

開催日時

平成31年 **2月17日(日)**  
9:50~16:30(開場9:30)

**2.17**  
結集!!

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

～生活の支援と再建～

第一部 1)9:50~11:50 2)9:50~10:45 3)10:55~11:50

各分科会

1)実践!模擬多職種退院カンファレンス(退院困難事例)

1)薬剤師

2)看護職/栄養士/MSW

3)リハ職/歯科医師/入退院支援

昼 計画管理病院協議会 12:15~12:45

第二部 4)13:10~13:20 5)13:20~14:05 6)14:15~15:45  
7)15:45~16:20 8)16:20~16:30

4)講演「連携の会について ~これまでの10年の軌跡~」  
古口 徳雄先生 入退院時支援推進委員会委員長

5)特別講演「地域包括ケアの深化にかかる医療介護連携  
~QOLからQODへ~」

池端 幸彦先生 日本慢性期医療協会副会長/福井県医師会副会長

6)「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  
入退院支援事業報告」

7)分科会報告

8)総括

(敬称略)

# 千葉県 脳卒中等 連携の会

第10回



千葉県・千葉県医師会 共催



千葉県  
医師会  
HP



## 目次

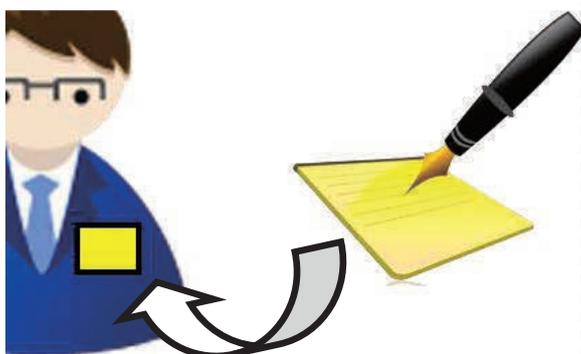
開催要項.....	2
会場案内図.....	4
第1部	
看護職分科会.....	8
薬剤師分科会.....	9
実践！模擬多職種退院カンファレンス（退院困難事例）.....	10
医療ソーシャルワーカー分科会.....	11
栄養士分科会.....	12
リハビリテーション職分科会.....	13
入退院支援分科会.....	14
歯科医師分科会.....	15
第2部	
講演.....	18
特別講演.....	19
モデル事業報告.....	20
分科会報告.....	26
総括.....	27
参考資料 .....	29
参加証 .....	51

### 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・歯科衛生士
- (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・  
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 ～生活の支援と再建～」

日 時 平成 31 年 2 月 17 日（日）9：50～16：30（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

(9：50～10：45)

第 1 会場 看護職分科会

第 2 会場 薬剤師分科会 ～11：50

第 3 会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（退院困難事例）～11：50

第 4 会場 医療ソーシャルワーカー分科会

第 5 会場 栄養士分科会

(10：55～11：50)

第 1 会場 リハビリテーション職分科会

第 2 会場 薬剤師分科会 9：50～

第 2 会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（退院困難事例）9：50～

第 3 会場 入退院支援分科会

第 4 会場 歯科医師分科会

(12：15～12：45)

第 4 会場 計画管理病院協議会

【第二部】 講演・特別講演・モデル事業報告・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)

千葉県医師会副会長 金江 清  
千葉県健康福祉部保健医療担当部長 岡田 就将

[講演] (13：10～13：20)

連携の会について ～これまでの 10 年の軌跡～  
千葉県医師会入退院時支援推進委員会委員長 古口 徳雄

[特別講演] (13：20～14：05)

座長：東京湾岸リハビリテーション病院院長 近藤 国嗣

地域包括ケアの深化にかかる医療介護連携 ～QOL から QOD へ～  
日本慢性期医療協会副会長／福井県医師会副会長 池端 幸彦

---

[モデル事業報告] (14:15~15:45)

座長：千葉県千葉リハビリテーションセンター長 吉永勝訓  
千葉県介護支援専門員協議会理事 酒井朋子

○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15分)

香取郡市医師会副会長 鶴田純一  
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  
松戸市医師会在宅医療・介護連携支援センター 星野大和  
市川市医師会会長 伊藤勝仁

[分科会報告] (15:45~16:20)

座長：千葉ろうさい病院リハビリテーション科部長 小沢義典  
千葉県薬剤師会薬事情報センター長 飯嶋久志

(各5分)

(1) 看護職分科会

東京女子医科大学八千代医療センター 横濱さおり  
印西総合病院 永戸洋子

(2) 栄養士分科会

帝京大学ちば総合医療センター 栄養部 鯨岡春生

(3) 薬剤師分科会

アイン薬局 運営課課長 金谷法好

(4) 医療ソーシャルワーカー分科会

船橋市立医療センター 鶴田美晴

(5) リハビリテーション職分科会

君津中央病院 リハビリテーション科 松木裕史

(6) 歯科医師分科会

松戸市立総合医療センター 石上大輔

(7) 入退院支援分科会

新東京病院 副院長 西 将則

[総括] (16:20~16:30)

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

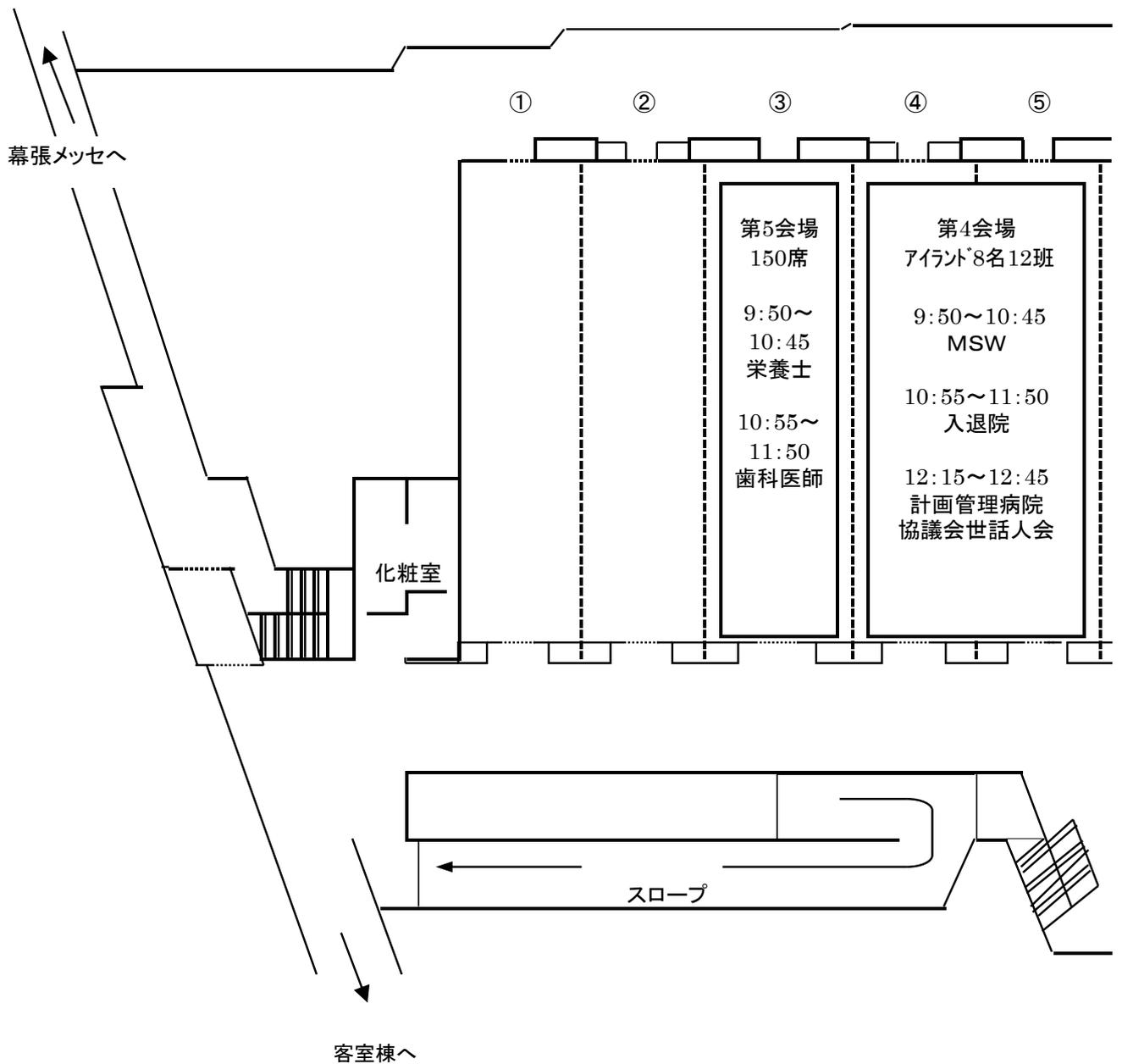
【閉会】 (16:30~)

千葉県医師会理事 松岡かおり

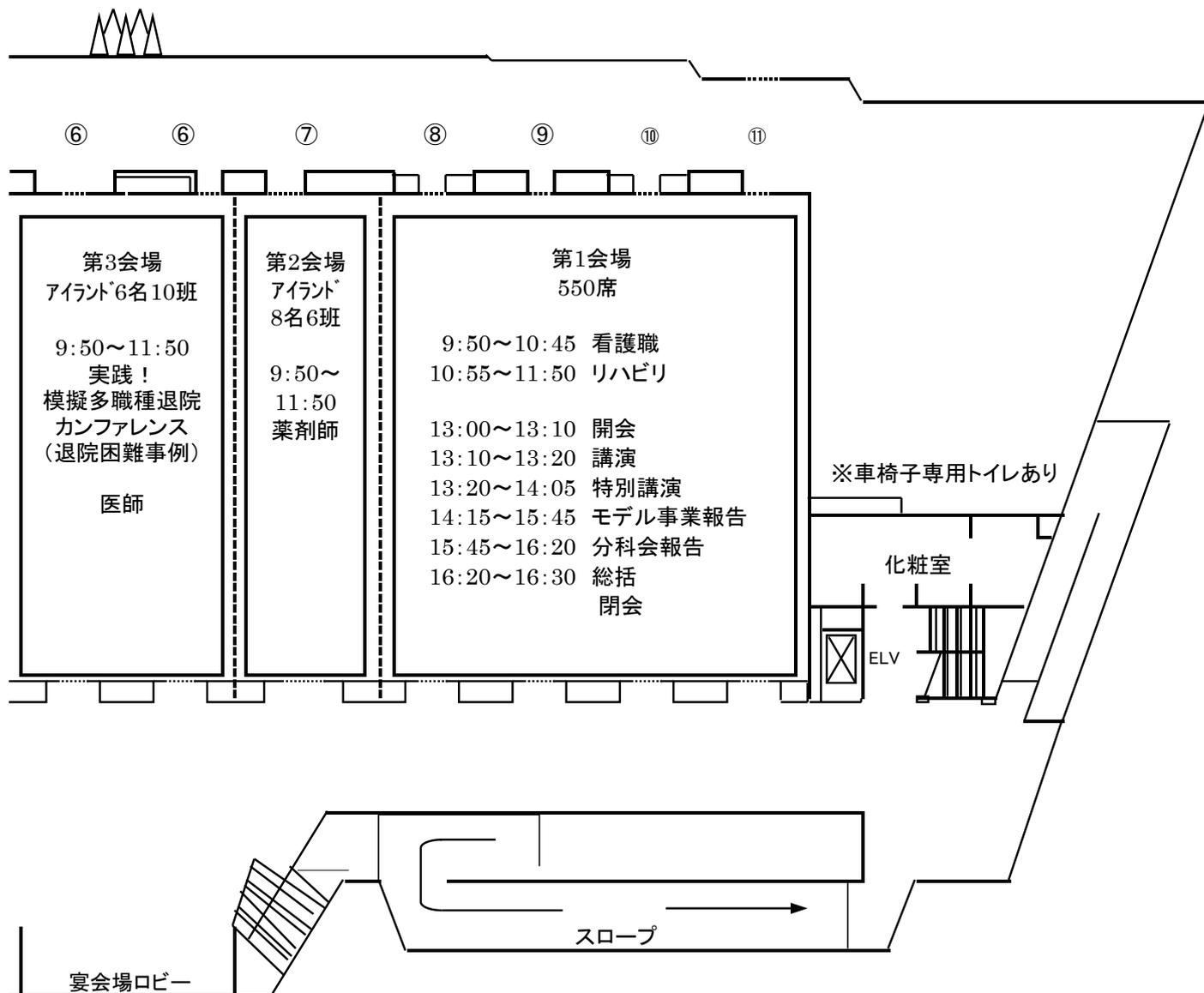
---

# 第10回千葉県脳卒中等連携の会

幕張ホール2F



平成31年2月17日(日) 9:50~16:30



※ 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】 (9 : 50～11 : 50)

(9 : 50～10 : 45)

第1会場 看護職分科会

第2会場 薬剤師分科会

第3会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（退院困難事例）

第4会場 医療ソーシャルワーカー分科会

第5会場 栄養士分科会

(10 : 55～11 : 50)

第1会場 リハビリテーション職分科会

第2会場 薬剤師分科会

第3会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（退院困難事例）

第4会場 入退院支援分科会

第5会場 歯科医師分科会

## 看護職分科会

---

時 間 9:50~10:45

会 場 第1会場

テーマ「脳卒中における栄養 – 食べることを維持するためには –」

「食べることを維持する」をテーマに、私たちはどのように考え、看護を継続させていくかをディスカッションします。

### 〈急性期〉

急性期病院での「食べる」ことを継続する取り組み

東邦大学医療センター佐倉病院 黒沼 佐与子

脳卒中患者は発症直前まで摂食していることが多いため、入院直後の栄養状態は比較的良好である。しかし発症後急性期には、低栄養状態は6~60%、嚥下障害は70%程度出現すると言われている。「食べる」ことは生命を維持するだけでなく、楽しみや欲動的な心を満たすものである。それゆえに低栄養状態・嚥下障害は、患者のQOLを低下させる要因のひとつである。脳卒中患者は、急性期・回復期・生活期と治療施設や療養場所を移り変わっていくことが多い。急性期のうちから生活期を見据え、患者の「食べる」ことを継続していくための現状と取り組みについて報告する。

### 〈回復期〉

生活期に繋ぐ回復期の取り組み

東京湾岸リハビリテーション病院 高木 朋子

「食」はヒトが生きるために欠かせない栄養手段であり、「食べること」は生活の質の向上につながる。回復期では、嚥下障害により経口摂取が困難となった患者に対し、急性期の「食べるための環境づくり」を引き継ぎ、口腔ケアや顔面マッサージ等の間接訓練や、嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査結果に基づいた直接訓練、食事摂取環境・摂取量確保への工夫を他職種と連携して行い、経口摂取を目指す。在宅生活を長く続けるためには、医療行為の離脱、介助量軽減、自宅で簡単に再現できることが重要であり、本人・家族に向けた栄養指導や、生活期への連携パス等を用いた情報提供を行い、支援を行う。今回、回復期病棟の介入内容について、症例を通して報告する。

### 〈生活期〉

組織を超えたチームアプローチで「食べたい」を叶える

いしいさん家の訪問看護 今田 由美子

摂食・嚥下障害に対するリハビリテーションでは、多職種によるチームアプローチが求められる。生活期では、チームメンバーが、別々の組織に所属していることがほとんどであり、また別の時間に関わるため連携の難しさがある。

今回、絶飲食・経鼻経管栄養の状態であったA氏に対し、多職種が組織を超えた連携を図り、退院4カ月後から、直接嚥下訓練を再開することができた。その結果、「うまい！」という食べる喜びの声を引き出すことができた。看護を振り返り、生活期における「食べたい」を叶える取り組みについて報告する。

## 薬剤師分科会

---

時 間 9：50～11：50

会 場 第2会場

テーマ：薬剤シートを作成してみよう

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シートは千葉県脳卒中連携意見交換会（旧千葉県共用型脳卒中地域医療連携パス有志の会）薬剤師部会で2012年に作成した。当初は薬剤服用歴の患者基本情報を中心として、脳卒中薬物療法に必要な項目を追加し、他職種の意見を踏まえて最終決定した。しかし、このシートは机上で作成したため、医療現場における問題点等を収集し、必要に応じて修正が求められていた。

そこで、医療現場の実態や活用状況における調査結果を踏まえ、意見交換会薬剤師部会ではシートの改訂を検討した。また、改訂に伴い「薬剤シート記入の手引き」も修正した。今回の改訂では臨床薬学的観点から以下の点に重点を置いた。

- ・「指導上の注意」に「アドヒアランス」を追加
- ・「その他」を「その他（臨床検査値、TDM、薬剤変更の経緯、経時記録など）」に変更
- ・服用薬剤調製支援料・薬剤総合評価調整管理料に対応するため、個々の薬剤に関し、4週以上投与されているかどうかの標記を追加

薬剤シートを作成する際、急性期・回復期・地域生活期の各期が必要とする情報を明確化しなければならない。今回の改訂において有用な薬剤シートを作成するには、特に臨床的判断が求められる。そこで、本グループワークでは共通の症例を時系列に作成（急性期→回復期→地域生活期→再入院）し、活用の周知と問題点の抽出を明確にする。

座長： 飯嶋久志（千葉県薬剤師会）  
ファシリテーター： 本澤葉留美（佐倉厚生園病院）  
大木健史（君津中央病院）  
金谷法好（アイン薬局）  
金子 守（船橋市立リハビリテーション病院）

## 実践！模擬多職種退院カンファレンス（退院困難事例）

---

時 間 9：50～11：50

会 場 第3会場

医師分科会恒例の「実践！模擬多職種退院カンファレンス」、今回は退院困難事例3例の退院に向けての戦略を検討して頂きます。3症例とも難解な問題点をかかえています。どのような制度を利用するのか、短時間で戦略を考えてください。それぞれの症例には解決例と解説を用意しています。

### ・症例1（急性期病院）

82歳男性。脳梗塞による左片麻痺、失語症。発症から2週間で、10m程度の介助歩行は可能。入院後失語症は改善傾向にあるが、簡単な受け答えに止まり、複雑な意思疎通は出来ない。

地域包括ケアセンターが関与しており以下の情報がある。

家族背景：結婚歴無く、子供もいない。独居。兄はいるが関与を拒否。

経済的背景：手持ちの現金は約4万円。厚生年金を受給しているらしい。

預貯金も1000万円以上あるらしい。

課題：リハ転院・生活の基盤づくりのための費用調達。

### ・症例2（回復期病院）

37歳男性。賃貸住宅の自室の失火で受傷した一酸化炭素中毒による高次脳機能障害（見当識障害、注意障害、記銘力障害）。入院時右尾状核出血による左不全片麻痺があったが、ADLは自立している。

本人の希望：復職（介護職）、自立した生活。

家族背景：独居。両親は他界。兄弟は関係を拒否。

社会的背景：借家は焼失。復職を希望していた勤務先は退院調整中に廃業。

経済的背景：傷病手当金受給決定。前医も含め医療費滞納。消費者金融から数百万の借金。

課題：本人の希望に添った支援。未収金の回収。

### ・症例3（急性期病院）

28歳男性。東南アジアからの留学生（学生ビザ）。アルバイトのため出席数が少なく除籍になり帰国目前に学生寮から飛び降りて腰椎骨折。早期に固定術を行い短距離の歩行は可能。

家族背景：本国に家族はいるが、経済的に困窮している。

社会的背景：学校は除籍になっているためビザ有効期限は3ヶ月

経済的背景：国民健康保険滞納。所持金は無い。

課題：医療費、帰国費用の調達。

## 医療ソーシャルワーカー分科会

---

時 間 9:50～10:45

会 場 第4会場

《テーマ》若年性高次脳機能障害者のMSWとしての支援～見識を深める～

高次脳機能障害がある患者様の支援をする中でMSWとして、いつからどのような支援を開始したらよいのか悩むことがあるのではないだろうか。

急性期では「今のうちにできること」家族に知っておいてもらいたいこと、将来的に出てくる話の心構えなど、回復期は「退院支援をどのようにすべきか」から始まり、様々な支援方法を思い描くのではないかと思われる。

特に若年者の場合、生活や仕事のことなど本人を取り巻く環境に様々な影響を及ぼす。

直面する問題により良い支援を行いたいと思うのは誰もが思うことである。MSWがかかわっていく中で急性期から回復期へどのようにバトンを渡していくことが良いのか。家族に対するアプローチや障害者手帳取得など社会資源の活用について知りたい。また、『復職』を考えるとどのように会社と連携をしていくとスムーズに進められるのか、会社にも高次脳機能障害の理解を得ないとならない中で、MSWの役割としてどうしたらより良いのか。

基本的知識を知り、不安な要素を自信に変えられるような支援方法を学ぶ機会として、今回は千葉県高次脳機能障害支援拠点機関である千葉県千葉リハビリテーションセンターソーシャルワーカー森戸崇行氏の講演を企画する。

# 栄養士分科会

---

時 間 9:50~10:45

会 場 第5会場

座長：鯨岡 春生（帝京大学ちば総合医療センター 栄養部）

I 栄養シートの運用報告 中込 弘美（東京湾岸リハビリテーション病院）

## II 講演会

摂食嚥下の研修会等で、VE（嚥下内視鏡検査）やVF（嚥下造影検査）の画像を見ることは多いと思います。目にするのは「嚥下障害者」であり、「健常者」と比較する機会は少なかったのではないのでしょうか。

今回の栄養部会は、摂食嚥下機能の検査と評価の基礎についての講義に加え、健常者の嚥下内視鏡検査を実際に見るといいう研修会です。更に、様々な食品の食塊形成の違いを確認することにより、食品・調理方法を選択する場面のヒントとなること間違いなしです。

『摂食嚥下機能の検査と評価』 ～嚥下内視鏡検査を中心に～

講師：中山 洵利（日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 助教）

<中山 洵利先生ご略歴>

2006年 日本大学歯学部 卒業

2009年 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学I講座研究生

2011年 日本大学大学院歯学研究科 卒業 歯学博士

日本大学歯学部摂食機能療法学講座 助教

日本大学歯学部摂食機能療法学講座 医局長

2012年 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 認定士

2014年 日本老年歯科医学学会 認定医

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 評議員

2016年 日本老年歯科医学学会 摂食機能療法専門歯科医

2018年 日本老年歯科医学学会 専門医

## リハビリテーション職分科会

---

時 間 10:55～11:50

会 場 第1会場

### ○県北地区における病院・地域間のリハ連携について

松戸リハビリテーション病院 理学療法士 松井貴司

昨年度、県央地区にて病院・地域間の連携についてアンケート調査を行っていた。今回、同様のアンケートを行う事で、リハ連携の状況・地域間の相違の有無を把握できると考えた。当会会議参加施設の県北地区に所属しているリハ職種を対象にアンケート調査を行った。県北・央地区で異なる点に着目し、今回のアンケート結果を踏まえ、今後の連携のための再考する機会を得たため報告する。

### ○県央地区における地域連携の取り組みについて

佐倉厚生園病院 理学療法士 菅原直彦

昨年、県央地区では CAMP-S や地域生活連携シート(以下、連携シート)の活用割合や効果についてのアンケート調査を実施した。結果から、CAMP-S は地域での活用が不十分であった。連携シートは、周知はあるものの多くの病院で利用されていなかった。昨年度のアンケート結果を踏まえ、取り組みとして、シームレスな医療連携に焦点をあてた。連携シートの推進に向け、ケアマネージャーとの関わりについて討議を重ねてきた。今回、2病院より、ケアマネージャーとの活動報告を発表する。

### ○県南地区における CAMP-S のアンケートからみる現状と今後の展望

季美の森リハビリテーション病院 理学療法士 中村基彦

県南地区では CAMP-S の急性期シート・回復期シートを、項目毎に重要度を判別するアンケートを実施した。アンケートは各シートを書き手側と受け手側とに区分し実施した。結果より、どの項目も重要度は高いという結果となったが、書き手側と比較し受け手側の方が重要視する項目が多かった。アンケート結果を踏まえ、双方の差異や今後の活用の仕方について討議を重ねてきた。今回、アンケートから導き出された結果や、CAMP-S の今後の展望について報告する。

## 入退院支援分科会

---

時 間 10：55～11：50

会 場 第4会場

テーマ 【 地域生活連携シートの活用から入退院支援について考える 】

### スケジュール

#### 1. 各機関より発表（各5分程）

千葉大学医学部附属病院                   ：木暮 みどり

東京湾岸リハビリテーション病院：市川 愛

ロザリオ高齢者支援センター       ：井上 創

恵天堂指定居宅介護支援事業所   ：山崎 純江

#### 2. 意見交換

司会：千葉ろうさい病院   ：小沢 義典  
      新東京病院            ：西 将則

## 歯科医師分科会

---

時 間 10:55～11:50

会 場 第5会場

「退院時の連携シートと退院時共同指導のモデル事業について」

千葉県歯科医師会会長 砂川 稔

様々な地域医療と介護の再編が進められている中で、何よりも重要なことは実際に連携して成功した事例を示すことです。今年度から千葉県歯科医師会は、連携していくうえで明確に示されていなかった部分を整理し、歯科医師、歯科衛生士が関わっていく体制を構築していく事業を開始しました。

県内にモデル地区として複数の郡市歯科医師会とタイアップし歯科医師のチームを作り、複数の病院と「退院時共同指導」を実施し居宅に戻る患者に対しての「かかりつけ歯科医」を確立していく事業を開始したのでここに報告します。

「脳卒中患者の在宅歯科医療」

千葉県歯科医師会専務理事 久保木 由紀也

脳卒中の既往がある患者さんには、手指の運動障害によってブラッシングが上手くできないことにより口腔内は不潔な状態になりやすく、う蝕や歯周病が進行しやすくなることはもちろんのこと摂食機能障害や窒息、誤嚥性肺炎の危険が高まります。外来診療に比べて限られた機器と限られた条件下で行う在宅歯科医療を通じて脳卒中の既往がある患者さんの口腔健康管理をどのように行うべきか、そのポイントと注意点を詳しく解説させていただきたいと思います。

「健康長寿に歯科ができることーオーラルフレイルと口腔機能低下症についてー」

東京歯科大学千葉歯科医療センター

摂食嚥下リハビリテーション科 杉山 哲也

厚生労働科学研究「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」の総括研究報告書の中で、フレイルは「加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義されている。

これからの歯科は、単に歯を保存することや良好な義歯を装着することだけでなく、口腔機能の低下をオーラルフレイルや口腔機能低下症の状態で見出し、対応する必要がある。それによりフレイルさらには要介護状態になることを予防し、健康寿命の延伸につながる事が期待される。本講演ではオーラルフレイル、口腔機能低下症について解説したい。

## 第二部

### 【講演・特別講演・モデル事業報告・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 ～生活の支援と再建～」

総合司会：松岡かおり 千葉県医師会理事

#### 【開 会】

【挨拶】 金江 清 千葉県医師会副会長

岡田 就将 千葉県健康福祉部保健医療担当部長

#### 【講 演】

「連携の会について ～これまでの10年の軌跡～」

古口 徳雄 千葉県医師会入退院時支援推進委員会委員長

#### 【特別講演】

「地域包括ケアの深化にかかる医療介護連携 ～QOLからQODへ～」

池端 幸彦 日本慢性期医療協会副会長／福井県医師会副会長

座長：近藤 国嗣 東京湾岸リハビリテーション病院院長

#### 【モデル事業報告】

座長：吉永 勝訓 千葉県千葉リハビリテーションセンター長

酒井 朋子 千葉県介護支援専門員協議会理事

○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時支援事業報告

香 取：鴫田 純一 香取郡市医師会副会長

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

松 戸：星野 大和 松戸市医師会在宅医療・介護連携支援センター

市 川：伊藤 勝仁 市川市医師会会長

#### 【分科会報告】

#### 【総括】

#### 【閉会】

## 講演

---

時 間 13：10～13：20

会 場 第1会場

「連携の会について ～これまでの10年の軌跡～」

千葉県医師会入退院時支援推進委員会委員長・  
千葉県救急医療センター 古口 徳雄

平成20年千葉県保健医療計画で「循環型地域医療連携」が目標として掲げられ、同時期に診療報酬改訂では脳卒中を対象に地域連携パス計画管理料などが新設されました。県内では脳卒中地域医療連携パスがいくつか動き始めていましたが、千葉県、千葉県医師会が「千葉県共用地域医療連携パス（共用パス）」事業を提唱し、動き始めていた各施設に参加要請してきました。そこで動き始めたのが、「県・県医師会・関連医療機関協働による4疾病（がん、糖尿病、心筋梗塞、脳卒中）に関する共用パス5年事業」です。

脳卒中共用パス（CAMP-S）を作成するにあたり、「接着パス」・「受け側が欲しい情報で構成」・「各職種ごとのシート」・「急性期～地域生活期まで使用」・「診療報酬に対応」・「診療情報提供書としても使える」ことなどを基本方針にしました。

平成21年度からCAMP-Sを運用開始し、県全体の連携会議として「千葉県脳卒中連携の会」がスタートしました。CAMP-Sは積極的に県行政の施策と協働し、「千葉県地域生活連携シート」の開発に参加し、CAMP-Sの「介護シート」として運用しました。「千葉県脳卒中連携意見交換会」「CAMP-S計画管理病院協議会」「千葉県回復期リハビリテーション連携の会」など地域連携の核となる組織作りを行い、厚生局と調整し「2段階式連携会議」「連携先の一括届け出」などを実現しました。

急性期～回復期病院でのパス利用は順調に進みましたが、地域生活期への浸透が課題でした。そのような課題を背景に、本会は「病診連携」「医療介護連携」などを名テーマにする様になっています。その取り組みの一環として「ケアマネむけ研修会」「実践！模擬多職種退院カンファレンス」なども行いました。

平成26年度から「脳卒中患者退院時支援推進委員会」として3年間、平成29年度からは「入退院時支援推進委員会」として現在に至っています。

「入退院時支援推進委員会」事業の一環として本会が行われる様になったところから、「千葉県脳卒中等連携の会」「千葉県脳卒中等地域連携意見交換会」と名称変更しています。

この10年間の歩みについて、御報告します。

## 特別講演

---

時 間 13:20～14:05

会 場 第1会場

座長：東京湾岸リハビリテーション病院院長 近藤 国嗣

「地域包括ケアの深化にかかる医療介護連携 ～QOL から QOD へ～」

日本慢性期医療協会副会長／福井県医師会副会長 池端 幸彦

「地域包括ケア」の概念は、地域を基盤とするケア (community-based care) と統合ケア (integrated care) の二つのコンセプトを持ち、地域における最適を地域が自ら選ぶことが重要とされている。そして「地域包括ケアシステム」とは、おおむね30分以内の日常生活圏域内 (≒中学校区) において、医療・介護のみならず、福祉・生活支援サービス等が一体的かつ適切に相談・利用できる提供体制を指している。勿論、そこには大きな地域差があることは言うまでもなく、だからこそ地域包括ケアシステムは地域毎にそれぞれに特性を活かしながら、多職種連携のもとシステム構築に全力を傾注しなければならない。

一方で、国民の多くは「出来るだけ住み慣れた地域で最後まで住み続けたい (という気持ち)」を持っているとすれば、それを支える医療・介護・福祉の最終ゴールは、QOL (Quality of Life: 生活の質) の維持向上ではなく、その先の QOD (Quality of Death: 死の質) の向上ということになる。故に人生の最終段階における意思決定プロセスのあり方、いわゆる ACP (Advance Care Planning、愛称: 人生会議) の重要性が、大きく叫ばれているところである。

今回は、「ときどき入院ほぼ在宅」を中心とした地域包括ケアシステムの深化のために求められる「医療介護連携」とはそもそも何なのかを考えつつ、具体的に①「医師とケアマネジャーとの連携」、②郡市区医師会と市区町村・地域包括支援センターとの連携、③医療職間多職種連携、④病診連携、病病連携 (入退院時カンファレンスの心得 10ヶ条を含む)、⑤専門職の地域展開の5つの地域連携の鍵を紹介したい。そして最後に、当福井県や当院の現状と実践例にもふれつつ、私が目指す「連携」を極めた先に見えるであろう「統合」の世界も紹介したい。そして日本を世界一の長寿国にした世界に冠たる我が国の社会保障制度の存続と発展を願い、将来の世代に禍根を残さないよう医療・介護の効率性も鑑みながら、我々専門職が気概を持って多職種連携を論理的、実証的に論議・実践していくことが、次世代に向けた我々の責務だということを皆で共有できればと思う。

## モデル事業報告

---

時 間 14:15～15:45

会 場 第1会場

座長：千葉県千葉リハビリテーションセンター長 吉永 勝訓

千葉県介護支援専門員協議会理事 酒井 朋子

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時支援事業報告

○各地区での入退院時支援モデル事業について（各15分）

香	取	： 鴫田 純一	香取郡市医師会副会長
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
松	戸	： 星野 大和	松戸市医師会在宅医療・介護連携支援センター
市	川	： 伊藤 勝仁	市川市医師会会長

# モデル事業報告

---

時 間 14:15～15:45

会 場 第1会場

## 「香取地域の医療と介護がつながる委員会」活動報告

香取郡市医師会副会長 鴫田 純一

香取地区では平成29年度から地域内共通の入退院支援ルールづくりを進めることで、地域の住民の住まいに於ける療養生活を支え、病気やケガによる入院時のスムーズな支援に繋げることを目的として、地区医師会、行政、医療・介護関係者の代表等多職種がコアメンバーとなり、「香取地区の医療と介護がつながる委員会」（以下 委員会）を設置し活動を行っている。前回中間報告をしたように当地域は超高齢化地域（高齢化率 33.7%）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など家庭環境の変化が加わり、医療と介護が連携して自宅や施設で療養できる環境づくりの支援が必要となっている。

また、病院との入退院時の連携、特に退院時の連携が不足し、患者が十分な支援を受けることなく自宅等に戻るケースが見られた。更に、当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、本来ならば十分に連携が取れる状態であるにも関わらず、共通のルールに基づく情報連携が図られていない等、多くの課題があった。

そこで、平成29年度に同様の課題を抱えていた県立佐原病院からの地域での取組提案を受け、当医師会が発起人となり、香取市や地域の主要医療機関と介護施設の専門職16名で構成する上記委員会を設置、多職種連携による「入退院支援ルール」づくりに取り組んだ。その後、委員会で意見交換を重ね、千葉県が作成した地域生活連携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（自宅退院用、ケアマネ有無別）を作成し運用に当たり、説明会と研修会を行い主要な病院等での試行を重ねている。

また、初めから多くの機関・施設で集まるのではなく核となってくれる機関・施設で検討を重ね、並行して郡部3町や歯科医師会と薬剤師会等に趣旨説明をして参加者を増やすことで取組地域を拡大し、地域一体での取組としてきた。

今年度は最後に有識者を招いての講演会を開催し、委員会の活動と完成した入退院支援ルールの自宅退院用版の周知活動を実施し、来年度は引き続き入退院支援ルールの施設退院用版の作成に取り組みながら顔が見え・意見の言い合える関係を深め連携を促進していく予定である。

# モデル事業報告

時 間 14:15～15:45

会 場 第1会場

千葉市医師会理事 和田 浩明

平成29年度より開始した千葉市入退院支援事業では、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し、病院の地域連携担当者が参加する地域連携室連絡会を定期的に開催している。

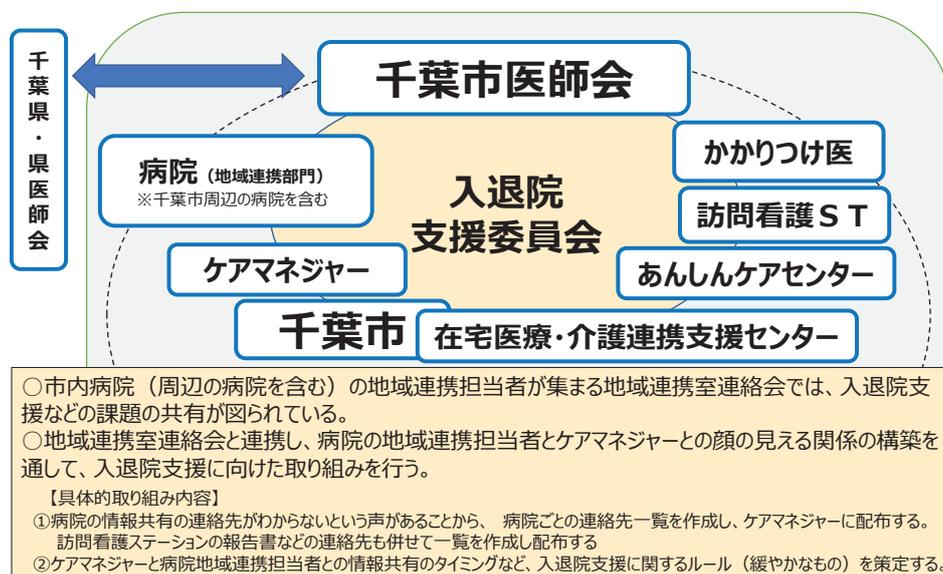
平成30年度は、市内病院の連携窓口リストを作成し、ケアマネジャーや訪問看護ステーションに配布した。また、6月11日、10月15日に開催した地域連携室連絡会では、各病院の退院支援看護師により退院支援看護の現状と課題が共有されたほか、医療・介護連携に関する報酬制度への理解不足が課題として明らかとなったことから、医療・介護報酬制度の基礎を学べる研修会を開催した。

さらに、病院の地域連携担当者、ケアマネジャー、千葉市及び千葉市医師会等の代表による千葉市入退院支援委員会を開催し、緩やかな入退院ルールの策定に向けて議論を開始したところである。

モデル事業として、千葉市入退院支援事業を実施したことで、在宅医療・介護連携推進事業を実施する市と入退院支援事業の課題を共有できたほか、市内病院との連携も大きく進んだ。千葉市立青葉病院では、本事業をきっかけに、退院支援看護師として全国的に著名な宇都宮宏子氏による講演会を2月18日に開催することとなり、市内病院をも巻き込んで、在宅移行支援の推進を目指している。

今年度でモデル事業は終了するが、市が実施する在宅医療・介護連携推進事業に入退院支援事業を位置付ける方向で検討しており、引き続き、市内病院や市との連携を密に、地域全体で入退院支援に向けた取り組みを推進したいと考えている。

## 千葉市における入退院支援事業のイメージ



# モデル事業報告

時 間 14:15～15:45  
会 場 第1会場

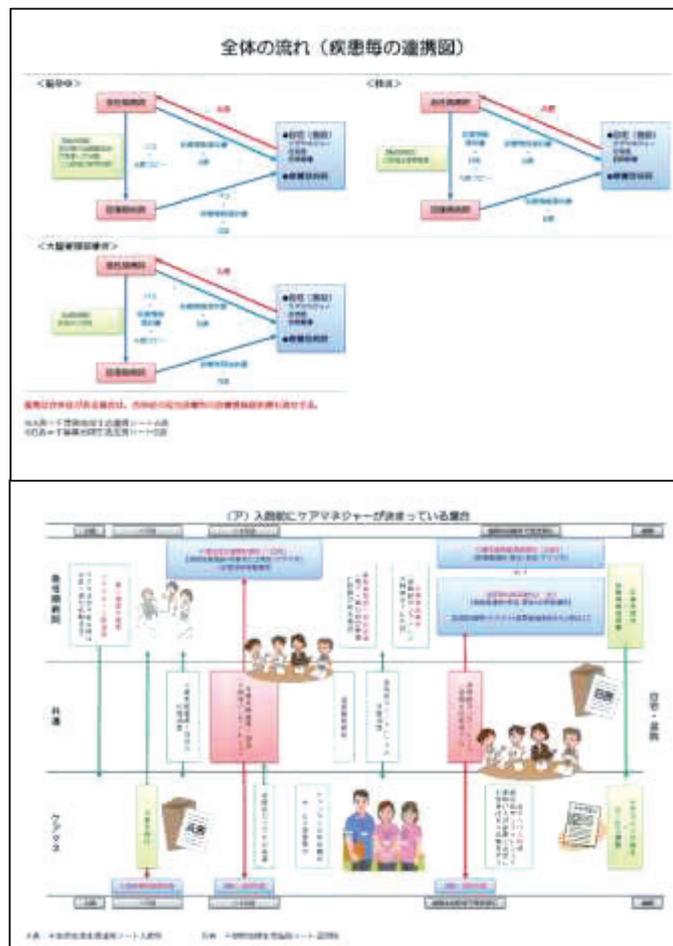
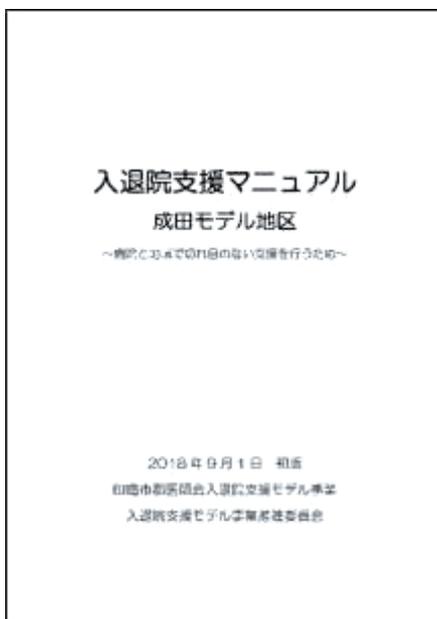
印旛市郡医師会理事 石井 隆之

成田モデル地域では、「脳卒中」「肺炎」「大腿骨頸部骨折」の3疾患を対象に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について取り組みを行った。

2017年10月に、病院（急性期・回復期）、診療所、歯科、薬局、ケアマネジャー、地域包括、行政の多職種多機関で構成された入退院支援モデル事業推進委員会を立ち上げ、計7回の委員会を経て、「自宅等から急性期」「急性期から回復期」「回復期から自宅等」「急性期から自宅等」のシーン毎に円滑に連携ができるよう問題点や改善策を議論し、マニュアルの作成を進めた。

同時に、連携に関する実状を把握するため、成田市内の関係機関約200カ所へアンケート調査を実施し、寄せられた意見についてもマニュアルへ反映させ、2018年9月に「入退院支援マニュアル」が完成。成田市内を対象に運用を開始した。

今後は、運用開始後3ヶ月経過した2018年12月に再度アンケート調査を実施し、運用後の問題点や改善点を踏まえてマニュアルの改訂等を行ったうえで、適用範囲を成田市内から印旛保健医療圏に拡大することを予定している。



## モデル事業報告

---

時 間 14:15～15:45

会 場 第1会場

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年度は急性期病院との前方連携の仕組みを議論した。その取り組みを報告する。

まず問題点を明らかにするため、医師会員にアンケート調査を行った。以下の回答が多かった。

- ・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。
- ・病態が明らかでなく、依頼すべき診療科がわからない場合の相談先を教えてください。

これらの要望を踏まえ、市内4つの急性期病院について以下の6項目を一覧化した。

- 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）
- 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）

上記の一覧を配布資料に、平成30年12月11日に交流会を実施した。4急性期病院の地域連携担当副院長と地域医療連携室職員、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、介護施設職員など113名が参加した。4急性期病院の救急担当医に事前にインタビューした内容も踏まえ、シンポジウム形式で質疑応答、総合討論を行い、以下の事項を共有した。

- ・病態が明らかでなく、依頼すべき診療科がわからない場合は、地域連携室に相談する。地域連携室が院内調整を行う。
- ・要介護者の受診については、事前に地域連携室に一報することで、地域連携室が当日の受付を事前に代行する。また院内での酸素や待合場所の提供を受けられる。
- ・在宅療養支援診療所など24時間対応の医療機関から緊急受診や搬送を依頼する場合、病院に事前に連絡する。診療情報提供書は翌日までには送付する。
- ・予定入院する患者については、ケアマネジャーは千葉県地域生活連携シートを入院後ではなく入院前に提出する。病院はどのように千葉県地域生活連携シートを活かすのか、具体策を検討する。

現在、各院に持ち帰り討議してもらい、前方連携の地域ルール「松戸市方式」として整備すべく作業している。

## モデル事業報告

---

時 間 14:15～15:45

会 場 第1会場

市川市医師会地域医療情報連携システム

市川市医師会長 伊藤 勝仁

地域医療構想改革の病床機能分担が進む一方で求められるのは医療機関同士の連携、病診連携、病病連携で、これはいままでも行ってきたことではあるが、いま以上に期待されるものと推測する。発症直後の心筋梗塞や脳卒中は重装備をした病院でなければ担えないのと同じ意味合いで回復期、慢性期も適切な病院、診療所が担うことが求められていく。患者の病状の変化に応じて担う医療機関も交代する。時には複数の医療機関がひとつになって臨むことができれば地域医療の質を担保することになる。患者の安心にも繋がる。

私ども市川市医師会は2018年4月、画像閲覧も可能な医療情報連携システムを立ち上げた。医師会館にサーバーを設置し、各医療機関で装備しているPACS(Picture Archiving and Communication Systems 医療用画像管理システム)を医師会レベルまで広げ、症例に係わる複数の医療機関で必要なときに必要な情報だけを共有する体制を整備していきたい。

現時点で多少の技術的な問題と、セキュリティポリシーの構築とルール化の課題を残すが検討を続けていきたい。

## 分科会報告

---

時 間 15:45～16:20

会 場 第1会場

座長：千葉ろうさい病院リハビリテーション科部長 小沢 義典  
千葉県薬剤師会薬事情報センター長 飯嶋 久志  
(各5分)

(1) 看護職分科会

東京女子医科大学八千代医療センター 横濱さおり  
印西総合病院 永戸 洋子

(2) 栄養士分科会

帝京大学ちば総合医療センター 栄養部 鯨岡 春生

(3) 薬剤師分科会

アイン薬局 運営課課長 金谷 法好

(4) 医療ソーシャルワーカー分科会

船橋市立医療センター 鶴田 美晴

(5) リハビリテーション職分科会

君津中央病院 松木 裕史

(6) 歯科医師分科会

松戸市立総合医療センター 石上 大輔

(7) 入退院支援分科会

新東京病院 副院長 西 将則

## 総括

---

時 間 16：20～16：30

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

脳卒中連携パスに係わる全県規模の連携会議（パス大会）として始まった本会は、午前中各分科会、午後全体会として基調講演、シンポジウム、分科会報告という基本構成は変更ありませんが、特に午前中の分科会の企画は年々熟成されてきています。職種ごとの分科会に加えて、職種横断的にテーマを決めた分科会など毎回趣向を凝らしています。今回は新たに入退院支援分科会が発足し、今後の展開が楽しみです。一方、医師分科会の模擬多職種退院カンファレンスは企画として定着した感がありますが、今回は模擬症例を各病院の経験症例をもとに退院困難事例に対するアプローチに焦点を絞りました。初めての試みとして医事業務の事務職に参加していただき医療費の捻出、通常経験することの少ない制度の利用、外国人対応などのテーマに取り組みました。

偶然ですが、脳卒中・心筋梗塞・糖尿病・がんの地域連携パスから始まったこの連携の会 10 年の節目に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」いわゆる「脳卒中・循環器病対策基本法」が制定されました。この法律の目指すものは、本会が目指すものと同じレベル上にあるため、私たちが協力できることは数多く有ります。今後も、新しいテーマを見つけながら確実な前進の一步一步を刻んでいきましょう。

## 【参考資料】

- 千葉県地域生活連携シート【入院時等】【退院時】
- 〃                  手引き
- 千葉県医師会作成「私のリビングウィル」
- 〃                  手引き（医療職向け）

# 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	

※担当ケアマネ以外から本シートを受け取った場合は、遅くとも入院翌日には担当ケアマネに連絡しましょう。

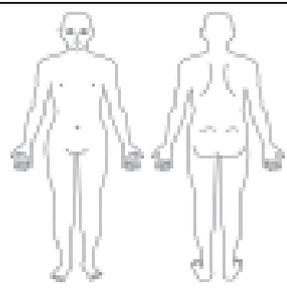
本シートは、医療・介護関係者が御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得て提供しています。なお、入院先の医療機関は、転院時に、転院先に本シートの写しを送付するよう努めましょう。

提供日 平成 年 月 日

入院日 平成 年 月 日

フリガナ氏名	.....	生年月日	明大昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男	女
住所	〒		TEL（自宅）			職業					
			TEL（携帯）								
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（）										
緊急時連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号							
家族構成図		年金等の種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他									
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン		介護保険自己負担割合		割 <input type="checkbox"/> 不明		経済的支援		<input type="checkbox"/> 要		医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入	
		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"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他											
ケアマネジャーとしての意見	家族の介護力及び特記事項										
	療養・生活に関する受け止め方・意向等 本人 家族 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							<input type="checkbox"/> 医師等の判断		
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							<input type="checkbox"/> ケアマネジャー等の判断		
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			
	①	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診		頻度： 回/月							
	②	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診		頻度： 回/月							
	③	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診		頻度： 回/月							
既往歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他（）									

利用者氏名	事業所（施設）名、担当者名	
最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	医療機関名： 理由：
入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い／繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて	
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（職種：）	
	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	在宅での生活状況
移動方法	<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（ ）	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
口腔ケア	口腔清潔 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 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 ） 嚥下状態（むせ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に ） 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
食事	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"/> パースト食 <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（ ） ） 食事回数 回/日（朝 時頃 昼 時頃 夜 時頃） UDFの食形態	
入浴	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	排尿	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 排便習慣 回/（ <input type="checkbox"/> 日・ <input type="checkbox"/> 週 ） 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（ ）
	排便	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（ ）
服薬管理	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 別紙参照 ） <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否	
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（ ）	
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（本くらい/日） 飲酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（合くらい/日）	
その他（介護上、特に注意すべき点等）		
<input type="checkbox"/> 院内の多職種カンファレンスへの参加希望 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスへの参加希望 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導を実施する場合の同行希望 （具体的な要望）		



※麻痺や褥瘡等の位置

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  
（受付印等）

# 千葉県地域生活連携シート（退院時）

**B表**

記入日 平成 年 月 日

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	事業所（施設）名
電話番号	担当者名
	電話番号

**ケアマネジャー記入欄**

回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種（氏名）	会議出席
1	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

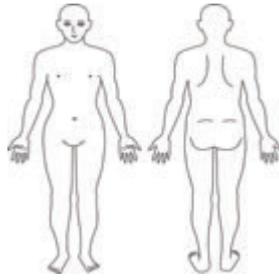
ふりがな 氏名		生年月日	明大昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男 女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
住所	〒		TEL（自宅）	職業			
	TEL（携帯）						
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） <input type="checkbox"/> 施設等（）						
緊急時連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号			
家族構成図		年金等の種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他					
◎:本人 □:男性 ○:女性 ●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン		介護保険自己負担割合		割 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 経済的支援 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入			
		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"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他							
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		<input type="checkbox"/> 医師等の判断				
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		<input type="checkbox"/> ケアマネジャー等の判断				

入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 予定				手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
現在治療中の疾患	① <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定		② <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定		③ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定			
入院の経緯・原因となった病名等								
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	在宅医療措置： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（裏面参照） 説明を聞いた相手： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（）							
療養・生活に関する受け止め方・意向等	本					家		
	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：			
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（）							

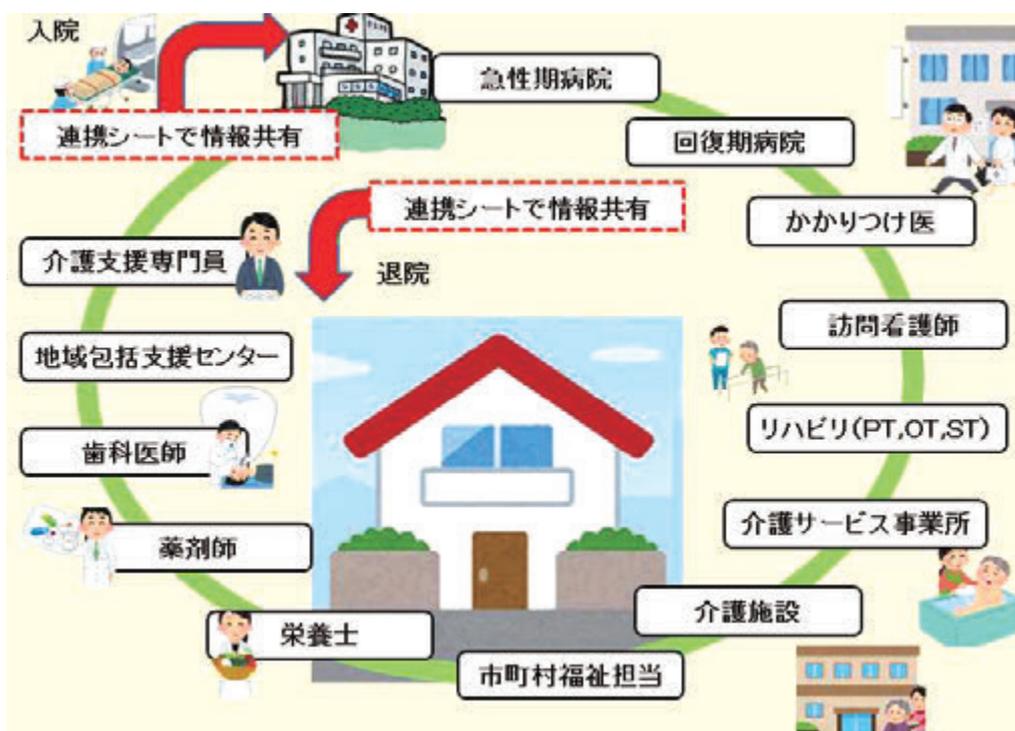
利用者氏名

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"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
移乗		<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"/>								
起居動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
整容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
口腔ケア		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔清潔		<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
						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 )	
						嚥下状態(むせ)		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に )	咀嚼状況	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	
食 事		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/> ころみ )					
						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 ( ) )	経管栄養(方法: 内容: 量: 所要時間: )			
						食事回数		回/日(朝 時頃 昼 時頃 夜 時頃)			UDFの食形態		
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	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	排便習慣	回/ ( <input type="checkbox"/> 日・ <input type="checkbox"/> 週 )	
	排便	<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 ( )
服薬管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <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	
						薬剤管理		<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 他者管理	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	睡眠の状態
		服薬状況		<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い, 処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否									
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		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		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 ( )											
退院後必要な事柄	診療形態等	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 病状悪化等緊急時の連絡先: 紹介先医療機関等:											
	医療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )											
	看護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 ( ) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )											
	リハビリ (目標や内容等)	生活目標		運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )									
	必要な内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 <input type="checkbox"/> IADL練習 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 更正装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能訓練 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容・留意点		症状・病状の予後・予測								
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		その他 (退院後の生活で注意すべき点、在宅復帰のために整えなければならない要件等)											

# 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30年7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、居宅介護支援事業所や介護老人福祉・保健施設等の介護支援専門員（ケアマネジャー）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「入院時支援加算」「入退院支援加算」「介護支援等連携指導料」「退院時共同指導料」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。

## 個人情報の取り扱い

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。

本シートの記入又は送付に当たっては、必ず本人又は家族の同意を得てください。

また、利用者本人及び家族等が見ることを前提に作成してください。

なお、関係機関に持参以外の方法（FAXや郵送等）で送付する際は、一旦利用者等の氏名や住所、電話番号などの欄を空欄にして送付した後、電話連絡し、送付先で氏名等を記入してもらう等の配慮が必要です。

運用に当たっては、「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に沿い、各自・各所属が責任を持って個人情報を取り扱ってください。

居宅介護支援等の契約時や入院時等において、今後の支援を見据えて、医療・介護関係者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方法もあります。

# 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。

## 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。

※A表は介護報酬の「入院時情報連携加算」の標準様式例を、B表は介護報酬の「退院・退所加算」の標準様式例を参考に作成しています。（この標準様式例は、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではないと通知されております。）

## ① 在宅（平時）

### 【介護支援専門員】

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、居宅介護支援の開始に当たり、利用者本人・家族に対し入院時に担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼します。

医療・介護連携の趣旨に基づき例えば、利用者本人・家族には、医療保険証や介護保険証等とA表の写しや担当介護支援専門員の名刺を一緒に保管しておくことを推奨します。

このほか、利用者の緊急入院等に備え、救急隊がすぐに持ち出せるような場所に保管しておく等、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。

利用者の身体機能等に変化があった場合には、その都度、直近の情報を記入してください。

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】

介護支援専門員は、利用者が入院した際、医療機関に最新の情報を記載した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。

※一般的に医療機関では、入院後3日以内にスクリーニングを行うため、介護支援専門員は、迅速に情報提供に努めましょう。

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」

### 【医療機関】

医療機関は、救急搬送等により入院をした方が介護保険サービス利用者であった場合は、遅くとも入院翌日には、担当介護支援専門員に連絡をしましょう。

また、本シートの情報を院内の関係者で共有しましょう。

### 【介護支援専門員、医療機関】

退院までの間、円滑に連絡調整を図るため、介護支援専門員と医療機関は、担当者の氏名や連絡先・連絡方法(手段や望ましい時間帯)等を確認し合い、控えておきましょう。

### 【介護報酬】○入院時情報連携加算

入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない) : 200単位

入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない) : 100単位

## ③ 転院時

### 【医療機関】

当該患者の転院時に、転院先にA表の写しを送付するよう努めましょう。その際は、患者・家族に同意を得た上で送付しましょう。

また、転院先には、診療情報提供書と共に送付する方法もあります。

## ④ 退院前

### 【医療機関】

医療機関は、退院の検討を始めた段階で、担当介護支援専門員に連絡をしましょう。

また、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た上で、介護支援専門員と協力しB表を記入するよう努めましょう。

記入した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の情報や退院後の外来診療の見込

## ⑤ 退院後

### 【介護支援専門員】

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。

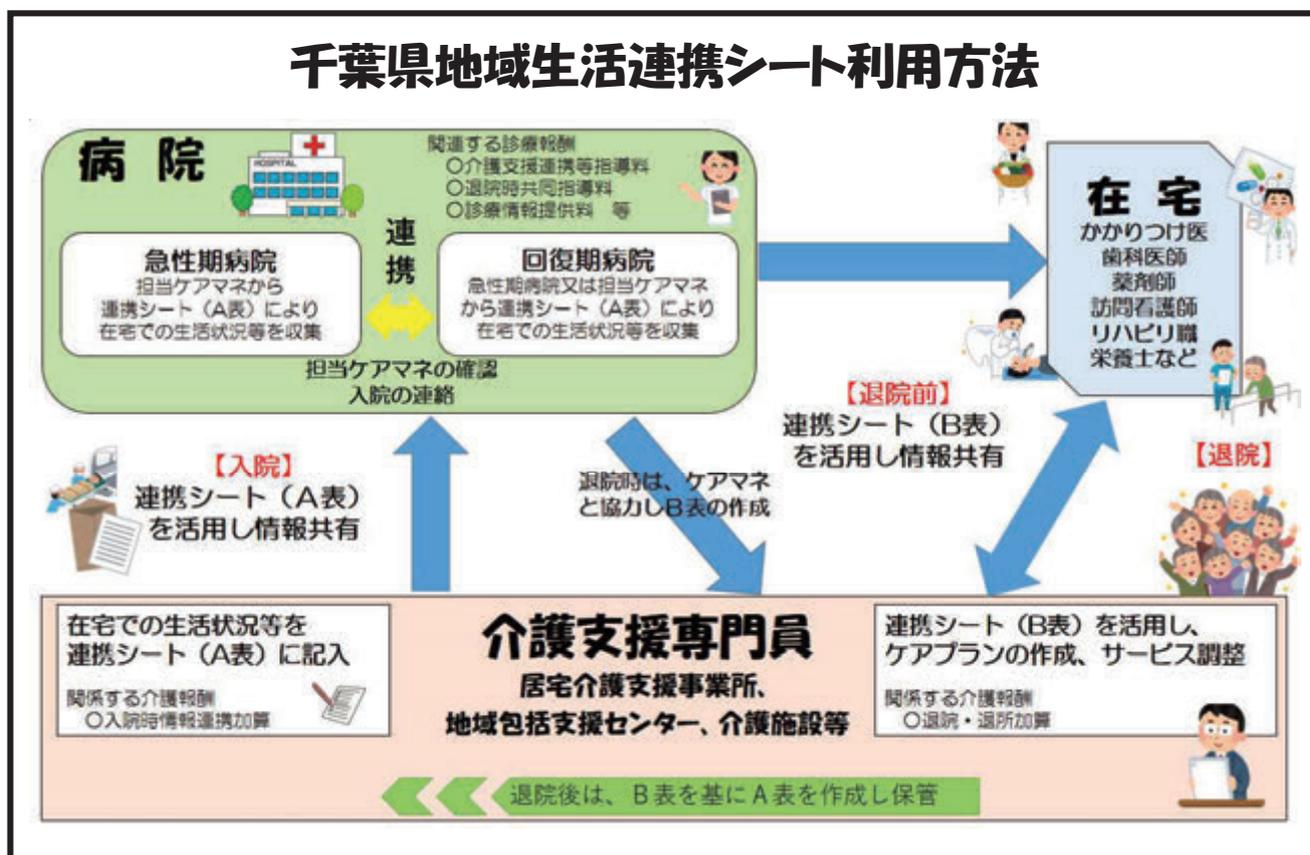
#### 【介護報酬】○退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
1回	450単位	600単位
2回	600単位	750単位
3回	×	900単位

【関連する診療報酬】※算定要件は、各自御確認ください。

- 入院時支援加算：200点
- 入退院支援加算1：一般病棟 600点 療養病棟 1,200点
- 入退院支援加算2：一般病棟 190点 療養病棟 635点
- 介護支援等連携指導料：400点（入院中2回に限る）
- 退院時共同指導料1：在宅療養支援診療所 1,500点 左記以外 900点
- 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）
- 退院前訪問指導料：580点
- 退院後訪問指導料：580点
- 診療情報提供料（I）：250点

## 千葉県地域生活連携シート利用方法



## 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。				
家族の介護力及び 特記事項 【A表、B表】	本シートは、利用者・家族が見ることを前提としていますので、家族や支援者等からの介護が見込めない場合や虐待の疑いがある場合等は、空欄とするか下記のように記載をした上で、口頭で送付先に伝えるようにしてください。 記載例) 生活困窮の場合 → 「経済的な調整が必要」 介護が見込めない場合や虐待の疑いがある時 → 「療養環境の調整が必要」				
療養・生活に関する 受け止め方・意向等 【A表、B表】	本人及び家族の療養・生活に関する受け止め方・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 意思表示 【A表、B表】	リビングウィルとは、人生の最終段階において自分自身が希望する医療・ケアについて意思表示ができなくなったときに備えてあらかじめ書面等で自分の意思を示しておくものです。本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、家族等の信頼できる者も含めて本人とかけつけ医等の医療・ケアチームによる話し合いが繰り返し行われることが重要です。なお、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。 (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> )				
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】	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。 (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。)				
受取者サイン 【A表】	受け取りのサインは必須ではありませんが、確認の意味でサインをすることが望ましいです。				
UDFの食事形態 【A表、B表】	日本介護食品協議会が策定した「UDF」自主規格は、以下となります。シートへの記載は、「容易にかめる」「歯ぐきでつぶせる」「舌でつぶせる」「かまなくてよい」から選択し記入してください。				
区分形状	容易にかめる	歯ぐきでつぶせる	舌でつぶせる	かまなくてよい	
かむ力の目安	かたいものや大きいものはやや食べづらい	かたいものや大きいものは食べづらい	細かくてやわらかければ食べられる	固形物は小さくても食べづらい	
飲み込む力の目安	普通に飲み込める	ものによっては飲み込みづらいことがある	水やお茶が飲み込みづらいことがある	水やお茶が飲み込みづらい	
物性規格	かたさ上限値 N/m <sup>2</sup>	5 × 10 <sup>5</sup>	5 × 10 <sup>4</sup>	ゾル 1 × 10 <sup>4</sup> ゲル 2 × 10 <sup>4</sup>	ゾル 3 × 10 <sup>3</sup> ゲル 5 × 10 <sup>3</sup>
	粘度下限値 mpa/s	—	—	ゾル 1500	ゾル 1500

## 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、ご自分の意思を整理して家族や代理人、医療者等に明確に示しておくことが重要です。リビングウィルとは、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。

千葉県医師会作成の「私のリビングウィル」は、事前の意思表示のための様式として平成 23 年度から多方面からのご意見をいただきながら毎年改訂し、普及、啓発に努めているものです。

もしものときのために、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。

千葉県医師会作成の「私のリビングウィル」は、この ACP の取組の前段階として、お元気な時から、自分らしい生き方を考え、自分らしい最期の迎え方について考えるきっかけを作り、尊厳を保ちながら自分らしく最期まで生き抜くための一助とし、あわせて認知症や人生の最終段階を迎えた人を受けとめられる地域づくり・町づくりに貢献することを目的としています。

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（P3）」に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（P4～8）」について

尊厳を保ちながら自分らしく最期まで生き抜くためには、自分らしさについて、周囲の人にわかりやすく伝えておくことが大切です。自分が一番幸せだった頃のことや、大切にしている心のよりどころ、そして死後の希望を示していただくことができるなら、医療や介護の現場で、その人を支える大きな助けになります。医療や介護の現場で、人生の最終段階を迎える人をより良く支えることを目的として、千葉県医師会では、「私のリビングウィル（P4～7）」および「あなたの自分史ノート」の作成を提案しています。「私のリビングウィル」と「あなたの自分史ノート」は、本会ホームページに掲載しておりますのでご参考ください

(<https://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/styles.html>)。

(平成 30 年改訂版)

## 「私のリビングウィル」—千葉県医師会作成— の記入の際しての説明書

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。

### 【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、末梢静脈及び皮下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と3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- (4) 代理人1は、P3の家族または代理人として署名した人とし、その人が対応できないときに頼む人を代理人2に記入してください。代理人2も対応できないときに頼む人が代理人3です。

2- (5) 該当する「□」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。

4は、医療・介護サービス関連のかかりつけ情報です。なじみの理容室・美容室などもご記入ください。

(平成30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

「私のリビングウィル(P2)」の説明書を読み、理解したうえで署名します。

本人署名 \_\_\_\_\_ ⑩ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_

家族または代理人署名 \_\_\_\_\_ ⑩ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

医療者署名 \_\_\_\_\_ ⑩ 職種 ( \_\_\_\_\_ )

※ 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。



(平成30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) 終末期の療養場所に関する希望です。( )内は入院・入所先の希望です。

- ① なるべく医療機関( )に入院したい。
- ② なるべく早く緩和ケア病棟( )に入院したい。
- ③ 自宅でぎりぎりまで療養して最期は医療機関( )に入院したい。
- ④ 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟( )に入院したい。
- ⑤ 自宅で最期まで療養したい。
- ⑥ 介護施設( )で療養したい。
- ⑦ その他( )

(2) 人生の最期の迎え方について

{ }

(3) 最期をそばで看取ってほしい人

{ }

(4) 私の治療やケアの方針について、自分で意思の決定や表明ができなくなった場合は、かかりつけ医等の医療や介護の専門家と私の家族や信頼する人たちがチームを作って話し合ってください。誰かが決めなくてはならない場合については、以下の代理人の意見を尊重してください。

	氏名	続柄	連絡先(電話番号)
代理人1	_____	_____	_____
代理人2	_____	_____	_____
代理人3	_____	_____	_____

(5) 私の日常生活を送る上で必要な身の回りのことや財産管理ができなくなった場合は、

(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。

(6) 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  
{ }

(7) 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)

{ }

(8) 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

{ }

(9) 夢やしたい事

{ }

(平成30年改訂版)

- (10) 大切な思い出、忘れられない思い出、幸せだった事や時期  
〔 〕
- (11) 信仰する宗教、大切にしたいこと、伝えたい自分の考え・思い・主張  
〔 〕
- (12) してほしくないこと  
〔 〕
- (13) 不安なこと  
〔 〕
- (14) 他に伝えておきたいこと  
〔 〕
- (15) 最期までに会っておきたい人

氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

### 3 私の死後の希望で、家族等に伝えておきたい事を記載します

- (1) お葬式への希望  有り  無し
- ①葬儀会社の互助会等に入会済みです  
 会社名 \_\_\_\_\_ 連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_
- ②会員ではありませんが、この葬儀会社をお願いしてください。  
 会社名 \_\_\_\_\_ 連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_
- ③宗教及び宗派に則ったお葬式をお願いします。  
 宗教及び宗派名 \_\_\_\_\_ 連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_
- ④葬儀の時に飾ってほしい写真について  
 用意済み  用意していない
- ⑤お通夜の衣装や身に着けてほしいもの・納棺してほしいもの・使ってほしい音楽や花等  
 〔 〕
- (2) お墓の希望  
 〔 〕
- (3) 残していくものについて（ペット・空き家・土地等）  
 〔 〕
- (4) 臓器提供意思表示について（臓器移植の意思の表明は、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（県市町村の窓口  
 （平成 30 年改訂版）

に置かれている)への記入が必要です。)

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。

2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。

3. 私は、臓器を提供しません。

(1. 又は2. を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、その臓器に×をつけてください。)

心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 膵臓 ・ 小腸 ・ 眼球

(5) 遺体を献体する事について(献体とは、亡くなってから大学病院に運ばれ、医学生が人体の構造を理解するために行われる人体解剖学実習に使われます。大学への搬送費用と火葬費用は献体する大学が負担します。)

献体します(大学医学部への献体登録の申込が必要です)。  献体しません。

#### 4 かかりつけ医療機関等

(1) かかりつけ医

医療機関名① \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

治療薬 \_\_\_\_\_

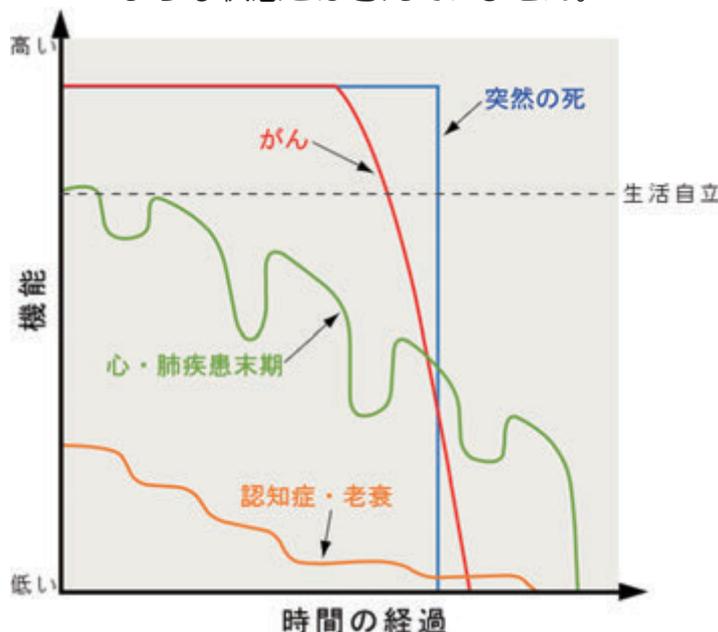
医療機関名② \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

治療薬 \_\_\_\_\_

下の図の中に、私の現在の病状がどの辺りにあると考えているかを示します。

私の現在の病状は深刻なものではなく、未だ下の図の中に示すことができるような状態とは考えていません。



Lunney JR, Lynn J, Hogan C: J Am Geriatr Soc. 2002;50:1108-1112 より

(2) かかりつけ歯科医

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

(3) かかりつけ薬剤師

薬局名 \_\_\_\_\_ 薬剤師名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

(平成 30 年改訂版)



Blank lined area for writing.

※ 各項目に記入が済んだ「私のリビングウィル」は、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 30 年改訂版)

## 千葉県医師会「私のリビングウィル」作成の手引き（医療職向け）

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す。リビングウィルとは、人生の最終段階において自分自身が希望する医療・ケアについて意思表示ができなくなったときに備えてあらかじめ書面等で自分の意思を示しておくものです。

もしものときのために、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。

千葉県医師会作成の「私のリビングウィル」は、このACPの取組の前段階として、お元気な時から、自分らしい生き方を考え、自分らしい最期の迎え方について考えるきっかけを作り、尊厳を保ちながら自分らしく最期まで生き抜くための一助とし、あわせて認知症や人生の最終段階を迎えた人を受けとめられる地域づくり・町づくりに貢献することを目的としています。

リビングウィルを作成するにあたっては、医療行為に対する正しい知識と理解が必要です。自身が医療職か、近親者が亡くなるときに延命治療の選択をした経験がないと具体的なイメージがつかめません。できるだけわかりやすく医療職から説明することが必要です。かかりつけ医をはじめとした医療職が本人と一緒に死に方をデザインすることがACPの第一段階です。

リビングウィルの作成は「終末期には一切の医療行為を行わない」ことを確認することが目的ではなく、「終末期には本人にとって利益（苦しみや痛みを取り除く）のある医療は行い、負担になるだけの医療はできるだけ開始しないようにする」ことが目的です。

また、医療職は医療行為を行っても行わなくても亡くなるまでの居場所と死に場所を考え、死に向けて本人や家族が不安にならないように最期までかかわる、あるいは多機関、多職種と連携することを約束する必要があります。

以下にリビングウィルを作成するにあたって、医療職が心がけることと説明すべき点について記載します。自験例などをふまえながら高い倫理観と専門性をもって、より実用的なリビングウィル作成のお手伝いをしましょう。

### 1) リビングウィルを作成するにあたり医療職が気を付けること

- ・本人に意思決定をする能力があるかを確認する（認知機能が著しく低下した状態、またはうつ状態などの精神症状がないかなど）。
- ・本人の意思を尊重し、医療職が誘導しすぎないよう心掛ける。

- ・健康であれば一定期間ごとに、病気やけがをした場合は必要に応じて確認する。
- ・できれば最期を迎える場所、それまで療養する場所について具体的に一緒に考える（医療資源（往診や入院）、施設の対応力、死亡時の対応、費用など）。

## 2) 医療行為の説明について

- ・あくまでも回復の見込めない場合の医療行為の希望であって、延命を目的とした医療処置を希望しない場合でも、一切の医療行為を行わないというわけではないことを伝える（苦痛を取り除くなど本人の利益になる治療は行うなど）。
- ・中心静脈栄養法（IVH）や経管栄養法（胃ろうによるものを含む）、人工呼吸器装着などを希望した場合は、その予後と療養場所について説明する。中心静脈栄養法（IVH）や経管栄養法（胃ろうによるものを含む）を行っていても自宅でも療養可能なことを伝える。
- ・心臓マッサージなどによる骨折等の身体への侵襲や、状態や経過時間による救命の可能性について説明する。
- ・末梢点滴のみで数か月延命することはあるが、衰弱が徐々に進み全身に浮腫が起こる可能性、血管確保が困難になると頻回に針を刺さなければならないことなどについて説明する。

## 3) 終末期の療養場所に関する希望について

- ・急性期の医療機関は医療行為を目的とした入院になるので最低でも末梢点滴程度の医療を受けなければならない。また、長期入院もできない。
- ・緩和ケア病棟はがん患者のための病棟で非がんの入院はできない。また長期の入院もできない。
- ・介護施設では長期入所については看取りの対応をしてくれる施設もあるが、ショートステイではほぼ看取りの対応はしてもらえない。
- ・インスリン注射や経管栄養、痰の吸引などの医療行為が必要な場合、対応してもらえる施設は限られている。
- ・自宅看取りにおいては、24時間連絡可能な在宅医療を実施するかかりつけ医および訪問看護師の確保が必要である。
- ・終末期の病態・環境によって、その人が療養する最適な場所は変わりうるし、気持ちも変わりうる。決めたからと言って、そこに固執する必要はないということも念頭に置きながら説明する。

# 千葉県脳卒中等連携の会 CAMP-S 参加証

## 第 10 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 ～生活の支援と再建～」  
日 時 平成 31 年 2 月 17 日（日）9：50～16：30（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

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（退院困難事例）／薬剤師／入退院支援  
看護職／リハビリテーション職／医療ソーシャルワーカー／栄養士／歯科医師

（敬称略）

#### 【第二部】

〔講演〕

「連携の会について ～これまでの 10 年の軌跡～」

千葉県医師会入退院時支援推進委員会委員長 古口 徳雄

〔特別講演〕

「地域包括ケアの深化にかかる医療介護連携 ～QOL から QOD へ～」

日本慢性期医療協会副会長／福井県医師会副会長 池端 幸彦

〔シンポジウム〕

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

- ・香取郡市医師会
- ・千葉市医師会
- ・印旛市郡医師会
- ・松戸市医師会
- ・市川市医師会

〔分科会報告〕

- (1) 看護職分科会
- (2) 栄養士分科会
- (3) 薬剤師分科会
- (4) 医療ソーシャルワーカー分科会
- (5) リハビリテーション職分科会
- (6) 歯科医師分科会
- (7) 入退院支援分科会

〔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 31 年 2 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 12 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
千葉みなとり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	城東桐和会 浦安病院	印西総合病院
平山病院	アクアリハビリテーション病院	千葉白井病院
おゆみの中央病院	袖ヶ浦さつき台病院	成田富里徳洲会病院
千葉県千葉リハビリテーションセンター	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
千葉南病院	メディカルプラザ平和台病院	九十九里病院
千葉中央メディカルセンター	北柏リハビリ総合病院	高根病院
みつわ台総合病院	千葉・柏リハビリテーション病院	山之内病院
市川市リハビリテーション病院	千葉愛友会記念病院	亀田リハビリテーション病院
大野中央病院	東葛病院	館山病院
国際医療福祉大学市川病院	流山中央病院	五井病院
津田沼中央総合病院	野田病院	白金整形外科病院
東京湾岸リハビリテーション病院	旭神経内科リハビリテーション病院	リハビリテーション病院さらしな
習志野第一病院	五香病院	東京さくら病院
下総病院	東松戸病院	
セコメディック病院	松戸リハビリテーション病院	
千葉徳洲会病院	成田病院	
東船橋病院	成田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		
船橋総合病院		



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

---