを「脳卒中」、「肺炎」、「大腿骨頸部骨折」の3疾患を対象に取り組んでいる。現在の活動は、平成30年1月9日現在で2回開催されている。(平成30年1月15日 第2回入退院支援モデル事業推進委員会開催予定)

第1回(入退院支援モデル事業実施検討会)では、主に入退院支援モデル事業の概要説明と今後の流れについて検討を行った。また、具体的な運用方法等を検討する「入退院支援モデル事業推進委員会」を設置した。

第2回(第1回入退院支援モデル事業推進委員会)では、入退院支援を行う上で各機関の現状認識と問題提起を行った。

第1回入退院支援モデル事業推進委員会実施内容	
決定事項	運用では、地域生活連携シート(A表、B表)を利用する
問題点	病院からケアマネジャーへ急な退院が伝えられ準備等が整わないケースがある
	入院した患者のケアマネジャーの事業所把握に時間がかかる
	介護保険未申請者の在宅サービス開始までに時間がかかる
検討事項	入院早期に治療方針や入院期間の見込みを院内で共有できていない
	病院での最短治療期間を患者、家族、ケアマネジャーと共有するシステムを構築する
	市役所への介護保険認定情報照会の可否について
	入院期間中における介護保険申請の認定調査について



# 入退院時支援モデル事業報告

---

時 間 13:10～13:35  
会 場 第1会場

「香取地域の医療と介護がつながる委員会」活動中間報告

香取郡市医師会

香取地域は高齢化率 33.7%（平成 29 年 4 月現在）と超高齢地域であり医療ニーズが非常に高い一方、近年の在院日数の短縮化や在宅移行などのトレンドの中で、高齢者の独居や夫婦二人世帯の急増及び核家族化の進行などの家庭環境の変化により、今後の退院後の受皿としての家族機能の低下、在宅療養できる環境の不足が懸念されている。

地域の住民が安心して地域に住み続けるためには、住民が病気や怪我により入院が必要になった時、従前にも増して医療と介護が連携し、自宅や施設で療養できる環境づくりへの支援が必要であるが、入退院時の連携、特に退院時の連携が十分ではなく、患者が十分な支援を受けずに自宅や施設に戻っていくケースが散見されている。

また、地域には急性期病院が少なく、回復期・慢性期の病院との役割分担が比較的明確で、本来であれば十分な連携がなされているべきであるにもかかわらず、千葉県作成の地域生活連携シート、特にB票（退院時票）を各病院が十分活用できていないなど課題がある。

そこで入院時に早い段階から退院後を意識して病院スタッフと在宅チームが関わり、地域全体で患者・家族に安心・安全を提供し「ほとんど在宅・時々入院」を実現するため、昨年 9 月に、郡市医師会、香取市、及び既に院内の独自の退院支援ルールを運用し訪問看護で連携実績を持つ県立佐原病院が発起人となり、地域の主要施設、医療機関の専門職等 16 名で構成する「香取地域の医療と介護がつながる委員会」を発足させた。

現在は、佐原病院地域医療連携室が事務局となり、千葉県版シートを活用した香取版シートと入退院支援フローチャートからなる入退院支援ルールのたたき台を作成し、委員会で意見交換を重ねている。

今後は、来年度に香取市以外の町や郡市に所在する診療所、病院、介護施設等に幅広く委員会や研修等への参加を求めた上で更に意見交換を進め、秋頃までには試行と改良を実施、年度末までには「香取地域版入退院支援ルール」完成を目指して取り組んでいくこととしている。

## シンポジウム

---

時 間 13:40～14:50  
会 場 第1会場

テーマ：『変化する退院支援の現状を考える』

座長： 新東京病院副院長 西 将 則  
千葉県訪問看護ステーション協会会長 権平くみこ

### ①各病院での退院支援の現状について（各 20 分）

#### ○東京歯科大学市川総合病院

東京歯科大学市川総合病院 地域連携医療福祉室長 市野 由香  
特別養護老人ホーム清山荘 大野 直子

#### ○松戸市立総合医療センター

松戸市立総合医療センター 医療福祉相談室 新井 澄香  
ケアマネサボテン六高台 東脇ゆう子

#### ○五井病院

五井病院 院長 川越 一男  
地域連携室長 佐藤 和子

### ②指定発言（5分）

## シンポジウム

---

時 間 13:40～14:50  
会 場 第1会場

### 急性期病院における退院支援の現状と今後の課題

東京歯科大学市川総合病院 地域連携医療福祉室長 市野 由香  
特別養護老人ホーム清山荘 主任介護支援専門員 大野 直子

在院日数の短縮化、高齢患者の増加等により、患者・家族が安心して退院し、住み慣れた地域等で療養生活を継続できるように退院支援を行うことが求められる。しかし、急性期病院に入院すると「治療」が目的となってしまう、看護師が患者を「生活者」としてとらえ、在宅での療養生活のイメージを持つことができなかった。そこで、当院においては平成26年度より退院支援に積極的に取り組み始めた。

具体的取り組みとしては、1.退院支援のためのシステムを構築した。2.患者さんを「生活者」として捉え、生活の質の向上を図る看護の視点を養い、病棟で中心となって退院支援を実施する看護師の育成を目的に「在宅療養支援看護師育成研修」を開始した。3.院外の訪問看護師や介護支援専門員と顔の見える関係を構築し、スムーズな連携を目的として「ネットワーク協議会」を立ち上げた。

現在、研修を修了した在宅療養支援看護師を病棟に48名、外来に6名配置し、退院支援を推進している。また、ネットワーク協議会を通して顔の見える関係ができ、スムーズな連携に繋がっていると感じている。診療報酬の面から評価しても、退院支援加算Ⅰ、介護支援連携指導の算定実績は大幅に上昇している。合わせて在院日数の減少、在宅復帰率の微増に繋がっている。しかし、退院時共同指導の算定は横ばいである。

今後の課題としては 1.医師を含めた多職種による退院支援システムの構築。医師をはじめ多職種にも在宅療養のイメージを持ってもらい、チームとして関わることで退院支援の効率化を促進すると考える。2.退院支援計画と看護計画を連動させる。看護師長や在宅療養支援看護師を対象に退院支援の評価に対するアンケートを行っている。その中で一番評価の低い項目が退院支援と看護計画の連動である。退院支援は日々の看護そのものである。退院支援計画を達成するために日々、どのような看護が必要かを考え、看護計画を立案できるようにならなくてはならない。3.退院支援の質の向上。退院支援のシステムは順調に運用している。今後は行った退院支援の評価をし、質の向上に繋がりたいと考える。

## シンポジウム

---

時 間 13：40～14：50  
会 場 第1会場

### 地域の基幹病院としての退院支援の現状

松戸市立総合医療センター 医療ソーシャルワーカー 新井 澄香  
ケアマネサポテン六高台 主任介護支援専門員 東脇ゆう子

当院は2017年12月に移転し、名称を松戸市立病院から松戸市立総合医療センターへ変更し、新病院として開院いたしました。病床数600床の地域の基幹病院として急性期医療を提供しています。

平成28年度の診療報酬改定を受け、当院では医療福祉相談室の体制や、新規入院患者の把握および抽出方法の見直し、院内の多職種や地域との連携の強化を図りました。

しかしながら、退院支援の必要な方は年々増加しており、抱えている問題も多様化しています。入院により初めて問題が浮き彫りになる、もしくは新たに生じるといことは珍しい事ではありません。その中でその人らしい生活を続けていくことには多くの課題があり、退院支援の難しさを日々実感しております。

このような患者・家族への支援を行うには、これまでの取り組みをより一層強化し、多職種・他機関との連携を密にとると同時に、更にネットワークを広げていく必要があると感じています。

ケアマネジャーとの連携においては、千葉県地域生活連携シートを活用し、情報共有を行っていますが、シート内容のみにとどまらず、必要な情報の共有はその都度行い、その人らしい生活を続けていけるように一緒に考えていくことが重要であると考えています。

今回、病院からの視点だけではなく、ケアマネジャーからみた病院と地域との連携に関しても報告したいと思います。

## シンポジウム

---

時 間 13：40～14：50  
会 場 第1会場

当院における退院支援の現状から見えてきた終末期の在り方

五井病院 院長 川越一男  
地域連携室長 佐藤和子

五井病院は、急性期、回復期、維持期（地域生活期）に対応する地域に根ざした地域密着型医療施設である。当院は、入院より「生活の視点」を重視した退院支援を行っている。また、市原保健医療圏域は、千葉県地域生活連携シートのモデル区域にもなっており、地域全体で患者様を支える体制が整備されている。連携シートを活用することで入院以前の状況が掴みやすくなった。又、入院直後から「生活」に視点を置くことの重要性を再認識した点について、実際に当院で行った退院支援について2つの事例を挙げ、考察したので報告する。

事例、1つ目は、当院の特徴を生かし、入院から退院後の在宅支援までを全て網羅したケース。2つ目は、施設入所患者の終末期の対応について、終身の対応が可能と謳っている施設であっても医療行為が必要になると入所継続が難しくなり、病院に入院となるケース。

上記2つのケースを通し、退院支援の在り方を振り返り、今後目指していきたい安定在宅の在り方について報告する。



## 講演

---

時 間 15:00～15:45  
会 場 第1会場

座長：千葉県医師会入退院時支援推進委員会委員長 古口 徳雄

「病院と地域をつなぐために ～二人主治医制と地域バーチャル病院の推進～」

松戸医師会理事／あおぞら診療所院長 川越 正平

我が国では、病院の専門医が、がん、臓器不全、神経難病など、進行性の慢性疾患患者の主治医機能を担っていることが多い。複数の臓器別専門医を継続受診し、それぞれを自分の主治医だと認識している患者も少なくない。脳血管疾患や認知症を含め、これら進行性の慢性疾患は、その経過の中で患者の人生に大きな影響を及ぼし、ときに苦痛をもたらし、最終的にはその生命をも脅かす。

診療体制に着目すると、病院の規模が大きくなるほど、診療各科が専門細分化する傾向がある。病院医師は、外来のみならず、救急、手術、検査、病棟において、責任ある多くの役割を担っている。そのような重責の中、たとえば、外来患者に合併する慢性腎臓病や認知症など、自らの専門外の臨床領域への対応や、発熱など急性併発症のトリアージ・初期診療など、患者に発生するすべての命題に対応することは、相当な重荷となっている。一方、患者側も、複数の診療科を並診するために月に複数回病院を訪れる必要があるなど、負担は小さくない。

退院支援において、入院時にスクリーニングを行ってハイリスク患者を同定し、早期から退院調整看護師やMSWが関わるようになったことは、歴史的必然であった。同様に今後は、多岐にわたる医療介護福祉の支援を必要とする外来患者を同定し、早期から対策を講じる必要がある。

そこで、松戸市では、地区医師会が市立病院に呼びかける形で「二人主治医制」の推奨を開始している。かかりつけ医が並行して関わることで、医療に「生活の視点」をもたらすことができる。「疾病の軌道」を見通して患者の生活の質を維持し、苦痛をできる限り回避すべく、狭義の疾病管理にとどまらず、リハビリテーションや緩和ケアを含む「支える医療」を提供する。誤嚥性肺炎や大腿骨頸部骨折、そして脳血管疾患の再発や心不全の再入院を未然に防ぎ、さらにはフレイルの進行抑止などの機能を思い浮かべれば想起しやすい。

地域の病院や診療所、歯科、薬局、訪問看護ST、居宅介護支援事業所、各種介護事業所、そして、市町村行政等が、病院におけるICUや病棟、処置室、検査室、総務課、研修室、患者サロンなどの機能を果たす。そのようなあり方を“地域バーチャル病院”という概念で捉えれば、見える景色が変わってくる。在宅医療介護従事者、病院、行政、市民がチームの一員として、老いても病んでも暮らし続けることのできるまちづくりに取り組む必要がある。最後に、地域包括支援センターとともに、この“地域バーチャル病院”のマネジメント機能を担うことになる在宅医療・介護連携支援センターが、病院における地域連携室や、NST、PCTなどの病棟横断チームの役割を果たすことについても紹介したい。

## 分科会報告

---

時 間 15:45～16:15  
会 場 第1会場

座長：千葉大学医学部附属病院地域医療連携部長／教授 藤田 伸輔  
千葉県歯科医師会理事 稲葉 洋  
(各5分)

(1) 摂食嚥下の連携を考える

東京歯科大学千葉病院 摂食嚥下リハビリテーション科准教授 杉山 哲也

(2) 看護職分科会

東京歯科大学市川総合病院 脳卒中センター看護師長 杉山 昭子

(3) 薬剤師分科会

アイン薬局 運営課課長 金谷 法好

(4) リハビリテーション職分科会

らいおんハート整形外科リハビリクリニック 黒澤 圭佑

(5) 医療ソーシャルワーカー分科会

千葉市立青葉病院 地域連携室 海野 芳郎

## 総括

---

時 間 16 : 15～16 : 30  
会 場 第 1 会場

入退院時支援推進委員会委員長  
千葉県脳卒中等意見交換会代表  
CAMP-S 計画管理病院協議会代表世話人  
千葉県救急医療センター 古口徳雄

脳卒中の地域医療連携から始まった「千葉県脳卒中連携の会」は、第 9 回を迎えるにあたり「千葉県脳卒中“等”連携の会」と名称を改めました。急性期病棟、回復期リハ病棟の中では“脳卒中という疾患とそれに伴う障害”を基準に情報共有が図れましたが、地域で生活する患者さんを起点に地域連携を考えると、すべての疾患で対応できるルールが必要になります。

地域包括ケアシステムでは、地域で生活する患者（利用者）さんとその後家族を中心に、介護事業者、かかりつけ医など身近な医療・介護・福祉の専門職が連携しながら支えていくことが求められます。その中で、最も高い壁が医療介護連携かもしれません。そこには、制度の違い、用語の違いなど乗り越えるものが多くあります。そして、入院するという日常生活と異なる世界で支える立場の病院・専門医療機関と地域包括システムが連携をとって患者さんを支えていくための重要な接点が、入院時・退院時です。この重要な接点でのルールづくりはこれからも地区を拡大し、疾患を拡大しながら進めていく必要があります。今年、診療報酬・介護報酬同時改訂を迎えます。地域連携・医療介護連携は地域包括ケアシステム構築に向けてさらに進められると思いますので、着実に一歩ずつ前に進んでいきましょう。



# 千葉県地域生活連携シート（入院時等）

A表

記入日 平成 年 月 日

事業所（施設）名	
担当者名	
電話番号	



病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得て提供しています。  
 （※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）

提供日平成 年 月 日  
 入院日平成 年 月 日

ふりがな 氏名	明大昭	生年月日	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年	月	日	年齢	歳	性別	男 女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------	-----	------	--	---	---	---	----	---	----	--

住 所	TEL（自宅）	TEL（携帯）	職 業
-----	---------	---------	-----

緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所	電話番号
--------	-----	-----	-----	------

※ 家族構成図 <small>◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡                  主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン</small>	住 環 境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（ 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ） <input type="checkbox"/> 施設等（ ）		
	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	経済的支援	<input type="checkbox"/> 要
	障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障（ ） <input type="checkbox"/> 精神（ ） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患（ ）		
	※ 生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）			
	<input type="checkbox"/> 一人暮らし			

※ 家族の介護力及び特記事項
----------------

（本人・家族）の療養に関する意向等
-------------------

リビングウィル等の意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ） 確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名： 電話番号：
--

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期限（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

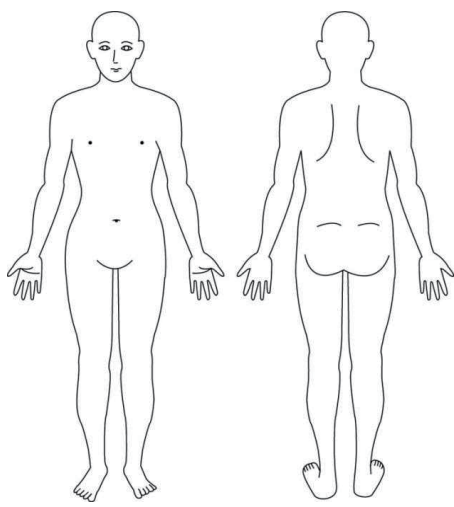
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
---------------	---

認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
----------------	---

※ 介護サービス 利用状況	訪 問	<input type="checkbox"/> 介護（ / 週 ） <input type="checkbox"/> 入浴（ / 週 ） <input type="checkbox"/> リハビリ（ / 週 ） <input type="checkbox"/> 看護（ / 週 ）
	通 所	<input type="checkbox"/> 介護（ / 週 ） <input type="checkbox"/> リハビリ（ / 週 ）
	短期入所	<input type="checkbox"/> 生活介護（ ） <input type="checkbox"/> 療養介護（ ）
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（ ） <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売（ ）
	その他	

※ かかりつけ情報 （医師、歯科、 薬局）	主病名	医療機関名等	診療科目・主治医等	電話番号

利用者氏名	事業所（施設）名、担当者名
-------	---------------

	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ）	
					下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ）	口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
					食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通 嚥下食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ	
					<input type="checkbox"/> 経管栄養（方法： 内容： 量： 所要時間）	
					制 限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他（ ））	
特記事項						
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他（ ））	
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
					夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
					排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 別紙参照（ ） <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法	
特別な医療行為等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他					
※ 麻 痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度				 <p style="text-align: right; font-size: small;">※麻痺や褥瘡等の位置</p>	
	部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢					
※ 褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）					
※ 皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）					
※ 視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない					
	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能					
	眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
※ 聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない					
	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能					
	補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
※ 言 葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる（程度： ）					
※ 意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる（伝達方法： ）					
※ 短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし（ <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え）					
※ 行動・精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下				
		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
その他（介護上、特に注意すべき点等）						

○退院に向けてのお願い（ケアマネージャーから医療機関等）

退院の検討を始めた段階で、上記担当者へ連絡をお願いします。 受取者サイン

千葉県地域生活連携シート（退院時）

**B表**

※医療機関・施設名	※電話番号	※面談日	平成 年 月 日
※面談者		※記入者	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。（※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）

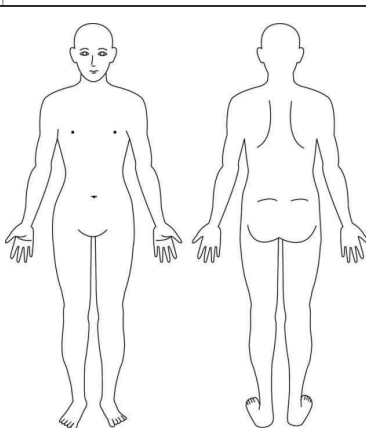
※ふりがな氏名	※生年月日	明大昭	年 月 日	※年齢	歳	※性別	男女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
住所	TEL（自宅）			職業			
	TEL（携帯）						
緊急時連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号			
家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（階エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） <input type="checkbox"/> 施設等（ ）				
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン		生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		経済的支援	<input type="checkbox"/> 要	
		障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障（ ） <input type="checkbox"/> 精神（ ） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患（ ） 生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）				
		<input type="checkbox"/> 一人暮らし					
家族の介護力及び特記事項							

※要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請		有効期限（平成 年 月 日～平成 年 月 日）				
	<input type="checkbox"/> 事業対象者	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
※認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

※入院期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 予定						
※入院の経緯・原因となった病名等							
※手術		※既往歴					
傷病の経過及び治療経過							
本人、家族への退院前指導の内容	(説明を聞いた相手： )						
退院後の診療形態等	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (紹介先医療機関等)						
※特別な医療行為等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他						
※感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他 ( )						

利用者氏名

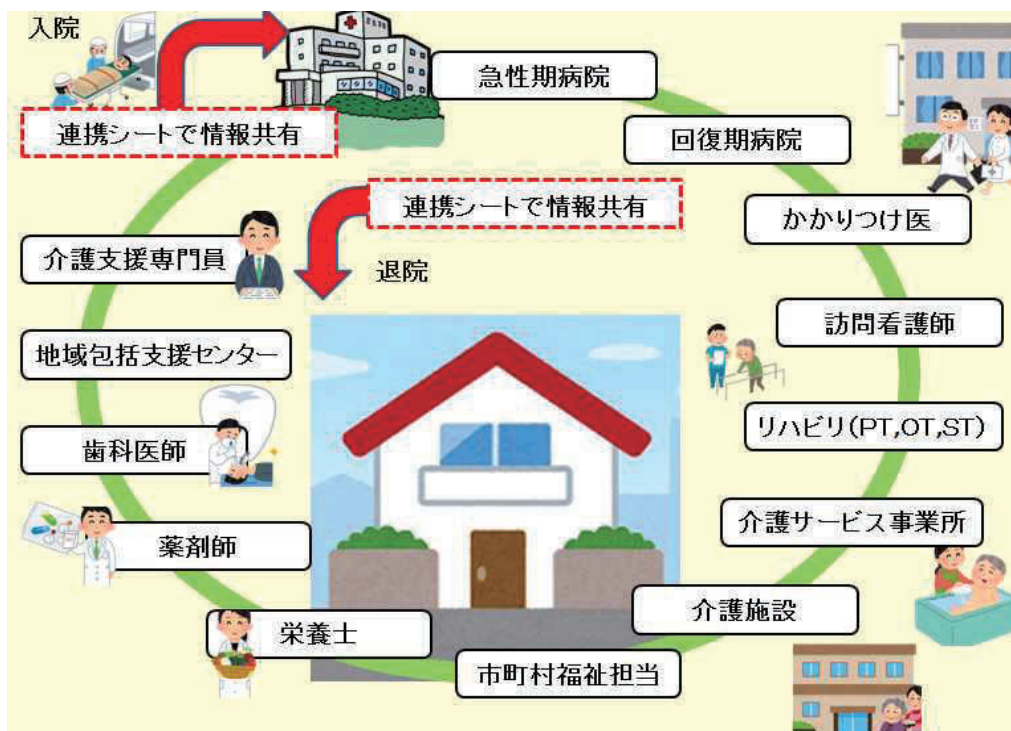
記入日：平成 年 月 日

		自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子	
※	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
※	口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ) 下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 )	口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
※	食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
						食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通 嚥下食 ( <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ )	
						<input type="checkbox"/> 経管栄養 (方法: 内容: 量: 所要時間 )	
						制 限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )	
						特記事項	
	整 容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
※	入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )	
※	排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
						夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
						排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
※	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 別紙参照 ( )	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法
麻 痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度						
	部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢						
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )						
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )						
視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
言 葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる (程度: )						
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法: )						
※	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし ( <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え)					
※	行動・精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
※	リハビリテーション (目標や内容等)	実施リハ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他 ( )					
		運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
		生活目標					
		到達方法 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 自主トレ継続 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
		必要な内容					
※	導入が必要と考えられる介護サービス	訪 問 <input type="checkbox"/> 介護 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> 入浴 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 ) <input type="checkbox"/> 看護 ( / 週 )					
		通 所 <input type="checkbox"/> 介護 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 )					
		短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 ( ) <input type="checkbox"/> 療養介護 ( )					
		福祉用具 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( ) <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 ( )					
		その他					
※ (本人・家族) の療養に関する意向等							
リビングウィル等の意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名: 電話番号							
※ その他 (退院後の生活で注意すべき点等)							



# 千葉県地域生活連携シートの手引き

## ～入退院時等の情報共有に係る千葉県参考様式～



平成29年1月  
千葉県

千葉県健康福祉部高齢者福祉課

千葉市中央区市場町1-1

電話：043-223-2342

FAX：043-227-0050

HP：http://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/renkei/renkei-sheet.html



## 目的

「千葉県地域生活連携シート」は、医療と介護サービスをスムーズに提供する事を目的に、介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の情報を共有するための千葉県参考様式です。

なお、介護報酬の「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」の算定にも活用できます。

また、診療報酬の「介護支援連携指導料」「退院時共同指導料2」等の関係職種間の情報共有にも活用できます。

## 地域での活用

地域の実情に応じ、項目の追加等の様式変更を行うことは可能です。

ただし、様式を変更する場合には、県参考様式との相違による混乱が生じないように、地域の関係者間で十分に協議・調整を行ってください。

また、本シートの「※」は介護報酬の算定に必要な項目なので、その点についても注意してください。

## 個人情報の取り扱い

本シートの記入及び送付に当たっては、必ず本人または家族の同意を得てください。

居宅介護支援等の契約時において、今後の支援を見据えて、入院時の医療機関への情報提供も含めた個人情報の使用について、包括的同意を得ておくことも可能です。

本シートには、利用者の身体機能等、多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

## 利用方法

### A表【千葉県地域生活連携シート(入院時等)】

居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等の担当介護支援専門員が、介護サービス利用者の在宅での日頃の状況を把握するために記入し保管しておくほか、入院時にその情報（A表）を医療機関に送付するものです。

表内の「※」は、介護報酬の「入院時情報連携加算」の算定に必要な項目です。

### B表【千葉県地域生活連携シート(退院時)】

居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等の担当介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の退院の際、B表を活用し必要な情報を共有し、介護支援専門員が居宅サービス計画の作成等に活用するものです。

また、「診療情報提供書」に添付することにより病院とかかりつけ医間で情報共有を図る事ができます。

表内の「※」は、介護報酬の「退院・退所加算」の算定に必要な項目（標準様式「退院・退所情報記録書」）です。

## ① 在宅時

介護支援専門員は、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況をA表に記入し保管しておきましょう。また、月一回のモニタリングの際、A表をモニタリングシートとして使用することもできます。

## ② 入院時

介護支援専門員は、利用者が入院した際、医療機関にA表を持参又はFAX等で送付し、利用者情報を共有しましょう。

また、利用者の緊急入院等に備え、下記のような点について地域で検討し利用者や家族等に伝えておくよう努めましょう。

- ・救急隊がすぐに持ち出せるような場所に保管しておく
- ・担当介護支援専門員の名刺を医療保険証や介護保険証等と一緒に保管しておく
- ・入院する場合は必ず担当介護支援専門員に連絡する

なお、シートを送付した際は、「居宅介護支援経過」に、入院日、送付日及び送付先の名称を記録してください。

(記入例)「H29.4.1△△病院に入院。H29.4.△△病院に地域生活連携シートを送付」

### 【介護報酬】

#### ○入院時情報連携加算

医療機関等に訪問により情報を提供した場合 : 200単位

上記以外の方法により情報を提供した場合 : 100単位

**※医療機関は、担当介護支援専門員からA表の提出が無い場合、当該患者の入院を把握していない場合もあるので連絡をしましょう。**

## ③ 退院前

医療機関は関係者とのカンファレンス前までに、院内の関係者から情報を収集し、B表を活用して介護支援専門員や関係者間で下記のような情報を共有しましょう。

- ・退院後に地域で利用可能な介護サービスや要介護認定の申請手続きの情報
- ・退院後に想定されるケアプラン作成等に必要な情報や退院後の外来診療の見込

介護支援専門員はケアプランを作成し、その写しを速やかに医療機関に提供しましょう。

### 【介護報酬】

○退院・退所加算 : 300単位 (入院中3回に限る)

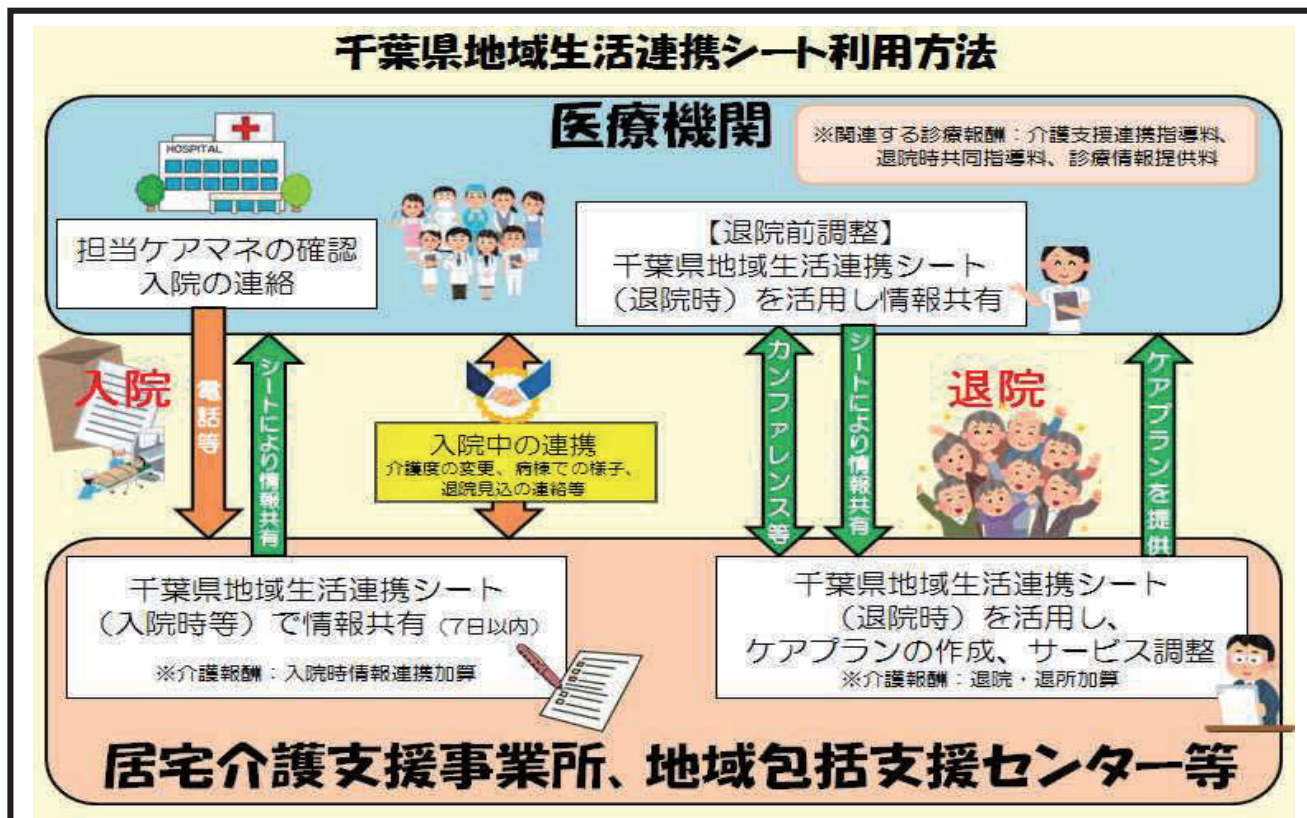
### 【関連する診療報酬】※算定要件は、各自御確認ください。

○介護支援連携指導料 : 400点 (入院中2回に限る)

○退院時共同指導料2 : 400点

(3者以上と共同して指導を行う場合に加算 : 2,000点)

○診療情報提供料(I) : 250点



## 記入上の留意点

記入時点 【A表、B表】	認定調査結果や主治医意見書等を参考に本シートを記入する場合、直近の状況と異なるときは、直近の状況を優先して記入してください。
経済的支援 【A表、B表】	生活保護等、行政の支援が必要と思われる場合はチェックを入れてください。
療養に関する意向等 【A表、B表】	退院後の療養や介護に関する本人及び家族の意向等があれば、具体的に記入してください。
リビングウィル等の 意思表明 【A表、B表】	<p>リビングウィルとは、治る見込みがなく、死期が近いときには、延命治療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定することとされています。リビングウィルの他、自分自身が受ける医療に関する希望をあらかじめ書面等で示す意思表示方法は多様であり、民間でも様々な書式が作成されています。</p> <p>(参考：千葉県医師会作成「私のリビングウィル」 <a href="http://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/styles.html">http://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/styles.html</a>)</p>
服薬管理 【A表、B表】	別紙参照の記載例（お薬手帳、処方箋 等）
リハビリテーション 【B表】	<p>リハビリとは、運動、温熱やマッサージ、マシンを動かすだけではありません。その方の明日への希望となるような、生活目標を具体的に立てPT、OT、STといった専門職がいるサービスへ繋げてください。</p> <p>(生活目標の記載例：畑作業ができるよう通所リハビリで屋外歩行訓練をする。自宅でお風呂に入るため浴槽のまたぎ動作を訪問リハビリで練習する。)</p>
受取者サイン 【A表】	医療機関はA表を受け取る際、サイン等を記入するよう努めてください。

# 医療機関

診療情報提供料 I (施設基準なし)  
250点

地域連携診療計画加算  
(施設基準あり 退院支援加算を算定した者に限る)  
50点

退院時共同指導料 2  
400点  
※該当職種3者以上  
と共同して指導を行  
う場合  
2000点加算

退院支援加算 1 (施設基準あり)  
一般病棟 600点 療養病棟 1200点  
退院支援加算 2 (施設基準あり)  
一般病棟 190点 療養病棟 635点  
地域連携診療計画加算  
(施設基準あり 退院支援加算を算定した者に限る) 300点

介護支援連携指導料  
400点

### ③ [算定要件・施設基準]

死亡退院は算定不可	退院支援加算 1	退院支援加算 2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談※1	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面談を実施(3回/年以上)	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実施	-

入院

入院時情報連携加算  
訪問し面談して提供 200単位  
上記以外の方法で提供 100単位

退院

退院・退所加算  
300単位

# 居宅介護支援事業所

退院後の在宅療養を担う医療機関等



入院中の保険医療機関

保険医又は看護師等と、①の「保険医又は指示を受けた看護師等」もしくは①の医師の指示を受けた「④訪問看護ステーションの看護師等」と共同で、入院患者に対し、退院後の在宅での療養上必要な指導を行い、文書により情報提供

◎この時点で退院時共同指導料1、2をそれぞれ算定

退院時共同指導料2 400点

入院中1回（\*厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中2回に限り算定できる。）

医師共同指導加算 300点（注1）

→入院医療機関の「医師」と①の「医師」が共同で指導を行った場合に算定できる

共同指導加算 2000点（注2）

→入院医療機関の「医師」が①～⑤のうち、いずれか3者以上と共同で指導を行った場合に算定できる。

注1は注2の加算を算定する場合は算定できない

※入院医療機関の「医師」が①～⑤のうち3者以上と共同で指導を行った場合、入院医療機関は共同指導加算を算定できる。



退院後、在宅療養に移行

在宅療養をサポート

\*厚生労働大臣が定める疾病等  
 別表第三の一の二 退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を2回算定できる疾病等の患者並びに頻回訪問加算に規定する状態にある患者  
 一 末期の悪性腫瘍の患者（若がん医総総合診療料を算定している患者を除く。）  
 二 (1) であって、(2)又は(3)の状態である患者  
 (1) 在宅自己腹膜透析指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養療法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅人工疼痛管理指導管理、在宅人工疼痛管理指導管理、在宅人工疼痛管理指導管理  
 (2) ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態  
 (3) 人工肛門又は人工尿道瘻を設置している状態  
 三 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

## 千葉県医師会作成の「私のリビングウィル」について

人は、それぞれ自分らしく生き、自分らしい最期を迎えたいという考え（死生観）を持って生きています。死生観については、元気なうちからオープンな議論をしておくことが重要であり、いざというときの延命処置に関する希望など、ご自身が受けたい人生の最終段階における医療等についても身近な人やかかりつけ医と充分話し合い、ご自分の意志を明確に示しておくことが重要です。

「リビングウィル」とは、「生前の意思」という意味の英訳です。ここでいう「私のリビングウィル」では、判断能力を有する成人が病気や事故で判断能力を失う等により、自分自身が「受けたい」あるいは「受けたくない」延命のための医療（治療や処置等）等について意思表示ができなくなった場合に備え、あらかじめ書面で自分の意思を示しておくものです。

千葉県医師会では、判断能力の回復が見込めない状態になってもご本人の価値観を尊重し、希望する人生の最終段階における医療やケア等を受けることができるように、事前意思表明書として使用する目的で「私のリビングウィル」の様式を作成しました。

お元気な今、自分らしい最期を迎えるための意思表示について考えてみてはどうでしょうか。

なお、「私のリビングウィル」は、ご本人の意思により、いつでも自由に書き直すことができます。

---

### 「私のリビングウィル」へ署名される方々へのお願い

#### ご本人へ

ご本人の直近の意思を記入したうえで、ご署名ください。記入した意思が直近の意思であることを示すため、必ず年月日も合わせて記入してください。

記入した「私のリビングウィル」は、家族や代理人、かかりつけ医等の医療職の者に提示し、必要な署名等をもたらしたうえで、これらの人達がすぐに判るように保管してください。

#### ご家族や代理人の方へ

日ごろから、ご本人と話し合いを重ね、ご本人のご意思を十分に理解し納得された上でご署名ください。

#### 医療職の方へ

- ご本人の意思決定能力について判断をしたうえで、署名してください。
- ご家族がいらっしゃる場合は、ご家族の意思についても確認してください。
- 署名後に、「私のリビングウィル」のコピーを保存あるいは内容を診療録に記載してください。

## 「私のリビングウィル」—千葉県医師会作成— の記入の際の説明書

千葉県医師会では、自分らしい最期を迎えるために、前もってご自身が希望する人生の最終段階における医療やケア等についての意思を明示しておくためのツールとして「私のリビングウィル」の様式を作成しましたのでご利用ください。「私のリビングウィル」には強制力はありませんが、ここで表明したご本人の意思は最優先に尊重されることから、記入した「私のリビングウィル」は、家族、親類、親しい人、かかりつけ医等と共有しておくことが重要です。

「私のリビングウィル」に記入している内容は、いつでも自由に書き直すことができます。

ご記入に当たっては、以下の説明をご参照ください。

※ 臓器移植の意思を表明したい場合には、臓器移植ネットワークが示している「意思表示の方法」に従い、インターネットによる意思登録、健康保険証等の意思表示欄への記入あるいは意思表示カード（区市町村の窓口に置かれている）への記入により行ってください。

### 【各項目の記入に当たっての説明】

1-（1）から（5）の各項目については、希望する、希望しないなどについて該当するものを○で囲んでください。記入後は、本人、家族（家族がいない場合には親戚などの代理人（法的な代理人には限りません））の署名と押印をしてください。医療者署名欄については、かかりつけ医師や訪問看護師等にご相談ください（医療者の署名がなくとも問題はありません）。

1-（1） 全ての医療処置とは、（2）～（4）を含めた延命のために行う全ての医療処置を指します。

1-（2） 高カロリー輸液による栄養補給は、高カロリーな点滴薬を点滴により血管内に供給します。また、胃ろうによる栄養補給とは、内視鏡を使ってお腹に小さな穴を開ける手術を行い、この穴を通して直接胃に栄養剤を補給するものです。この他に鼻チューブにより直接胃に栄養剤を補給する方法もあります。

1-（3） 人工呼吸器を装着した場合には、死亡するまでの間、原則として人工呼吸器を外すことはできません。死亡するまでの期間は、それぞれの方の状態により異なります。

1-（4） 心肺蘇生とは、死が迫った時に行われる延命処置であり、心臓マッサージ、気管挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与等の医療行為をいいます。これらの行為により、一時的に呼吸や心拍が戻る場合があります。

1-（5） 「痛みや苦しみの程度に応じた鎮痛剤や鎮静剤の使用」を希望した場合、痛みや苦しさが強い時には強い鎮痛剤や鎮静剤を使用することになり、意識の低下等が起こります。意識の低下等を避けたい場合には、「希望する」に○を付け、さらに、1-（6）で「意識が低下するような強い鎮痛剤等の使用はしないでほしい」旨を記載します。

1-（6） 「その他」については、受けたい医療についてご自由にご記入ください。

（例）延命処置は希望しないが、自分で呼吸ができ心臓が動いている間は、末梢静脈からの点滴による水分補給と苦痛の軽減を希望する。この際、意識が低下するような強い鎮痛剤等の使用はしないでほしい。

2-（1）～（8）については、全ての項目に記入する必要はありません。家族等に伝えたい項目についてご記入ください。

2-（1） 該当する「口」に「レ」を記入して下さい。成年後見制度を利用する場合には、申請等の手続きについて地域の家庭裁判所、千葉県や市町村の担当窓口や社会福祉協議会等にご相談ください。

（平成 29 年改訂版）



## 「私のリビングウィル」 ー千葉県医師会作成ー

1 私は、病気や事故によって自分で意思の決定や表明ができなくなり、判断能力等の回復が見込めない状態になった時に備え、次の6項目についてあらかじめ私の意思を表示します。

(1) 延命を目的とした医療処置

〈 全ての処置を希望する ・ 全ての処置を希望しない ・ 一部の処置を希望する 〉

※ 「一部の処置を希望する」を選択した場合には(2)以下の全ての項目、それ以外を選択した場合には(5)以下の項目について記載

(2) 自分の口から栄養を摂れなくなった時の医療の提供【高カロリー輸液や胃ろう等による継続的な栄養補給】  
〈 希望する ・ 希望しない 〉

(3) 自力で呼吸ができなくなった時の医療の提供【人工呼吸器を装着する等の継続的な呼吸補助】  
〈 希望する ・ 希望しない 〉

(4) 自力で心臓が動かなくなった時の長時間にわたる医療の提供【心臓マッサージ等の心肺蘇生やAEDの繰返し使用等】  
〈 希望する ・ 希望しない 〉

(5) 痛みや苦しみの程度に応じた鎮痛剤や鎮静剤の使用による苦痛の軽減  
〈 希望する ・ 希望しない 〉

※ 痛み等が強い場合には、強い鎮痛剤(麻薬系の鎮痛剤)や鎮静剤を使用することで意識の低下や呼吸が抑えられることがあることから、強い鎮痛剤等の使用を希望しない場合には、記入に際しての説明書(P2)を参照し、(6)にその旨を記入。

(6) その他(点滴による水分補給や強い鎮痛剤等の使用その他医療に関する希望)

[  
  
  
]

年 月 日

本人署名 \_\_\_\_\_ ①

家族または代理人署名 \_\_\_\_\_ ① 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

医療者署名 \_\_\_\_\_ ① 職種 ( \_\_\_\_\_ )



(平成 29 年改訂版)

## 2 私の希望で、家族等に伝えておきたい事を記載します

(1) 私の日常生活を送る上で必要な身の回りのことや財産の管理は、

(氏名 \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ )  
さんに、伝えてあります

成年後見制度に従って下さい。

(2) お気に入りの食事（好きなもの・嫌いなもの・食事の習慣等）や酒等の嗜好品  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

(3) 日課など習慣になっている事（散歩、毎日見るテレビ番組等）  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

(4) 好きなもの（動物、花等）、好きな事（読書、音楽、踊り等）、身に付けてい  
たいもの  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

(5) 夢やしたい事  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

(6) 大切な思い出、忘れられない思い出、幸せだった事や時期  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

(7) 信仰する宗教、伝えたい自分の考え・思い・主張  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

(8) 人生の最期を過ごしたい所（自宅、医療機関・施設、その他）  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

※ 各項目および署名欄に記入が済んだ「私のリビングウィル」は、署名してもらった家族や代理人、医療者等にコピーを渡すか、すぐに判るように保管してください。



この「私のリビングウィル」は、いつでも自由に書き直すことができます。  
この「私のリビングウィル」は、強制力はありませんが、意思は尊重されます。

(平成 29 年改訂版)

「私のリビングウィル」 ー千葉県医師会作成ー

1 私は、病気や事故によって自分で意思の決定や表明ができなくなり、判断能力等の回復が見込めない状態になった時に備え、次の6項目についてあらかじめ私の意思を表示します。

(1) 延命を目的とした医療処置

〈 全ての処置を希望する ・ 全ての処置を希望しない ・ 一部の処置を希望する 〉

※ 「一部の処置を希望する」を選択した場合には(2)以下の全ての項目、それ以外を選択した場合には(5)以下の項目について記載

(2) 自分の口から栄養を摂れなくなった時の医療の提供【高カロリー輸液や胃ろう等による継続的な栄養補給】  
〈 希望する ・ 希望しない 〉

(3) 自力で呼吸ができなくなった時の医療の提供【人工呼吸器を装着する等の継続的な呼吸補助】  
〈 希望する ・ 希望しない 〉

(4) 自力で心臓が動かなくなった時の長時間にわたる医療の提供【心臓マッサージ等の心肺蘇生やAEDの繰り返し使用等】  
〈 希望する ・ 希望しない 〉

(5) 痛みや苦しみの程度に応じた鎮痛剤や鎮静剤の使用による苦痛の軽減  
〈 希望する ・ 希望しない 〉

※ 痛み等が強い場合には、強い鎮痛剤（麻薬系の鎮痛剤）や鎮静剤を使用することで意識の低下や呼吸が抑えられることがあることから、強い鎮痛剤等の使用を希望しない場合には、記入に際しての説明書（P2）を参照し、(6)にその旨を記入。

(6) その他（点滴による水分補給や強い鎮痛剤等の使用その他医療に関する希望）

[  
  
]

2016 年 10 月 10 日

本人署名 木村はな子 (64才)



家族または代理人署名 木村雄と木村あき子 続柄 ( 夫と娘 )



医療者署名 春風 かおる子 職種 ( 医師 )



2 私の希望で、家族等に伝えておきたい事を記載します

(1) 私の日常生活を送る上で必要な身の回りのことや財産の管理は、

(氏名 木村雄と木村あき子 続柄：夫と娘)  
さんに、伝えてあります

成年後見制度に従って下さい。

(2) お気に入りの食事（好きなもの・嫌いなもの・食事の習慣等）や酒等の嗜好品

[ 和食、赤ワイン ]

(3) 日課など習慣になっている事（散歩、毎日見るテレビ番組等）

[ 毎週日曜日のNHKののどまん（12:15～13:00） ]

(4) 好きなもの（動物、花等）、好きな事（読書、音楽、踊り等）、身に付けていたもの

[ 野の花が大好き、音楽（ショパン、ちあきなおみの歌）、パール指輪は最後までつけていたい。そして娘へ（いつもそばにいるよ） ]

(5) 夢やしたい事

[ 一人娘の結婚式（2か月後）に、よい顔をして夫と出たい。 ]

(6) 大切な思い出、忘れられない思い出、幸せだった事や時期

[ 大切な思い出は二人と共有した。今も幸せ ]

(7) 信仰する宗教、伝えたい自分の考え・思い・主張

[ キリスト教、夫や娘にありがとう、自分がいなくなっても楽しんでほしい。明るい笑顔、二人の幸せを祈ってる ]

(8) 人生の最期を過ごしたい所（自宅、医療機関・施設、その他）

[ 自宅 ]

※ 各項目および署名欄に記入が済んだ「私のリビングウィル」は、署名してもらった家族や代理人、医療者等にコピーを渡すか、すぐに判るように保管してください。



この「私のリビングウィル」は、いつでも自由に書き直すことができます。  
この「私のリビングウィル」は、強制力はありませんが、意思は尊重されます。

（平成 29 年改訂版）

# 千葉県脳卒中等連携の会 CAMP-S 参加証

## 第9回

### 千葉県脳卒中等連携の会 CAMP-S Chiba Alliance Multi Profession-Stroke

所属：

---

職種：

---

氏名：

---

※氏名等を記入するか来場時のネームシールを添付して保管ください。

#### 【開催要項】

メインテーマ：「ときどき入院、ほぼ在宅」

日時 平成30年2月18日（日）10：00～16：30（受付9：30～）

場所 アパホテル&リゾート東京ベイ幕張（幕張ホール2階）  
〒261-0021 千葉市美浜区ひび野2-3

プログラム：

#### 【第一部】各分科会

実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）／摂食嚥下の連携を考える  
看護職／薬剤師／リハビリテーション／医療ソーシャルワーカー

（敬称略）

#### 【第二部】

〔入退院時支援事業報告〕

病院と地域で切れ目のない支援を行うための入退院時支援事業報告

○各地区からの報告

- ・君津木更津医師会
- ・市原市医師会
- ・千葉市医師会
- ・印旛市郡医師会
- ・香取郡市医師会

〔シンポジウム〕

テーマ：「変化する退院支援の現状を考える」

○各病院からの報告

- ・東京歯科大学市川総合病院
- ・松戸市立総合医療センター
- ・五井病院

○指定発言

〔講演〕

「病院と地域をつなぐために ～二人主治医制と地域バーチャル病院の推進～」

松戸市医師会理事／あおぞら診療所院長 川越 正平

〔分科会報告〕

- (1) 摂食嚥下の連携を考える
- (2) 看護職分科会
- (3) 薬剤師分科会
- (4) リハビリテーション職分科会
- (5) 医療ソーシャルワーカー分科会

〔総括〕

千葉県医師会入退院時支援推進委員会委員長 古口徳雄

◆千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会

主な活動

本協議会は、参加している県内の各急性期病院が協力して、千葉県共用脳卒中医療連携パスを用いた脳卒中地域連携の推進のための情報収集および提供や千葉県共用脳卒中医療連携パスにかかる連携会議の開催およびその支援を行います。

1. 千葉県共用脳卒中医療連携パスを用いた脳卒中地域連携の推進のための情報収集および提供
2. 千葉県共用脳卒中医療連携パスにかかる連携会議の開催およびその支援
3. その他、本会の目的を達成する為に必要な事業

平成 29 年 12 月 1 日現在協議会名簿

千葉県救急医療センター	東京歯科大学市川総合病院	日本医科大学千葉北総病院
国立病院機構千葉医療センター	順天堂大学医学部附属浦安病院	国保旭中央病院
千葉市立青葉病院	行徳総合病院	亀田総合病院
千葉大学医学部附属病院	東京ベイ・浦安市川医療センター	君津中央病院
千葉脳神経外科病院	千葉県済生会習志野病院	千葉県循環器病センター
千葉メディカルセンター	国保松戸市立病院	千葉労災病院
船橋市立医療センター	千葉西総合病院	帝京大学ちば総合医療センター
谷津保健病院	新東京病院	
東京女子医科大学八千代医療センター	成田赤十字病院	
国立国際医療研究センター国府台病院	東邦大学医療センター佐倉病院	

◆千葉県回復期リハビリテーション連携の会

平成 30 年 1 月 1 日現在施設リスト

富家千葉病院	船橋二和病院	佐倉厚生園病院
柏戸病院	新八千代病院	長谷川病院
千葉みなとリハビリテーション病院	八千代リハビリテーション病院	八街総合病院
千葉健生病院	アクアリハビリテーション病院	印西総合病院
平山病院	袖ヶ浦さつき台病院	千葉白井病院
おゆみの中央病院	イムス佐原リハビリテーション病院	季美の森リハビリテーション病院
千葉県千葉リハビリテーションセンター	病院	九十九里病院
千葉南病院	メディカルプラザ平和台病院	高根病院
千葉中央メディカルセンター	北柏リハビリ総合病院	山之内病院
みつわ台総合病院	千葉・柏リハビリテーション病院	亀田リハビリテーション病院
市川市リハビリテーション病院	院	館山病院
大野中央病院	千葉愛友会記念病院	五井病院
国際医療福祉大学市川病院	東葛病院	白金整形外科病院
津田沼中央総合病院	流山中央病院	リハビリテーション病院さらしな
東京湾岸リハビリテーション病院	野田病院	東京さくら病院
習志野第一病院	旭神経内科リハビリテーション病院	
下総病院	病院	
セコメディック病院	五香病院	
千葉徳洲会病院	東松戸病院	
東船橋病院	松戸リハビリテーション病院	
船橋市立リハビリテーション病院	成田病院	
船橋総合病院	成田リハビリテーション病院	



千葉県共用地域連携パス

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/chiikiiryou/renkeipasu/>



千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会

<http://www.camp-s.org/>



ちば地域医療応援ネット

<http://www.chiba.med.or.jp/general/iryonet/index.html>



---

千葉県

千葉県医師会

---

千葉県脳卒中等連携の会

---