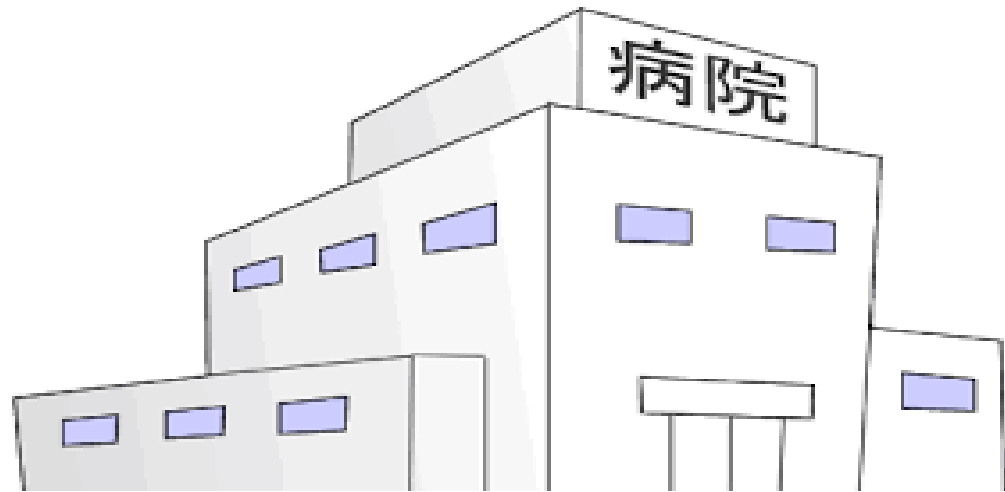
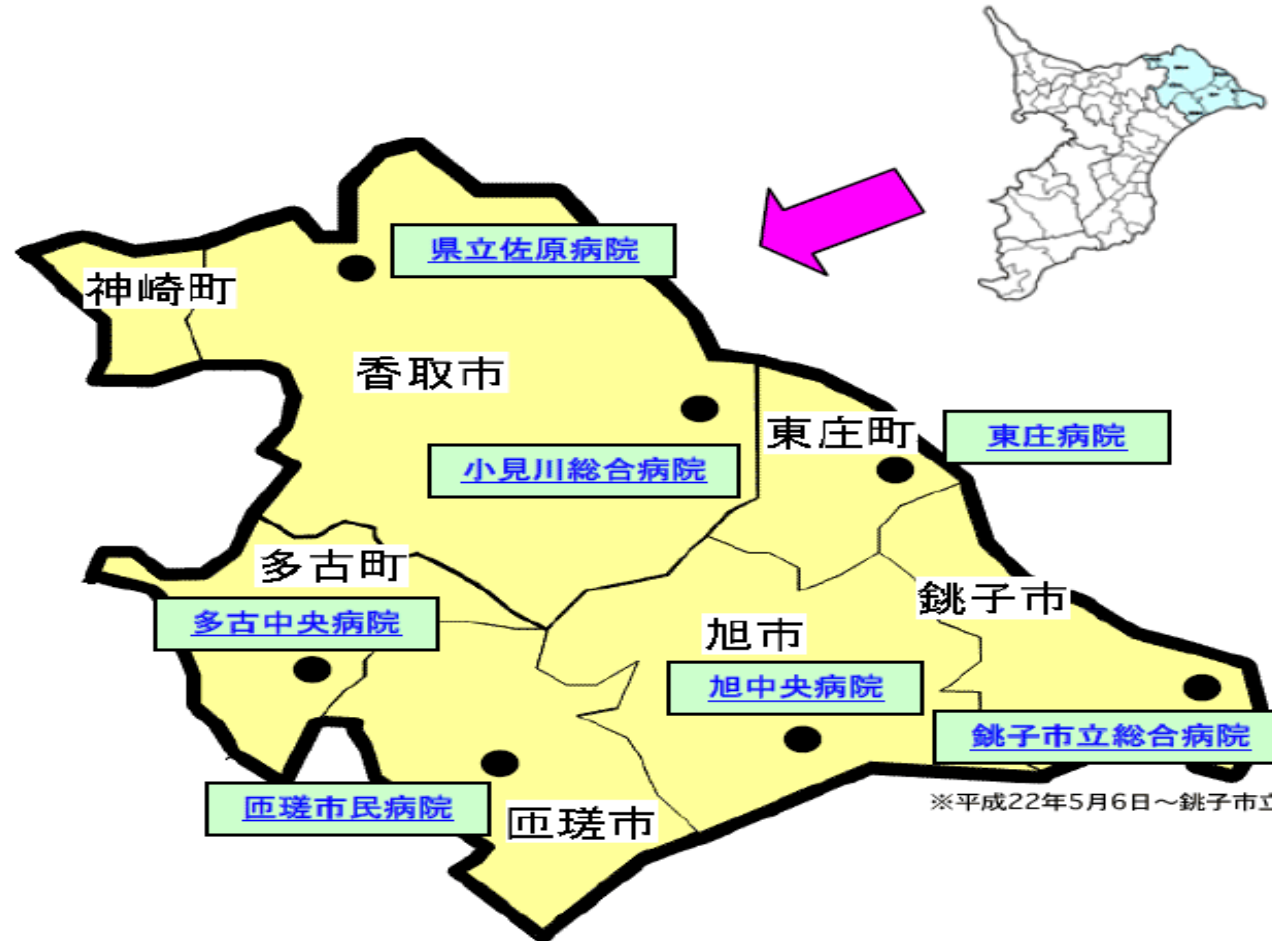


香取地域の医療と介護がつながる委員会 平成30年度最終報告



香取郡市医師会

香取海匝医療圏



※平成22年5月6日～銚子市立病院として診療再開

香取海匝地域の人口と高齢化率 (平成**27**年度国勢調査)

地域	香取市	東庄町	多古町	神崎町	匝瑳市	旭市	銚子市
人口 (人)	77499	14152	14724	6133	37261	66586	64415
高齢化率	33.4%	34.1%	33.5%	31.9%	31.9%	28.0%	33.6%

30Km 圏内に3次救急病院が2つある

香取市の人口割合と高齢化率



香取市の人口割合と高齢化率

	H25	H26	H27	H28	H29
人口（人）	82,344	81,483	80,595	79,680	78,730
前期高齢者	11,605	12,196	12,636	12,902	13090
後期高齢者	12,754	12,836	12,933	13,067	13359
高齢者率	29.6%	30.7%	31.7%	32.6%	33.6%

香取市の世帯状況

世帯数	27264世帯
単独世帯	4947世帯
高齢夫婦	2262世帯
高齢単独	1725世帯
核家族	13926世帯

要介護(要支援)認定者数の推計と実績

	H25年	H26年	H27年	H28年	H29年
要介護認定（人）	3572	3,679	3893	3893	3986

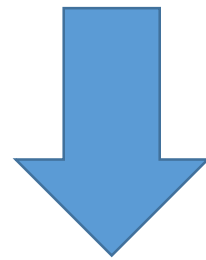
老々介護や支える家族がないことで、自宅に帰ることへの不安が増えている

高齢化社会・多死時代に突入

平成**29**年**4**月香取市**65**歳以上の高齢化率 **33.5%**



平成**30**年**4**月香取市**65**歳以上の高齢化率 **34.3%**



地域の高齢者医療のニーズを把握する
香取地域の地域包括ケアシステムの構築



県立佐原病院での問題点

- 入院時、ケアマネジャーが作成する地域生活連携シートA表（入院時）を受領し活用することの不徹底
- 退院時、独自の退院支援ルール・サマリーを使用して地域や医療・介護関係者への情報提供項目の不足
- 急性期病院、回復期・慢性期病院の役割分担は比較的明確、しかし共通のルールに基づく情報の連携が図れていない



香取地域のつながる委員会設立の経緯

県立佐原病院から香取郡市医師会へ共通の課題解決のために
地域の入退院支援ルール作りの協力を依頼する



香取郡市医師会が発起人として協力を承諾する



香取郡市医師会・県立佐原病院が香取市に協力を依頼し承諾を得る



県立佐原病院が事務局となり委員会の企画・運営を担う
(コアメンバーの選出等)

(仮称) 香取地域入退院支援ルール推進委員会
設立準備会議開催、設置要綱骨子作成



香取地域の医療と介護がつながる委員会 設立

香取地域の医療と介護がつながる委員会



<設置目的>

香取地域及びその周辺地域における入退院支援ルールづくりを進めることで、地域住民の日常の療養生活と入退院のスムーズな支援につなげることを目的として【香取地域の医療と介護がつながる委員会】を設置した。

平成29年度から活動開始



<構成メンバー> ※多職種で構成

(平成29年発足時のコアメンバー) 18名

- ・地域開業医1名・訪問看護師1名・地域包括支援センター2名
- ・介護支援専門員2名・急性期病院退院調整看護師1名
- ・リハビリ病院看護師長1名・香取市役所保健師2名
- ・香取保健所課長1名(アドバイザー)・ヘルパー協議会1名
- ・リハビリ協会2名、県立佐原病院事務局長、看護局長
- ・訪問看護ステーション看護師長1名
- ・地域医療連携室看護師長1名

平成30年1月からリハビリ協会2名参加

(平成30年からの参加メンバー) 8名

- ・平成30年1月からリハビリ協会2名参加
- ・平成30年4月から薬剤師会から薬剤師2名参加
- ・平成30年9月から多古町・東庄町・神崎町参加(各1名)
- ・平成30年12月から歯科医師会会長参加



最終24名で構成

＜委員会開催時期＞

※平成29年から30年12月までに6回開催

平成29年 9月 5日（火）第1回開催

平成29年11月28日（火）第2回開催

平成30年 1月30日（火）第3回開催

平成30年 4月17日（火）第4回開催

平成30年 9月19日（水）第5回開催

平成30年12月19日（水）第6回開催

＜研修会＞平成31年2月24日（日）開催決定

（主催）香取郡市医師会

（共催）香取地域の医療と介護がつながる委員会

100人規模の会で多職種の参加を予定



http://t.bp.blogspot.com/u/Ybnr1fOwURjwef_BIAAAAAAABEY9Wg4CUsk1600our-team.jpg

香取地域の課題と解決案

- 1) 香取地域は、高齢化率34.5%で超高齢化地域であり、医療ニーズが高い一方、高齢者の独居や夫婦二人世帯の急増等、家族背景の問題も抱えている。
(家族形態の変化と機能の低下)
 - 2) 在院日数が短縮化し依存度の高い患者が在宅へ移行している。
(訪問診療・訪問看護との連携)
 - 3) 介護認定を受けている高齢者が増えている。
(医療と介護の連携)
 - 4) 千葉県には、「千葉県地域生活連携シート」がある。
(A表・B表の活用)
 - 5) 介護支援専門員はシートの活用ができていない。
(病院が情報を生かしていない)
- 病院はシートを活用して情報を提供できていない。
(生活に必要な情報が伝わらない)



香取地域は高齢化地域であり、家庭環境の変化により家族機能が低下しているため、医療と介護の連携が重要である。
そこで、香取市での退院支援・退院調整の関わりの統一を図ることで、患者・家族が望む在宅での生活が継続できる。

{ 1年間活動しての結果と課題 }

- 香取地域は高齢化が早く、核家族化や老々介護、独居老人の増加など家庭環境の変化により家族機能が低下している。
そのため**医療と介護の連携**が重要である。
- 香取地域での退院支援・退院調整の関わりでの統一を図り、患者・家族が望む自宅での生活継続を**チームで支える**必要がある。
- 千葉県には「千葉県地域生活連携シート」**A表・B表**がある。
 - * 介護支援専門員はシート**A表**の活用ができています。
 - * 病院側はシート**B表**の活用ができていない。
A表についても**情報を活かせていない**など問題が多い。

香取地域における入院から退院までの フローチャート（**自宅退院用**）

1 介護支援専門員の決まっている場合

2 介護支援専門員の決まっていない場合

香取地域における入院から退院までのフロー（介護支援専門員の決まっている場合）

	担当者	通院時	入院時 3日以内	入院7日から	退院に向けての調整時期	退院後1～4週間
病院	外来看護師	□外来通院時に療養上問題がある患者を連携室につなぐ	□外来での状況を病棟に情報提供		□退院後の外来通院に向けての情報共有 □退院調整カンファレンスに参加	□退院支援評価 □患者・家族が抱く不安への対応
	病棟看護師		□入院時スクリーニングチェック (3日以内)	□患者・家族への病状説明 □今後の治療方針・入院予定期間説明 □今後起こりうる生活上の変化を説明する □患者・家族の思いの確認 *退院支援計画書の作成 (家族に説明してサインをもらう) 多職種で作成	□病状の変化をインフォームドコンセント □患者・家族・医療従事者間の情報の共有 □患者・家族の意思決定の再確認 □退院前訪問指導(家屋調査等) □退院前カンファレンス (千葉県連携生活シートB表作成)	□退院後訪問看護(病棟看護師・外来看護師) □外来と病棟との連携 □在宅で必要な情報を提供する(窓口は地域連携室)
	入退院調整看護師	□外来通院で問題のある患者の状況確認	□介護支援専門員に入院したことを連絡 □入院時、情報カンファレンス設定 千葉県地域生活シートA表を在宅チームから受け取る	□在宅希望の場合は、訪問診療、訪問看護、訪問薬剤について確認し訪問の依頼をする	□千葉県地域生活シートを病棟看護師、退院調整看護師、MSWで作成する □在宅:ケアマネに連絡 (サービス担当者会議)	
在宅医療	かかりつけ医	□診療情報提供	(千葉県地域生活シートA表) A表の作成は共同でおこなう	□退院後の治療継続についての情報提供をうける		□在宅での医療チームから病院にフィードバック □在宅医療継続で困ったことは相談する
	訪問看護ステーション	□診療情報提供 □本人・家族の病状理解を確認	□訪問看護サマリー (千葉県地域生活シートA表) A表の作成を共同でおこなう	□医療処置の継続のための訪問看護の導入 訪問看護依頼 □在宅医療の導入について検討と退院サポート体制について話し合う	□退院前カンファレンス参加 □療養の注意点や治療方法の変更の有無を確認 □退院処方・調剤の変更確認 □急変時の受け入れ対応や問い合わせ窓口を明確にする(バックベットの)等 千葉県連携生活シートB表にて情報提供	
	訪問薬剤	□診療情報提供	千葉県地域生活シートA表 A表の作成を共同で行う	□継続する薬剤の情報提供を受け、必要な役割の確認		
在宅介護	介護支援専門員	□生活・ケアの課題の整理をおこない、いつでも千葉県地域生活シートでの情報提供ができるように準備しておく □入院時に家族から連絡を貰えるように家族に説明 □必要に応じて、かかりつけ医、訪問看護、訪問薬剤と連携	患者の状況を把握 □入院前のADL □入院前の介護状況 □生活状況および経済状況 A表を病院に届けるためのマネージメントをおこなう (千葉県地域生活シートA表)を作成(できるだけ3日以内に提供) ①～④まで順番に作成	□患者の疾患・今後起こり得る課題について検討 □退院前カンファレンスの要望 □病院の病棟・退院調整看護師と情報交換 (在宅での課題、入院中に再調整が必要な点を相談)	□退院後の居住環境・生活状況に応じた指導 □食事・排泄・清潔・活動・内服管理について □患者・家族のセルフケアの確認 □福祉用具の導入(レンタル・購入手配) □住宅改修の必要性検討(手続き開始) □リハビリ状況を確認して、地域の担当者への情報提供(サービス調整) □病院からの千葉県地域生活連携シートB表をもとにA表の修正をしておく(いつでも情報提供できるように)	□在宅療養生活の情報をフィードバック □在宅療養において困っていることについて、かかりつけ医、訪問看護、訪問薬剤や病院に確認

本人家族	□「健康保険証」「介護保険証」「お薬手帳」保管 □主治医・訪問看護・担当ケアマネ・かかりつけ薬局が決まっているときは連絡票を保管しておく	□入院手続き □ケアマネがいる場合はケアマネに連絡 □病院の看護師にケアマネの名前を伝える	□家は、退院時のADLについて主治医・看護師に確認 □ADLや介護力を考慮して退院後の行先について本人・家族で相談しておく □病状の変化などで、どうしたらよいかわからない場合には病院看護師に伝える(必要に応じてMSWと面談)	□在宅療養や治療方針について、疑問や不安がある場合には病棟看護師やケアマネに伝える □退院後の注意点や症状について確認 □外来受診について確認 □退院調整カンファレンスにて、自分自身の思いを伝える	□在宅での生活や介護についての悩みをケアマネや訪問看護師に伝える □緊急時の連絡方法や貴重品の保管について家族と話し合う(独居の方はケアマネに相談)
------	---	---	--	---	---

香取地域における入院から退院までのフロー（介護支援専門員の決まっていない場合）

	担当者	通院時	入院時 3日以内	入院7日から	退院に向けての調整時期	退院後1~4週間
病院	外来看護師	□外来通院時に療養上問題がある患者を連携室につなぐ	□外来での状況を病棟に情報提供		□退院後の外来通院に向けての情報共有 □退院調整カンファレンスに参加	□退院支援評価 □患者・家族が抱く不安への対応
	病棟看護師		□入院時スクリーニングチェック(3日以内)	□患者・家族への病状説明 □今後の治療方針・入院予定期間説明 □今後起こりうる生活上の変化を説明する □患者・家族の思いの確認 *退院支援計画書の作成(家族に説明してサインをもらう) 多職種で作成 □在宅希望の場合は、訪問診療、訪問看護、訪問薬剤について確認し訪問の依頼をする	□病状の変化をインフォームドコンセント □患者・家族・医療従事者間の情報の共有 □患者・家族の意思決定の再確認 □退院前訪問指導(家屋調査等) □退院前カンファレンス(千葉県連携生活シートB表作成) 千葉県地域生活シートを病棟看護師、退院調整看護師、MSWで作成する □地域包括支援センターかケアマネジャーに連絡(サービス担当者会議)	□退院後訪問看護(病棟看護師・外来看護師) □外来と病棟との連携 □在宅に必要な情報を提供する(窓口は地域連携室)
	入退院調整看護師	□外来通院で問題のある患者の状況確認	□介護保険の申請状況を確認して、介護保険の申請がしていない患者 □包括支援センターに連絡 高齢者福祉課で申請			
在宅医療	かかりつけ医		□診療情報提供書を主治医に提出	□退院後の治療継続について、病院の主治医から情報提供を受ける	□退院前カンファレンス参加 □療養の注意点や治療方法の変更の有無を確認 □退院処方・薬剤の変更確認 □急変時の受け入れ対応や問い合わせ窓口を明確にする(バックベットの)等 千葉県連携生活シートB表にて情報提供	□在宅での医療チームから病院にフィードバック □在宅医療継続で困ったことは相談する
	訪問看護ステーション	□訪問看護の報告書を主治医に月1回報告する	□診療情報提供書を主治医に提出	□医療処置の継続のための訪問看護の導入 □訪問看護の指示書依頼 □在宅医療の導入について検討と退院サポート体制について話し合う		
	訪問薬剤		□診療情報提供書を主治医に提出	□継続する薬剤の情報提供を受け、必要な役割の確認		
在宅介護	介護支援専門員	□生活・ケアの課題の整理をおこない、いつでも千葉県地域生活シートでの情報提供ができるように準備しておく □入院時に家族から連絡を貰えるように家族に説明 □必要に応じて、かかりつけ医、訪問看護、訪問薬剤と連携	患者の状況を把握 □入院前のADL □入院前の介護状況 □生活状況および経済状況 A表を病院に届けるためのマネージメントをおこなう ↓ (千葉県地域生活シートA表)を作成(できるだけ3日以内に提供) ①~④まで順番に作成	□患者の疾患・今後起こり得る課題について検討 □退院前カンファレンスの要望 □病院の病棟・退院調整看護師と情報交換(在宅での課題、入院中に再調整が必要な点を相談) □地域包括支援センターや家族からケアマネジャーの依頼を受けたら、入院病院の連携室に連絡	□退院後の居住環境・生活状況に応じた指導 □食事・排泄・清潔・活動・内服管理について □患者・家族のセルフケアの確認 □福祉用具の導入(レンタル・購入手配) □住宅改修の必要性検討(手続き開始) □リハビリ状況を確認して、地域の担当者への情報提供(サービス調整) □病院からの千葉県地域生活連携シートB表をもとにA表の作成をしておく(いつでも情報提供できるように)	□在宅療養生活の情報をフィードバック □在宅療養において困っていることについて、かかりつけ医、訪問看護、訪問薬剤や病院に確認

カンファレンス
在宅での課題について検討・調整

本人家族	□「健康保険証」「介護保険証」「お薬手帳」保管 □主治医・訪問看護・担当ケアマネ・かかりつけ薬局が決まっているときは連絡票を保管しておく □千葉県地域生活連携シートをいつでもわかる場所に保存しておく	□入院手続き □ケアマネがいる場合はケアマネに連絡 □病院の看護師にケアマネの名前を伝える	□家は、退院時のADLについて主治医・看護師に確認 □ADLや介護力を考慮して退院後の行先について本人・家族で相談しておく □病状の変化などで、どうしたらよいかわからない場合には、病院看護師に伝える(必要に応じてMSWと面談)	□在宅療養や治療方針について、疑問や不安がある場合には病棟看護師やケアマネに伝える □退院後の注意点や症状について確認 □外来受診について確認 □退院調整カンファレンスにて、自分自身の思いを伝える	□在宅での生活や介護についての悩みをケアマネや訪問看護師に伝える □緊急時の連絡方法や貴重品の保管について家族と話し合う(独居の方はケアマネに相談)
------	---	---	---	---	---

千葉県地域生活連携シート

A表は介護支援専門員から病院へ情報提供

B表は病院から地域サービス員に情報提供

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

療養所(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。(注：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

氏名 生年月日 性別 年齢	明大昭: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所 TEL(自宅) TEL(携帯)	職業 職名
緊急時連絡先 氏名 続柄 住所 電話番号	
※家族構成 住居環境 <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"/> 是 障害等認定 <input type="checkbox"/> 肢体 () <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 障害 <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)	※家族構成 <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"/> 是 障害等認定 <input type="checkbox"/> 肢体 () <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 障害 <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)
※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明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 総認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () 発症日 平成 年 月 日 連絡先 氏名: _____ 電話番号: _____	
※介護度 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 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 ※入院の理由・原因となった病気等 ※手術 ※既往歴 術前経過及び治療経過 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"/> HIV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 併発 <input type="checkbox"/> 発症 (部位: <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 咽部) <input type="checkbox"/> その他 ()

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。(注：介護報酬の算定に必要な項目です。)

退院日 平成 年 月 日
 入院日 平成 年 月 日
 年齢 _____ 性別 _____
 男 女

住所 TEL(自宅) TEL(携帯)	職業 職名 電話番号
※家族構成 <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"/> 是 障害等認定 <input type="checkbox"/> 肢体 () <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 障害 <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)	※家族構成 <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"/> 是 障害等認定 <input type="checkbox"/> 肢体 () <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 障害 <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)
※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明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 総認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () 発症日 平成 年 月 日 連絡先 氏名: _____ 電話番号: _____	
※介護度 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 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 ※入院の理由・原因となった病気等 ※手術 ※既往歴 術前経過及び治療経過 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"/> HIV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 併発 <input type="checkbox"/> 発症 (部位: <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 咽部) <input type="checkbox"/> その他 ()

入院支援の流れ(A表)

主治医

患者の病状
今後、考えられる病状変化

訪問看護師

患者の生活状況
家族の介護状況
病状の変化
ADLの状況
患者・家族の思い
医療処置の習得状況

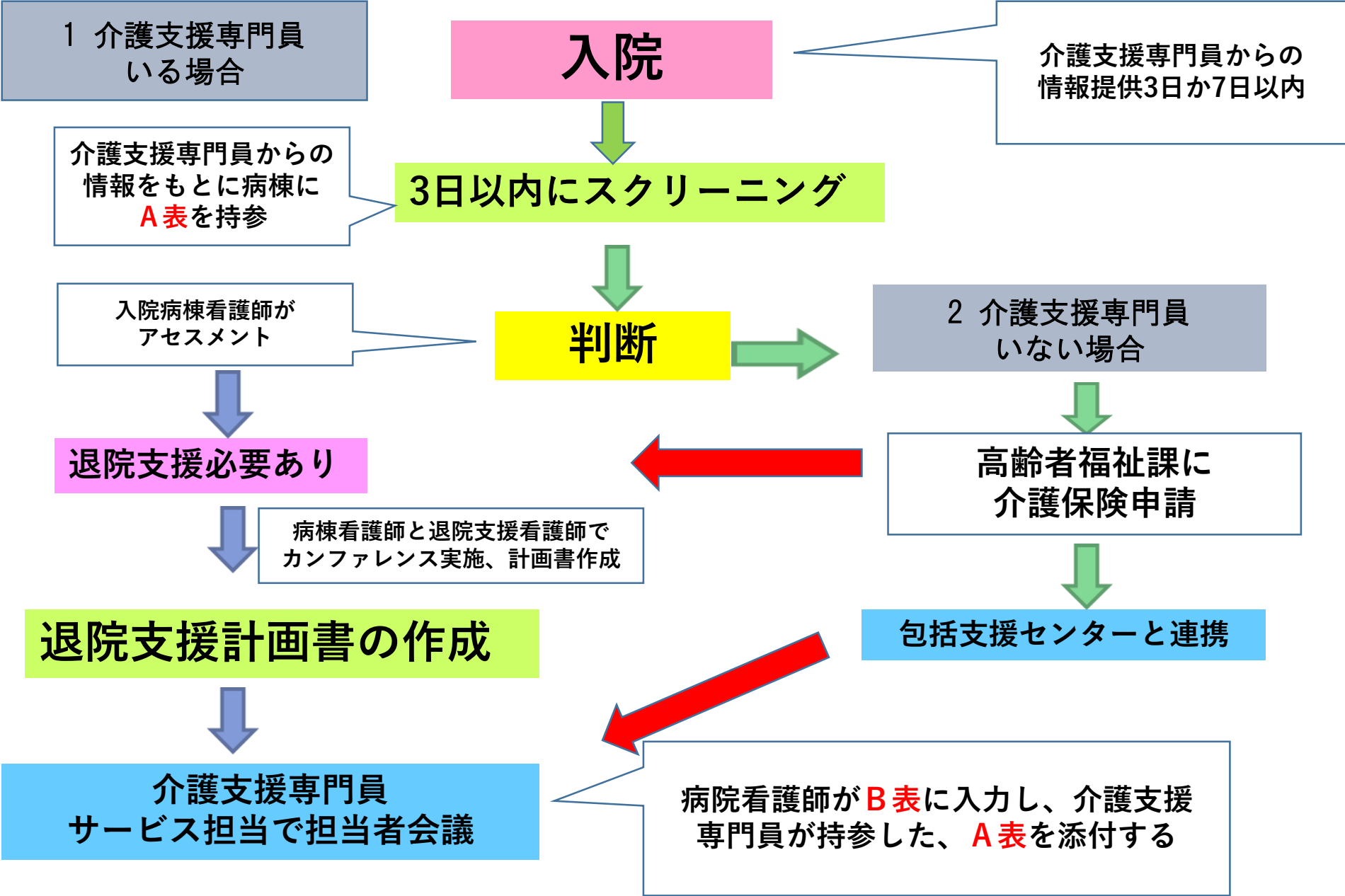
薬剤師

内服管理状況
残薬の確認
使用薬剤(処方箋)
使用薬剤の注意点
本人・家族の内服管理
の問題点

介護支援専門員; A表をまとめる

入院の医療機関に情報提供

退院支援の流れ(B表)



【2年目の取り組み計画】

- ※ 「千葉県地域生活連携シートA表・B表」について
県立佐原病院・国保小見川総合病院ではスタッフに
院内勉強会を開催し本格的な運用を開始する。
- ※ イムス佐原リハビリテーション病院（回復期・療養型）
での連携シート運用について検討する。
- ※ A表・B表を使用し評価・修正を行い追加項目等の検討を
する。
- ※ 入退院時フローチャート活用・評価し修正を加える。
- ※ 取り組む地域の拡大を図り、多古町・東庄町・神崎町と
香取匝瑳歯科医師会会長に委員会の主旨と経過を説明し、
つながる委員会への参加を依頼する。
- ※ 看護と介護の連携に関する勉強会の開催を企画し運営する。

[2年目の取り組み内容報告]

- ※リハビリ協会、薬剤師会、多古町・東庄町・神崎町の3町と香取匠瑳歯科医師会に委員会の主旨、経過を説明し参加協力を依頼。
- ※急性期病院の国保小見川総合病院と県立佐原病院で説明会と勉強会を重ね、平成30年7月から千葉県地域生活連携シートB表を本格的に使用開始。使用しての評価、課題を各施設で話し合い、まとめを行い委員会で報告。
- ※イムス佐原リハビリテーション病院（回復期・療養型）では、連携シートの活用について検討し結果を委員会で報告、運用を徐々に開始。
- ※今年度最後に医療と介護の連携に関する講演会を開催予定。
（講師：守屋文貴先生 医師・筑波大学医学部非常勤講師）
（日時：平成31年2月24日（日） 10時～16時）



千葉県地域生活連携シート（A表,B表）活用状況
（県立佐原病院）

A表		B表	
H28年	H29年	H28年	H29年
125件/255件	181件/265件	0件	9件

千葉県地域生活連携シート（A表,B表）活用状況
（県立佐原病院）平成30年4月～11月

平成30年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
A表	0	9	16	28	34	24	32	33
B表	0	0	5	91	95	115	131	58

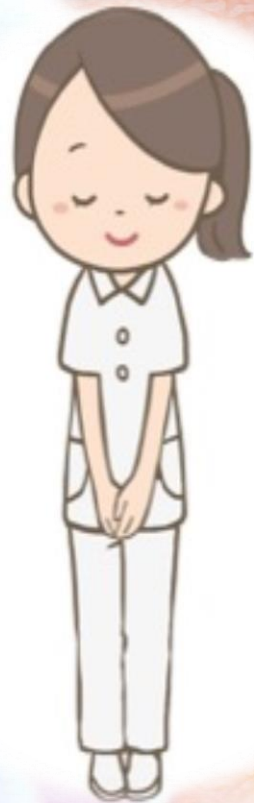
千葉県地域生活連携シート（A表,B表）活用状況
（国保小見川総合病院）平成30年4月～11月

A表	B表
91件	76件

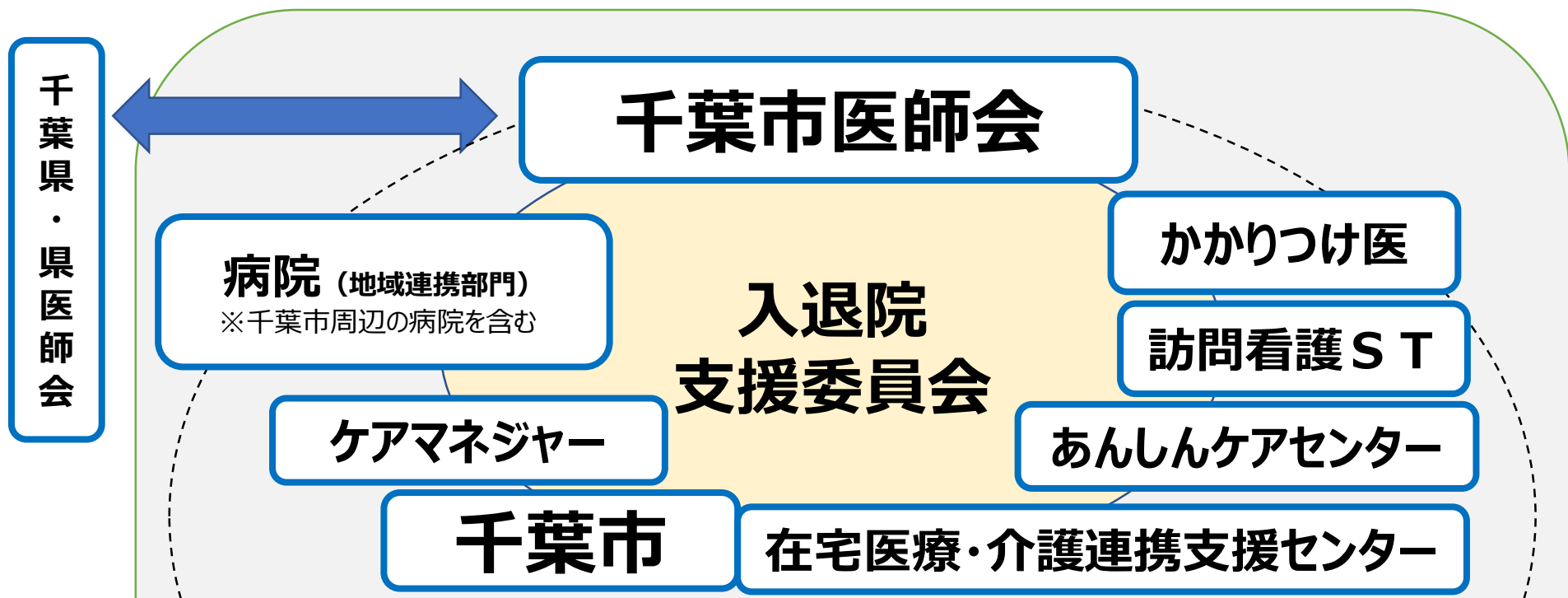
今後の課題

- 1 つながる委員会の活動継続と発展
- 2 完成した自宅退院用入退院支援ルールの周知活動
- 3 施設退院用入退院支援ルールの作成
- 4 回復期・療養型病院における連携シートの運用
- 5 隣接する茨城県との連携を視野に入れた活動

ご静聴ありがとうございました



千葉市における入退院支援事業のイメージ



○市内病院（周辺の病院を含む）の地域連携担当者が集まる地域連携室連絡会では、入退院支援などの課題の共有が図られている。

○地域連携室連絡会と連携し、病院の地域連携担当者とケアマネジャーとの顔の見える関係の構築を通して、入退院支援に向けた取り組みを行う。

【具体的取り組み内容】

- ①病院の情報共有の連絡先がわからないという声があることから、病院ごとの連絡先一覧を作成し、ケアマネジャーに配布する。
訪問看護ステーションの報告書などの連絡先も併せて一覧を作成し配布する
- ②ケアマネジャーと病院地域連携担当者との情報共有のタイミングなど、入退院支援に関するルール（緩やかなもの）を策定する。

活動実績（平成29年度）

平成29年 12月6日	<p><u>千葉市入退院支援事業意見交換会</u> <u>（会場：千葉県医師会会議室）</u> 病院の地域連携担当者（28病院39人）とケアマネジャー（46事業所51人）が集まり、入退院支援の課題を共有した。</p>
平成30年 1月5日	<p><u>入退院支援委員会</u>（会場：千葉市医師会会議室） 意見交換会の検討結果を踏まえ、次年度以降の取り組みを検討した。</p>
～3月	<p><u>千葉市内病院連携窓口一覧の作成</u> 平成30年4月に市内の居宅支援介護事業所及び訪問看護ステーションに配布した。</p>

地域生活連携シートについて

受け入れ窓口（持参・FAXの場合）

千葉市内医療機関連携窓口一覧

行政区	中央区	中央区	中央区	中央区	
施設名	石郷岡病院	井上記念病院	柏戸病院	木村病院	
郵便番号	260-0824	260-0027	260-8656	260-0004	
所在地	千葉市中央区浜野町915	千葉市中央区新田町1-16	千葉市中央区長洲2-21-8	千葉市中央区東本町6-19	
千葉県地域生活連携シート 提出先	シート送付先 (部署名)	生活療法科 ソーシャルワーカー	地域医療連携室	地域連携室	医療相談室
	電話番号	043-264-6161	043-245-8800(代表)	043-227-8366(代表)	043-227-0547
	FAX	043-263-2618	043-245-8823(直通)	043-225-3260(直通)	043-225-0751
	送付方法	FAX (△)・郵送・持参	FAX・郵送	FAX・郵送・持参	FAX・郵送・持参
	対応可能な時間帯	平日 9:00~16:30	平日 8:30~17:00 土 8:30~14:00	平日 9:00~17:00 土 9:00~17:00	平日 9:00~16:00 土 9:00~16:00
	備考	FAXは緊急時のみ、個人情報は全て消してお願いします。	FAX・郵送のみであれば上記時間に限らず	入院患者すべてにSWが介入していないのでシートを提出されても事務処理だけになることもあり	まずはTELにてお願いします
訪問看護ステーションとの連絡窓口	看護サマリ送付先 (部署名)	外来	地域医療連携室	地域連携室	医療相談室
	電話番号	043-264-6161	043-245-8800(代表)	043-227-8366(代表)	043-227-0547
	FAX	043-263-2618	043-245-8823(直通)	043-225-3260(直通)	043-225-0751
	提出方法	FAX (△)・郵送・持参	FAX・郵送	FAX・郵送・持参	FAX・郵送・持参
	対応可能な時間帯	平日 9:00~16:30	平日 8:30~17:00 土 8:30~14:00	平日 9:00~17:00 土 9:00~17:00	平日 9:00~16:00 土 9:00~16:00
	訪問看護報告書送付先	外来	地域医療連携室	医事課	医療相談室
	訪問看護指示書の相談先と方法	医事課に書類の担当がいます	相談先：地域医療連携室 方法：電話及び書面	外来患者の場合→医事課 入院患者の場合→地域連携室、各病棟	医療相談室
備考		上記時間外の診療依頼は代表番号へ連絡の上、当直看護師へ回ります	訪問看護指示書の依頼等は主治医が必要か否かの判断によりますので、本人・家族の承諾とともに確認が必要と思います	まずはTELにてお願いします	

活動実績（平成30年度）

平成30年 6月11日	<u>平成30年度第1回地域連携室連絡会</u> <u>（会場：千葉メディカルセンター）</u> テーマ：退院支援に関わる看護師の情報交換と地域との連携 参加人数：41人（20病院）
10月15日	<u>平成30年度第2回地域連携室連絡会</u> <u>（会場：千葉医療センター）</u> テーマ：退院支援に関わる診療報酬とケアマネジャーの連携 参加人数：37人（24病院）
平成31年 1月17日	<u>入退院支援委員会（会場：千葉市医師会会議室）</u>
2月8日	<u>入退院支援担当者・ケアマネジャー合同研修会</u> <u>（会場：総合保健医療センター5階大会議室）</u> テーマ：「医療介護連携～診療報酬と介護報酬の基本～」 講師：株式会社メディヴァ 林 佑樹氏 参加人数136人（ケアマネジャー・地域包括・医療機関等）
3月8日 （予定）	<u>平成30年度第3回地域連携室連絡会（会場：市立青葉病院）</u>

千葉市入退院支援事業を振り返って

○既存のネットワーク（大腿骨頸部骨折地域連携パス）を活用したことで、ケアマネジャーが病院の連携窓口が分からなく苦慮していることや、入退院時連携に関する診療報酬・介護報酬の理解不足があることなど、入退院時の課題を速やかに把握することができた。

○在宅医療・介護連携推進事業を実施する千葉市と連携することで、市内医療機関の連携窓口一覧の作成・配布や、入退院時連携に関する診療報酬・介護報酬研修会の開催に繋がった。

今後について

- 入退院支援事業で作成した市内医療機関窓口一覧は、千葉市の在宅医療・介護連携支援センターに引き継ぎ、必要に応じて内容を更新する。
- 次年度以降も、何らかの形で入退院支援委員会を継続し、入退院時のルール策定を目指す。必要に応じて、回復期リハビリテーション病院からの委員などの追加を検討する。
- 千葉市の実施する在宅医療・介護連携推進事業に入退院支援の取り組みを追加する方向で調整してもらおう。

平成31年2月17日（日）
千葉県脳卒中等連携の会



成田赤十字病院

日本赤十字社



ハートちゃん

入退院支援モデル事業

～病院と地域で切れ目のない支援を行うため～

印旛市郡医師会理事

医療連携（副）在宅医療（副）担当

成田赤十字病院 副院長 石井隆之

「**病院**」と「**地域**」で切れ目のない
支援を行うためのルールづくり

3疾患を対象



「**脳卒中**」
「**大腿骨頸部骨折**」
「**肺炎**」



入退院支援モデル事業参加機関

医療機関	行政機関等
成田赤十字病院(急性期) *	成田市ケアマネジャー連絡会
成田病院(回復期)	成田市介護保険事業者連絡協議会
成田リハビリテーション病院(回復期)	成田市地域包括支援センター
京増内科クリニック(在宅医)	成田市健康増進課
印旛市郡医師会	成田市高齢者福祉課
印旛郡市歯科医師会	成田市介護保健課
印旛郡市薬剤師会	

* 神経内科、整形外科、総合内科部長 参加

—ルール—

～入退院支援の仕組みづくり～



- 千葉県共用地域生活連携シートを使用
- 入院後早期に連絡を取り合う
- 入院時・退院前カンファレンスを行う
- 退院時に診療情報提供書のコピーをケアマネへ提供する
- ケアマネジャーが決まっていない場合は地域包括支援センターに連絡する

- 連携シートA表のコピーを添付
- 現病以外の重篤な合併症がある場合、合併症の担当診療科の診療情報提供書も添付

- 退院前カンファに参加
- 介入依頼の基準は
「薬の自己管理が困難な場合」
「嚥下に問題のある場合」
- 依頼をする際の優先順位は、
 - ① お薬手帳に載っているかかかりつけ薬局
 - ② 成田市在宅医療・介護支援センター
 - ③ 印旛郡市薬剤師会

- 介入の基準は
「寝たきりなどで通院が困難な場合」
「嚥下や口腔ケアに問題がある場合」
- 退院前カンファレンスにおいて検討する
- 介入が必要な場合は、
ケアマネジャーが成田市役所健康増進課
(歯科衛生士)へ連絡する

—入退院支援マニュアル—

～病院と地域で切れ目のない支援をおこなうため～



入退院支援マニュアル

成田モデル地区

～病院と地域で切れ目のない支援を行うため～

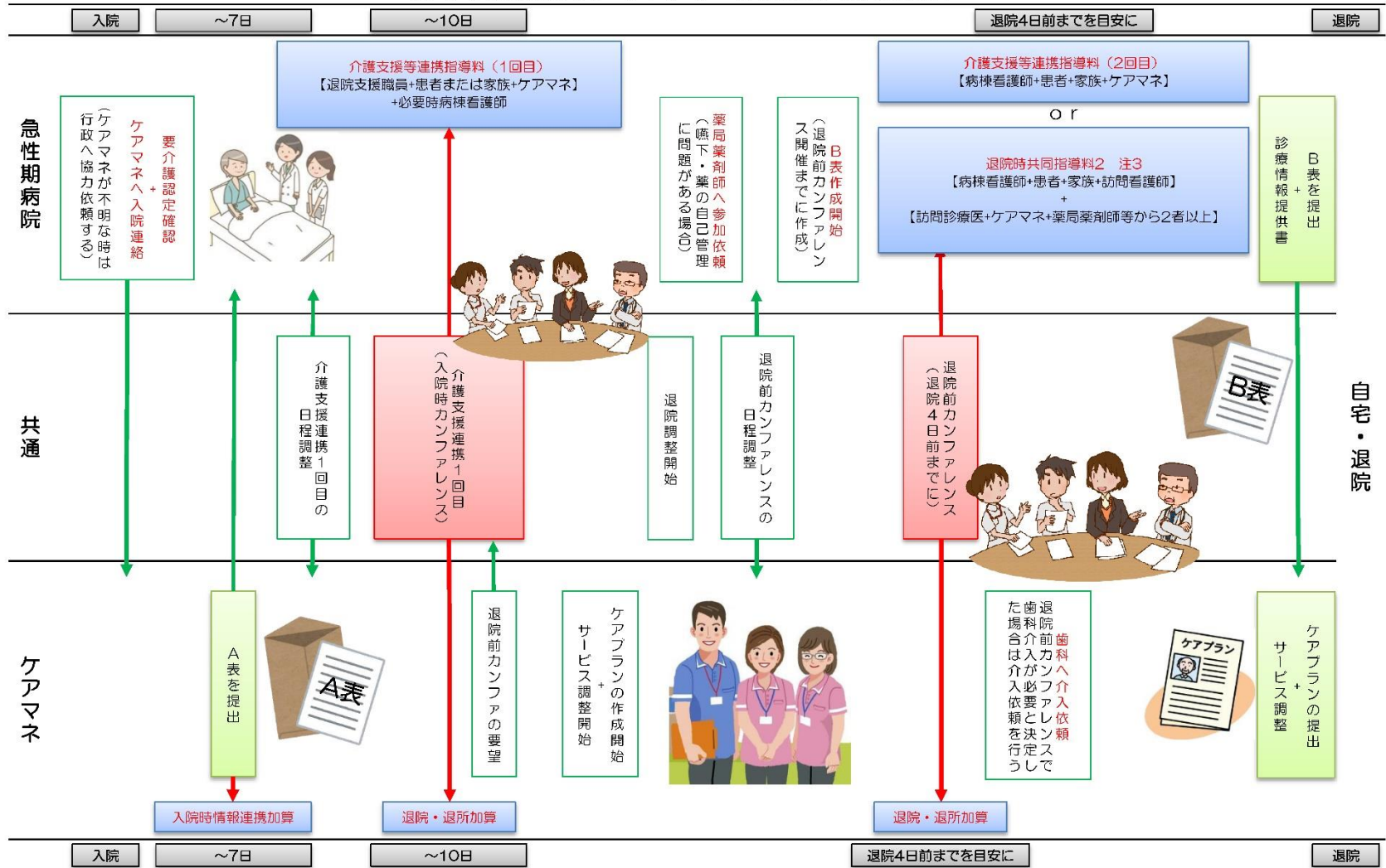
2018年9月1日 初版

印旛市郡医師会入退院支援モデル事業

入退院支援モデル事業推進委員会

4-1.入退院支援マニュアル 急性期から自宅

(ア) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

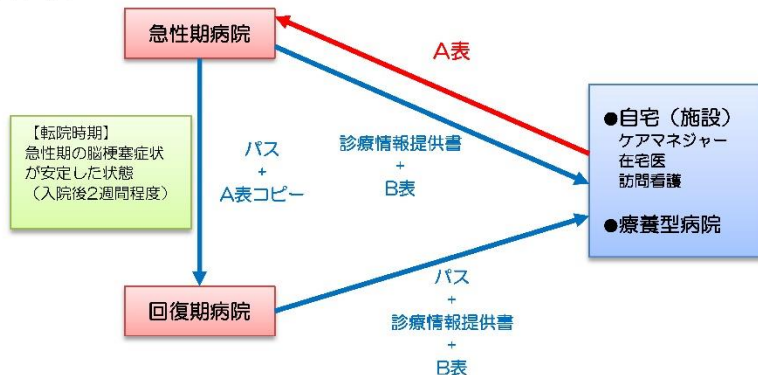


A表：千葉県地域生活連携シート入院時

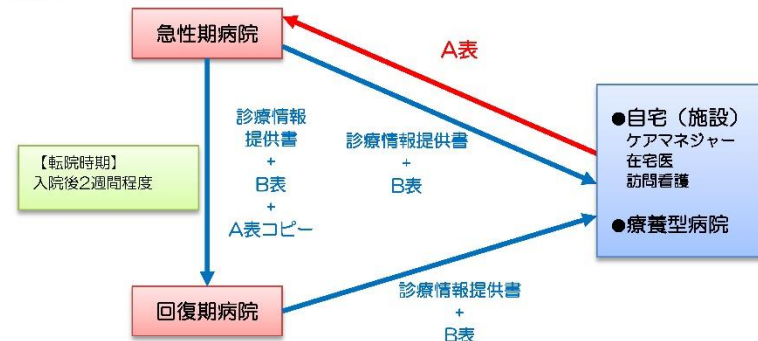
B表：千葉県地域生活連携シート退院時

急性期・回復期・自宅等での連携文書

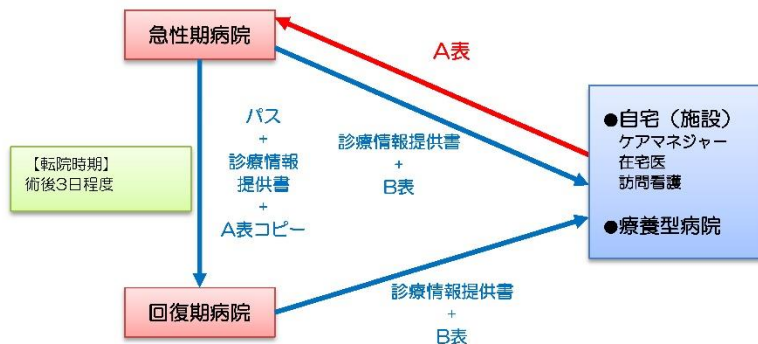
<脳卒中>



<肺炎>



<大腿骨頸部骨折>



重篤な合併症がある場合は、合併症の担当診療科の診療情報提供書も添付する。

※A表＝千葉県地域生活連携シートA表

※B表＝千葉県地域生活連携シートB表

—アンケート調査—

～成田市内を対象にマニュアル運用について～



※給付用

入退院支援マニュアルの運用に係るアンケート（H30.12月）
印旛市郡医師会入退院支援モデル事業

該当する番号に○をつけてください

Q1 成田モデル地域で「入退院支援マニュアル」が活用されていることを知っていますか。
① はい
② いいえ

Q2 マニュアルの運用前と比べて、運用はスムーズになりましたか。
① 非常に思う
② そう思う
③ あまりそう思わない
④ 全く思わない

Q3 カンファレンスの開催状況はどうか。
① ほとんど実施している
② 実施していることが多い
③ 実施していないことが多い
④ 全く実施していない

Q4 増え生済連携シート入院部（A表）の活用状況はどうか。
① 非常に活用している
② 活用している
③ あまり活用していない
④ 全く活用していない

Q5 増え生済連携シート入院部（B表）の対象者に対する作成状況はどうか。
① ほとんど作成している
② 作成していることが多い
③ 作成していないことが多い
④ 全く作成していない

Q6 マニュアルについて改善等のご意見はありますか。
① ない
② ある

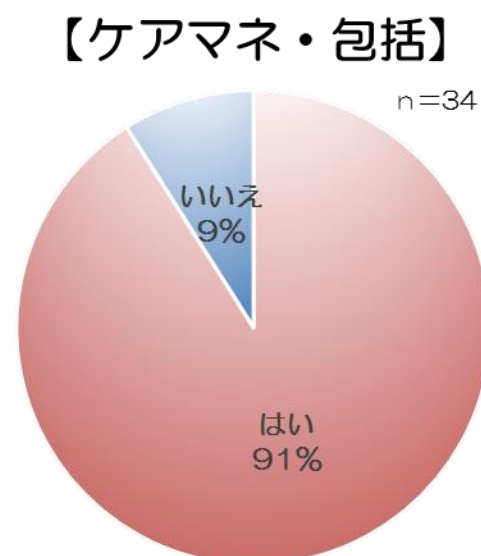
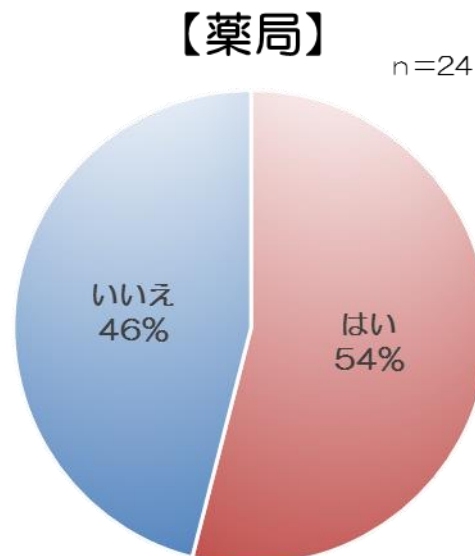
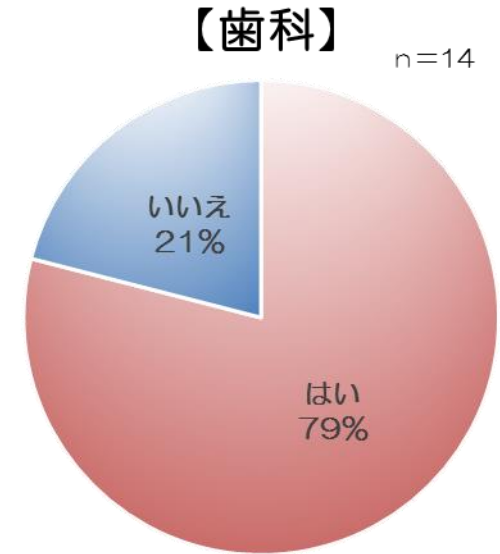
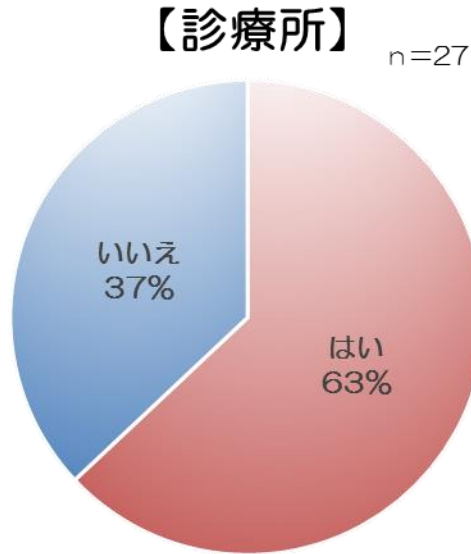
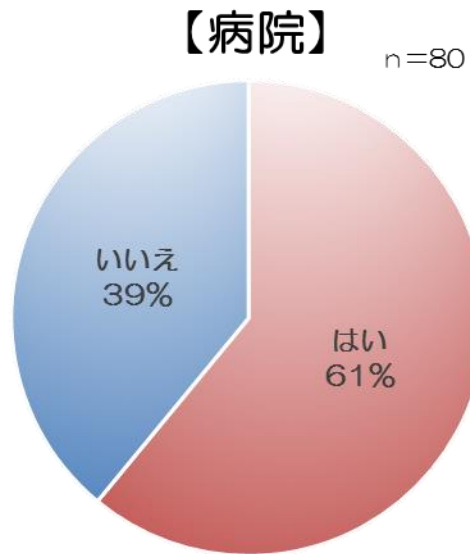
ご協力ありがとうございました。

概要

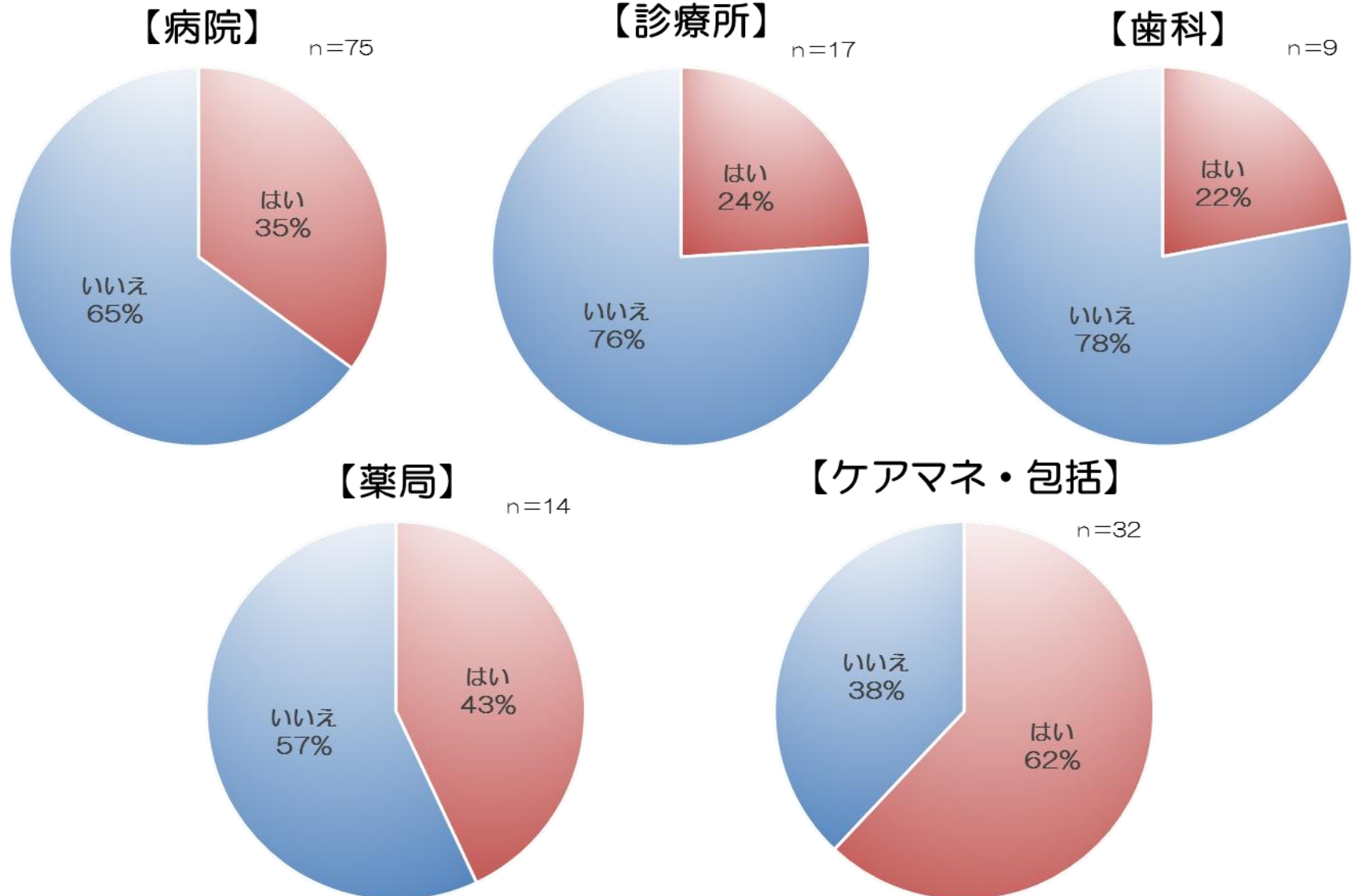
期間	2018年12月1日～2018年12月21日
実施方法	郵送・メール・FAX
対象	病院、診療所、歯科、調剤薬局、ケアマネ、地域包括

回答数	施設	回答数	回答率
	病院(5病院)	80 / 83名	96.4%
	診療所	27 / 40施設	67.5%
	歯科	14 / 52施設	26.9%
	調剤薬局	24 / 56施設	42.9%
	ケアマネ・地域包括	34 / 50施設	68.0%

Q.成田モデル地域で入退院支援マニュアルが運用されていることを知っていますか？



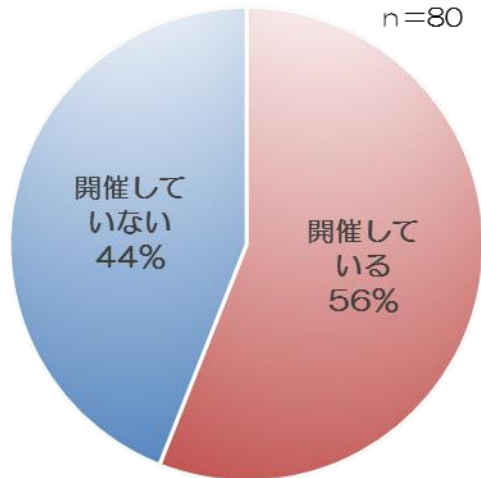
Q.マニュアルの運用前と比べて、連携はスムーズになりましたか？



Q.カンファレンスについて

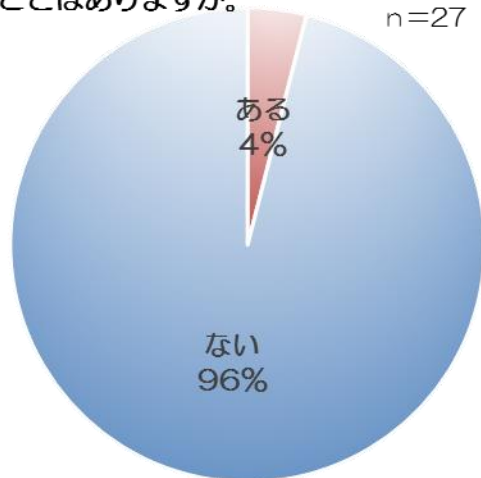
【病院】

カンファレンスの開催状況はどうか。



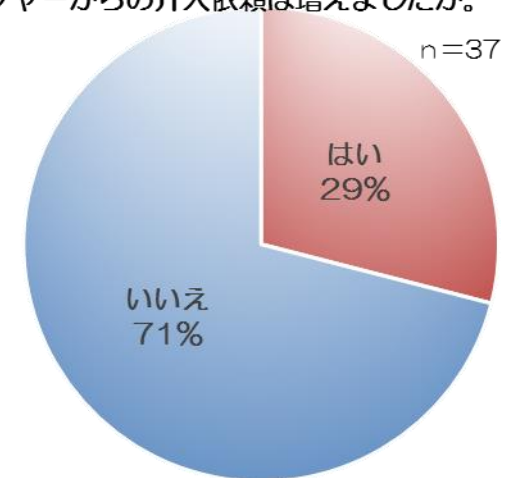
【診療所】

退院前カンファレンスへの参加依頼を受けたことはありますか。



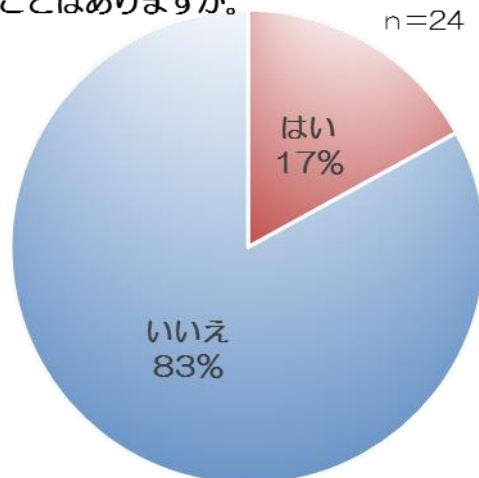
【歯科】

マニュアルの運用前と比べて、ケアマネジャーからの介入依頼は増えましたか。



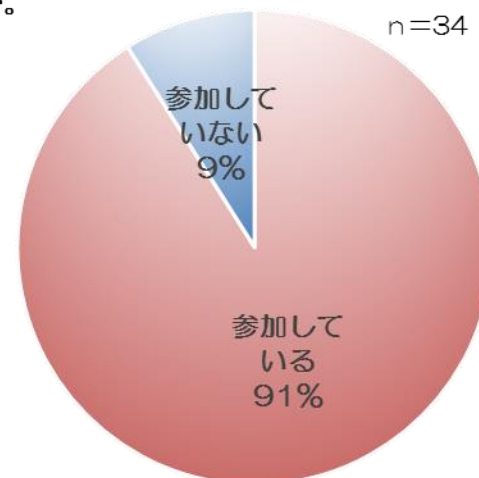
【薬局】

退院前カンファレンスへの参加依頼を受けたことはありますか。



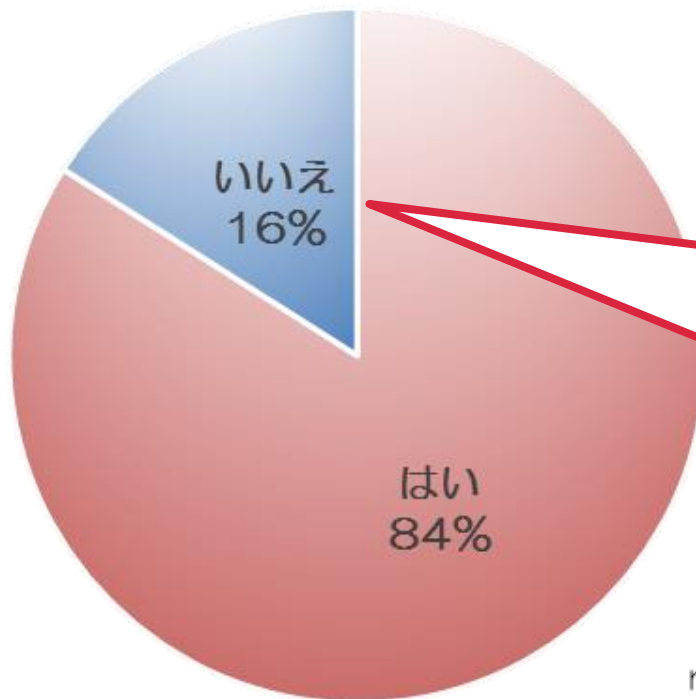
【ケアマネ・包括】

カンファレンスへの参加状況はどうか。



Q.病院から退院日についての連絡は来ていますか。

【ケアマネ・包括】



連絡漏れ率

マニュアル運用前 41%



マニュアル運用後 16%

大幅に改善

現状認識と円滑に運用する際の問題点の確認と改善策の作成

円滑に運用するためのルールを作成し入退院支援マニュアルの作成

関係機関へ運用前のアンケート

入退院支援マニュアルの運用を開始(成田市内)

2018年9月開始

関係機関へ運用後に関するアンケート

2018年12月実施

アンケート結果をもとに入退院支援マニュアルの改善
印旛市郡医師会、成田市役所HPへマニュアルを掲載

現在進行中

改善後の運用に問題がなければ対象を印旛保健医療圏へ拡大

予定

ご清聴ありがとうございました。



第10回 千葉県脳卒中等連携の会

平成30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

松戸市

平成31年2月17日

アパホテル&リゾート東京ベイ

松戸市医師会 在宅医療・介護連携支援センター

星野 大和

平成30年度の取り組み

- ・在宅医療と急性期病院の連携における課題を明らかにする
- ・解決するために交流会を開催し地域ルールを検討する

課題抽出

- 患者を紹介する側として医師会員にアンケート
- 患者を受ける側として4つの急性期病院の救急科担当医にインタビュー

交流会

- 急性期病院から各院の前方連携について説明
- 抽出された課題を解決するための公開討論

地域ルール

- 医師会在宅ケア委員会での議論
- 関連する職能団体(MSW・ケアマネジャー)との協働

医師会員アンケートから抽出された課題

- 設問1 医院から病院への紹介で苦勞していることは何ですか？
また連携に困難が生じた点や事例を記載して下さい。
- 設問2 連携が円滑であった事例を記載して下さい。

- ・土日祝日や時間外の病院への相談手順が明確でない。
- ・患者を紹介するための手順が一覧になっていると助かる。
- ・要介護者が受診しにくい。
- ・病態がはっきりしない時や、どの診療科に依頼すべきかわからない場合に、どこに相談すれば良いのか困る。

救急科担当医インタビューから抽出された課題

設問1 受診前に紹介元から診療情報提供がありますか？

設問2 救急性のミスマッチがありますか？

設問3 適切または不適切な連携と思われる事例を教えてください。

- ・受診時に紹介医から電話連絡や診療情報提供書がなく、診療に必要な情報が得られず苦慮することがある。

- ・入居者が転倒すると、ほぼ全例のように救急搬送とする介護施設がある。

前方連携支援についての交流会

日時 平成30年12月11日 19時から21時

場所 松戸市衛生会館 大会議室

対象 医療介護に従事し前方連携に関わる全ての職種

職種	人数
医師	14
歯科医師	15
看護師(訪問)	6
看護師(院内)	7
薬剤師	5
相談員(診療所)	13
相談員(病院)	15
事務(診療所)	3
事務(病院)	5
ケアマネジャー	24
その他	6
合計	113



前方連携支援についての交流会

1 急性期病院から前方連携の説明

- 松戸市立総合医療センター
地域医療連携局長 田代 淳 先生
- 千葉西総合病院
脳神経外科主任部長 熊井 潤一郎 先生
- 新東京病院
副院長 西 将則 先生
- 新松戸中央総合病院
副院長 中村 司 先生

2 急性期病院の医療連携責任者による討議

- 座長 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
管理責任者 川越 正平 先生

急性期病院から前方連携の説明

- 1 通常入院の手順
- 2 緊急入院(救急搬送)の手順
(休日や時間帯ごとの連絡先 相談する職種)
- 3 専門外来受診の手順
(事前予約可能か)
- 4 画像検査や内視鏡検査
(事前受診必要か 代理受診や予約できるか)
- 5 要介護者の受診について
(ストレッチャーや酸素の手配 待ち時間の短縮)
- 6 千葉県地域生活連携シートの運用について
(受付窓口)

松戸市立総合医療センター

<p>松戸市立総合医療センター受診のご案内</p> <h3>【一般（予定）入院の流れ】</h3> <p>医療機関からの連絡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>047-712-0551 (地域連携直通)へ電話</p> </div> <p>➡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>依頼ご希望の診療科 又は ご希望の医師 へおつなぎします</p> </div> <p>入院時の調整は、医師同士で直接お話しいただいています</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>電話受付時間：月曜～金曜(祝日・年末年始を除く) 8:30～17:00</p> </div> <p>※上記時間外は代表電話(047-712-2511)からお問い合わせください。</p> <p style="text-align: right;"> 松戸市立総合医療センター Matsudo City General Hospital</p>	<p>松戸市立総合医療センター受診のご案内</p> <h3>【緊急入院（救急搬送）を要する場合】</h3> <p>医療機関専用ダイヤル</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>047-712-2585 へ電話</p> </div> <p>➡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>依頼ご希望の診療科 又は ご希望の医師 へおつなぎします</p> </div> <p style="text-align: center;">救急対応が必要 診療科特定不能</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">救命救急センター医師 が対応します</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>医療機関専用ダイヤル 365日 24時間 対応しています！</p> </div> <p style="text-align: right;"> 松戸市立総合医療センター Matsudo City General Hospital</p>	<p>松戸市立総合医療センター受診のご案内</p> <h3>【外来受診までの流れ】 診療予約の場合</h3> <p>医療機関からの予約</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>紹介患者FAX予約 診療申込書 を作成</p> </div> <p>➡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>047-712-2573 (地域連携FAX) へFAX送信</p> </div> <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>医療機関は 受診票に予約日時を記入 して患者さんへ</p> </div> <p>←</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>地域連携課が医療機関へ 予約日時を電話連絡</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>FAX・電話受付時間：月曜～金曜(祝日・年末年始を除く) 8:30～17:00</p> </div> <p>※上記時間外の受付はありません。</p> <p style="text-align: right;"> 松戸市立総合医療センター Matsudo City General Hospital</p>
<p>松戸市立総合医療センター受診のご案内</p> <h3>【受託検査のご案内】</h3> <p>CT・MRI・腹部エコー・胃内視鏡検査</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>047-712-0685 (予約担当直通)へ電話</p> </div> <p>➡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>検査の内容を確認し、 日程を調整します</p> </div> <p>➡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>FAX検査予約申込書 を作成し 047-712-2573 (地域連携FAX)へFAX送信</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>FAX・電話受付時間：月曜～金曜(祝日・年末年始を除く) 8:30～17:00</p> </div> <p>※上記時間外の受付はありません。</p> <p style="text-align: right;"> 松戸市立総合医療センター Matsudo City General Hospital</p>	<p>松戸市立総合医療センター受診のご案内</p> <h3>【要介護者の受診】</h3> <p>医療機関から(当日受診の打診など)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>047-712-0551 へ電話(地域連携直通)</p> </div> <p>➡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>患者さん 当院へ</p> </div> <p>➡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>1階受付で受付後、 総合案内で声掛け</p> </div> <p>➡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>外来看護師等が 患者さんをご案内します</p> </div> <p>※当院を受診するための介護タクシー等の手配は行っていません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>受付時間：月曜～金曜(祝日・年末年始を除く) 8:30～17:00</p> </div> <p>※上記時間外は代表電話(047-712-2511)からお問い合わせいただけます。</p> <p style="text-align: right;"> 松戸市立総合医療センター Matsudo City General Hospital</p>	<p>松戸市立総合医療センター受診のご案内</p> <h3>【千葉県地域生活連携シートの運用】</h3> <p>入院時の病棟への引き継ぎ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; width: 150px;"> <p>ケアマネジャー</p> </div> <p>➡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; width: 80px;"> <p>MSW窓口</p> </div> <p>➡</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; width: 100px;"> <p>当院</p> </div> <p>医療福祉相談室MSWが窓口になり病棟へ引き継ぎ</p> <p style="text-align: right;"> 松戸市立総合医療センター Matsudo City General Hospital</p>

千葉西総合病院

一般的な入院に関して

一般的な外来受診と待機的な入院依頼（精査・診察依頼）
外来受診紹介（落ち着いた患者さんや精査・診察依頼）

時間帯	平日（8：30～17：00）	夜間休日
窓口	地域連携室	FAX対応
連絡依頼方法	047-384-8564(直通)	047-394-7715(直通FAX)
	<small>*電話連絡後FAXにて紹介状の送付をお願いします</small>	<small>*登診日に調整の上ご連絡いたします。</small>
	047-394-7715(直通FAX)	

緊急対応(入院等含む)に関して

緊急的な入院の相談やや複雑な対応を必要とする紹介

時間帯	平日（8：30～17：00）	夜間休日
窓口	地域連携室	事務当直
連絡依頼方法	047-384-8564(直通)	047-384-8111(代表)
	<small>*速やかに対応させていただきます 電話連絡後FAXにて紹介状の送付をお願いします</small>	<small>必要に際し医師・看護部が対応し調整いたします。</small>
	047-394-7715(直通FAX)	

検査等の依頼に関して

検査内容によって連絡先が異なります。不明な場合は
地域連携室(384-8564)までご連絡ください

CT・MRI	047-384-8962 (放射線科直通 平日9:00~17:00)
エコー	047-384-8387 (生理検査室直通 平日9:00~17:00)
内視鏡	原則は外来受診後の予約となります 緊急の場合はお電話にてお問い合わせください

要介護者の受診に関して

紹介患者様に関しては事前受付が可能です
地域連携室(384-8564)までご連絡ください

介護タクシーの手配	医事課受付にて対応
院内介護	行っておりません
具合の悪い患者さま	できる範囲で対応いたします 外来窓口でお申し出ください

千葉県地域連携シートの活用に関して

連携シートは医療福祉相談室でお受けいたします

院内での活用	電子カルテにて情報共有
介護支援連携指導料	ケアマネとの情報共有にて算定いたします
退院時の情報提供	希望に応じて対応

新東京病院

1. 一般的な入院について

まずは、**地域連携室**

☎ 047-711-8283 にお電話ください。

新東京ハートクリニック
新東京クリニック
への患者様紹介

新東京病院
への入院目的紹介

CT, MRI, 各種検査
のご依頼

診察予約、緊急対応も
可能です

入院予約、即入対応も
可能です

各種検査のご予約
ご相談ください

◆ ◆ ◆ 適宜、**即対応**いたします ◆ ◆ ◆

受付時間

FAX番号

月曜日から土曜日 8:30~17:15

*上記時間外、休日は代表047-711-8700にお電話ください。
○救急の場合は、救急外来で即対応いたします。
○各種ご予約の場合は、翌日（翌週）こちらからご連絡の上
対応いたします。

地域連携室 047-392-8709

*先に診察情報提供書をFAXいただいた場合は、こちらから
ご連絡の上対応いたします。
*受付時間外にFAXいただいた場合は、翌日（翌週）こちらから
ご連絡の上対応いたします。

4. 検査受診について

まずは、**地域連携室**

☎ 047-711-8283 にお電話ください。

新東京ハートクリニック
新東京クリニック
への患者様紹介

新東京病院
への入院目的紹介

CT, MRI, 各種検査
のご依頼

診察予約、緊急対応も
可能です

入院予約、即入対応も
可能です

各種検査のご予約
ご相談ください

◆ ◆ ◆ 適宜、**即対応**いたします ◆ ◆ ◆

受付時間

FAX番号

月曜日から土曜日 8:30~17:15

*上記時間外、休日は代表047-711-8700にお電話ください。
○救急の場合は、救急外来で即対応いたします。
○各種ご予約の場合は、翌日（翌週）こちらからご連絡の上
対応いたします。

地域連携室 047-392-8709

*先に診察情報提供書をFAXいただいた場合は、こちらから
ご連絡の上対応いたします。
*受付時間外にFAXいただいた場合は、翌日（翌週）こちらから
ご連絡の上対応いたします。

2. 緊急入院（救急搬送）について

緊急ホットライン

24時間365日
専門医が対応いたします

- 救急外来室……… 047-711-8744
- 心臓内科……… 070-2624-8152
- 心臓血管外科……… 070-2624-8153
- 消化器外科……… 080-2393-8616
- 脳神経外科……… 070-2624-8154
- 形成外科……… 070-2624-8155
(切断指)

・右記の緊急ホットラインにご連絡下さい。
専門医が直接対応させていただきます。

・心臓内科から形成外科はそれぞれの番号へ、
該当科が無い場合には救急外来室へご連絡
ください。

・**24時間365日**対応しています。

*右記ホットラインは、消防局ならびに医療機関からの連絡を
想定しており、一般患者からの連絡は想定していません。


新東京病院
千葉県柏市南柏5-1-12 TEL: 047-711-8700 (代表)

5. 要介護者の受診について

まずは、**地域連携室**

☎ 047-711-8283 にお電話ください。

○ 一般外来（新東京ハートクリニック、新東京クリニック）においては、
なるべく速やかにご受診できるよう配慮いたします。

○ 救急外来では、ストレッチャー、酸素をご利用いただけます。
○ 受診後、必要に応じてMSWや患者様相談窓口より、
ご利用できる公的サービスや介護タクシーのご案内等について、
患者様の状況に応じたご相談に対応させていただきます。
○ また、その他、各種お困りごとの相談にも対応させていただきます。

一般外来（新東京ハートクリニック・新東京クリニック）では
* 受診で来院するためのストレッチャーや酸素の手配は行っておりません。
* 受診で来院するための介護タクシーの手配は行っておりません。

3. 専門外来受診について

まずは、**地域連携室**

☎ 047-711-8283 にお電話ください。

新東京ハートクリニック
新東京クリニック
への患者様紹介

新東京病院
への入院目的紹介

CT, MRI, 各種検査
のご依頼

診察予約、緊急対応も
可能です

入院予約、即入対応も
可能です

各種検査のご予約
ご相談ください

◆ ◆ ◆ 適宜、**即対応**いたします ◆ ◆ ◆

受付時間

FAX番号

月曜日から土曜日 8:30~17:15

*上記時間外、休日は代表047-711-8700にお電話ください。
○救急の場合は、救急外来で即対応いたします。
○各種ご予約の場合は、翌日（翌週）こちらからご連絡の上
対応いたします。

地域連携室 047-392-8709

*先に診察情報提供書をFAXいただいた場合は、こちらから
ご連絡の上対応いたします。
*受付時間外にFAXいただいた場合は、翌日（翌週）こちらから
ご連絡の上対応いたします。

6. 千葉県地域生活連携シートの運用について

入院時どのように病棟に引き継ぎ活用しているか？

- ・介護保険利用者については、原則「地域生活連携シートA」を依頼し、
ケアマネジャーからFAXあるいは持参してもらう。（パス入院除く）持参さ
れた場合は、病棟看護師と面会し情報の共有を行う（介護支援連携指
導料を算定）。
- ・予約入院の場合は事前に、緊急の場合は後日速やかに対応いただく。
- ・届いた「地域生活連携シートA」は、電子カルテにスキャンし、多職種で
その情報を共有する。
- ・退院時は、看護部を中心に「地域生活連携シートB」を用いてサマリー
を作成する。（転院をのぞく）

新松戸中央総合病院

1.入院について

・窓口は **地域医療連携室** になります。

Tel: **047-309-4186**

Fax: **047-309-4180** こちらにご連絡ください。

※緊急時は、各診療科当番医師と直接お話できるように電話をお繋ぎ致します。



2.外来受診について

・窓口は **地域医療連携室** になります。

Tel: **047-309-4186**

Fax: **047-309-4180** こちらにご連絡ください。

※緊急時は、各診療科当番医師、救急医師と直接お話できるように電話をお繋ぎ致します。

※診療科によっては外来予約をお取りできます。



2-2.専門外来受診について

《所見内容》		診療日	月	火	水	木	金	土	インフォメーション
内科	○内科一般	午前	●	●	●	●	●	●	・事前受付対応
		午後	●	●	●	●	●		
腎臓内科	○尿蛋白 腎機能異常	午前	●	●	●			★	・事前相談にて予約可
		午後	●			●	●		・★CKD外来 予約可
透析	○肝・胆・膵機能	午前	●	●	●	●	●		・診察予約可
	○腹部エコー(消化器系) ○胃レントゲン 等	午後	●		●	●	●		
循環器	○便潜血陽性	午後	●		●	●	●		
	○心電図異常 ○不整脈 ロダイマー高値	午前		●	●	●	●	●	・事前受付対応
呼吸器		午後		●	●	●	●		
	○呼吸器疾患全て	午前		★	●	●	●		・★診察予約可
泌尿器		午後	★	★	●	●	●		・●事前受付対応
	○尿潜血 ○尿沈渣 ○腹部エコー(腎臓系) ○PSA高値 等	午後	●		●				・予約、事前受付不可
乳腺		午前			●			●	・診察予約可
	○乳腺エコー検査所見 ○マンモグラフィ検査所見	午後	●		●				・9:30~10:30 14:00~15:30
心外		午前	●	★	●	★	●	★	・★診察予約可
	○下肢静脈瘤 ○シャントトラブル ○心疾患全般	午後							

2-3.要介護者の受診について

- ・車いす、リクライニング車椅子の方は **2F外来ブース**での診療になります。
- ・ストレッチャーの方は、**1F救急外来**で診療となります。必ず事前にご連絡ください。
- ・受診後、タクシーの手配など、お困りの際は、病院職員にお声掛けください。



3.CT・MRI・各種検査のご依頼について

- ・検査のご依頼に関しては、**予約センター**にご連絡ください。
- tel: **047-345-1115**
- fax: **047-309-4180**
- ※伝票等必要書類がない場合は連携室にご連絡ください。お届け致します。
- 当院ホームページからダウンロードできます。



急性期病院の医療連携責任者による討議

シンポジウムにおける全体討議

ストレッチャーで移動する患者等の受診時は、地域連携室に連絡すると事前受付できる。酸素や待合場所の提供を受けられる。

依頼すべき診療科がわからない場合は地域連携室が院内調整を行う。

在宅療養支援診療所等が緊急受診を依頼する場合、病院に事前連絡する。

診療情報提供書を受診時に提供できない場合でも、翌日までに作成して送付する

施設からの転倒による救急搬送が多いため、事故マニュアル等について調査する。

予定入院患者の千葉県地域生活連携シートは、ケアマネジャーは入院前に提出する。

円滑な連携には救急と在宅のサイクルが重要であり、互いに努力する関係を構築する。

地域ルール「松戸市方式」(仮称)の策定に向けて

医師会在宅ケア委員会での議論

シンポジウムにおける全体討議

在宅療養支援診療所等が緊急受診を依頼する場合、病院に事前連絡する。

診療情報提供書を受診時に提供できない場合でも、翌日までに作成して送付する



医師会在宅ケア委員会で合意

シンポジウムにおける全体討議

施設からの転倒による救急搬送が多いため、事故マニュアル等について調査する。



Step1 アンケート調査

- ・急変やイベント時(転倒等)に主治医と連携がとれているか
- ・対応マニュアルがあるか
- ・救急搬送や搬送先病院は誰が決めるのか(医療者が搬送先に連絡しているか)

Step2 アンケート結果を分析 あるべき医療連携の検討や助言

地域ルール「松戸市方式」(仮称)の策定に向けて

関連する職能団体との協働

シンポジウムにおける全体討議

ストレッチャーで移動する患者等の受診時は、地域連携室に連絡すると事前受付できる。
酸素や待合場所の提供を受けられる。

依頼すべき診療科がわからない場合は地域連携室が院内調整を行う。



松戸市医療ソーシャルワーカー連絡協議会設立準備会で議論・共有

シンポジウムにおける全体討議

予定入院患者の千葉県地域生活連携シートは、ケアマネジャーは入院前に提出する。



松戸市介護支援専門員協議会で議論・共有

平成30年度の取り組み

- ・在宅医療と急性期病院の連携における課題を明らかにした
- ・解決するために交流会を開催し地域ルールの方策に着手した

課題抽出

- 関係者双方に聴き取りし意見を事前に収集
- 課題化

交流会

- 公の場で議論し解決策を検討

地域ルール

- 医師会や関連職能団体で議論
- 地域ルールの策定