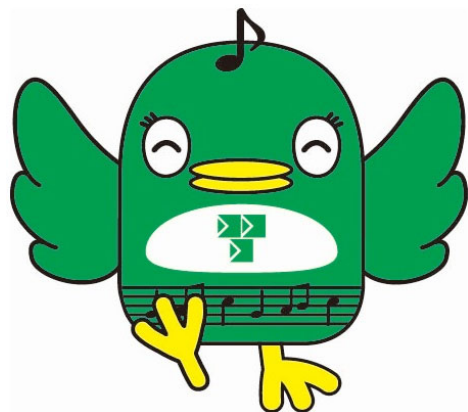


令和元年度
病院と地域で切れ目のない支援を行うための
入退院支援事業



習 志 野 市



習志野市医師会

公衆衛生担当理事 梶本 俊一

はじめに

平成29年設立の習志野在宅医療・介護連携ネットワーク
(あじさいネット)で多職種間の関係性構築あり

あじさいネットを基本として入退院支援事業への参入を決定



あじさいネットワーク

正式名称：習志野在宅医療・介護連携ネットワーク

【目的】

医療と介護の顔の見える関係と連携強化

- 多職種研修会年2回、連絡窓口をひとつにできる

習志野市の在宅医療の質向上・住民啓発

- 市民シンポジウム、地域住民向け講習会

各団体の研修会管理・人材育成

- 地域ケア会議、訪看研修会、ケアマネ勉強会etc
- 研修会を一元管理することでどの職種にどんな研修が必要かみえてくる。



あじさいネットワーク

正式名称：習志野在宅医療・介護連携ネットワーク

代 表：豊崎哲也医師会長

副代表：栗原弘章歯科医師会長

【構成団体】

1. 習志野市医師会
2. 習志野市歯科医師会
3. 習志野市薬剤師会
4. 習志野市訪問看護協会
5. 習志野市高齢者相談センター
6. 習志野連携の会（病院ソーシャルワーカー）
7. 習志野市健康福祉センター（保健所）
8. 習志野市ケアマネージャー連絡会
9. 習志野市高齢者支援課



在宅医療・介護連携ネットワーク（案）（仮称あじさいネットワーク）

役員等

- 会長 ㊦
- 副会長 ㊦
- 事務局 ㊦

㊦

※会長（1名）は、会員団体の互選により定める。㊦

※副会長（若干名）は、会長が指名。㊦

※事務局は市とする。㊦

構成団体

- 習志野市医師会 ㊦
- 習志野市歯科医師会 ㊦
- 習志野市薬剤師会 ㊦
- 習志野市訪問看護協議会 ㊦
- 習志野連携の会（病院MSW） ㊦
- 習志野健康福祉センター（保健所） ㊦
- 習志野市 ㊦
- 習志野市ケアマネ連絡会（仮） ㊦
- 習志野市高齢者相談センター運営法人（代表して1法人） ㊦

（協議・検討事項） 所掌事務

- ①在宅医療・介護連携の課題の抽出及び対応策に関すること。㊦
- ②在宅医療・介護に係る機関等の連携体制の構築及び情報共有に関すること。㊦
⇒多職種連携研修の企画・運営、ICTの運用に関する検討 ㊦
- ③在宅医療・介護に関する資源の把握及び地域住民への普及啓発に関すること。㊦
⇒在宅医療・介護ガイドの検討・作成 ㊦
- ④その他、在宅医療・介護連携に関して必要な事業の実施に関すること ㊦
⇒在宅医療・介護総合相談窓口 ㊦

医師会より病院、職能団体、 行政へ委員推薦依頼

令和元年11月19日

関係各位

沼田市医師会
会 長 豊崎啓也
公衆衛生担当理事 橋本俊一

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
平素より本会運営につきましては、多大なご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、本会は千葉県から千葉県医師会への委託事業「入退院支援の仕組みづくり」のモデル地域として選定されました。
既存の退院支援ルールや千葉県地域生活支援シート等を活用した、沼田市独自の入退院時のルールづくりを通じて、
入退院時における患者情報共有の円滑化と効率化を目指した当該事業を進めてまいります。
つきましては、ご多用中誠に恐縮ですが、貴会から委員のご推薦を頂き、下記日程でご出席下さいますと幸いです。
なお可能であれば、各病院については、医師、看護師、退院調整部門より各1名、団体については1名のご推薦をお願いします。

配

日時:令和元年12月3日(火) 午後7時30分～
場所:沼田市保健会棟 1階 検診室

沼田市医師会 (FAX452-6010) 行

入退院支援事業準備委員会委員 推薦書

所 属 _____

12/3 出欠

ご 氏 名 _____ (役 職 _____ 職 種 _____) 出席・欠席 _____

ご 氏 名 _____ (役 職 _____ 職 種 _____) 出席・欠席 _____

ご 氏 名 _____ (役 職 _____ 職 種 _____) 出席・欠席 _____

第1回入退院支援会議 ～キックオフミーティング～

令和元年10月30日 19:30～ 習志野市役所会議室

出席者24名

県医師会理事松岡かおり先生による事業の概要説明

各委員の自己紹介

入退院支援事業に協力することを全会一致で確認



入退院支援の仕組みづくりの実践について

(松岡かおり先生の発表スライドより)

【検討内容】

- ①既存のモデル地区のルールを活用したり、当地域にもともとあるルールを活用し、実践検証を行う。
- ②病院、多職種で地域における課題を抽出する。
- ③課題を解決するために、入退院時の仕組みづくりを行う。全疾患対象。
- ④第11回脳卒中等連携の会(令和2年2月16日(日))で進捗状況発表。



第1回 入退院支援推進会議

千葉県医師会	医師	理事	松岡かおり
千葉県済生会習志野病院		福祉相談室長	村田智美
千葉県済生会習志野病院	看護師	退院調整看護師長	古川真智子
津田沼中央総合病院	MSW	医療福祉部総合相談室科長	竹内貴子
東京湾岸リハビリテーション病院	医師	院長	近藤国嗣
東京湾岸リハビリテーション病院	看護師	病棟看護師長	中西まゆみ
東京湾岸リハビリテーション病院		医療連携室	津川恭平
習志野市医師会	医師	理事	梶本俊一
習志野市ケアマネ連絡会	ケアマネージャー	会長	荒木時元
習志野市歯科医師会	歯科医師	会長	栗原弘章
習志野市訪問看護協会	看護師	会長	加藤晴子
習志野市薬剤師会	薬剤師	会長	楯方絢子
習志野市役所高齢者支援課	保健師		中村晴美
習志野市役所高齢者支援課	保健師		伊藤千佳子
習志野第一病院	医師	院長	三橋繁
習志野第一病院	MSW	MSW	加藤享子
谷津高齢者相談センター		センター長	小川恭子
東習志野高齢者相談センター	ケアマネージャー	センター長	脇本るみ
谷津保健病院	医師	副院長	須藤真児
谷津保健病院	MSW	地域医療部主任	佐藤宏信
谷津保健病院	事務	地域医療部主任	田村典子
谷津保健病院	看護師	看護部長	鶴崎美優希

第2回入退院支援推進会議

令和元年12月3日 19:30～ 習志野市保健会館検診室

出席者27名

委員会の名称「ならしの入退院支援推進委員会」

事業目的

- 習志野市における入退院の仕組みづくりを構築
- 入院時から退院時、退院後の在宅医療における多職種連携を推進

事業内容

- 入退院時のルールづくり
- 千葉県地域生活連携シートの活用の検討

事業の進め方

- グループワークを取り入れ、グループで検討された内容を全委員で共有し検討

第2回入退院支援推進会議


千葉県医師会	理事	医師	松岡かおり
千葉県済生会習志野病院	副院長	医師	上司郁男
千葉県済生会習志野病院	看護師長	看護師	古川真智子
千葉県済生会習志野病院	福祉相談室長	社会福祉士	村田智美
津田沼中央総合病院	副院長	医師	砂田荘一
津田沼中央総合病院	主任	看護師	寺林佳世子
津田沼中央総合病院	科長	MSW	竹内貴子
東京湾岸リハビリテーション病院	院長	医師	近藤国嗣
東京湾岸リハビリテーション病院	2F病棟師長	看護師	中西まゆみ
東京湾岸リハビリテーション病院	医療連携課課長代理	事務	津川恭平
習志野市医師会	理事	医師	梶本俊一
習志野市ケアマネ連絡会	会長	ケアマネージャー	荒木時元
習志野市ケアマネ連絡会	事務局	ケアマネージャー	広野義明
習志野市ケアマネ連絡会	事務局	ケアマネージャー	大川洋司
習志野市歯科医師会	会長	歯科医師	栗原弘章
済生会習志野訪問看護ステーション	所長	看護師	加藤晴子
習志野市薬剤師会	理事	薬剤師	武田未佳
習志野市役所高齢者支援課	主幹	保健師	中村晴美
習志野市役所高齢者支援課	係長	保健師	伊藤千佳子
習志野第一病院	院長	医師	三橋繁
習志野第一病院		看護師	浅田悠
習志野第一病院		MSW	加藤享子
谷津高齢者相談センター	所長	主任ケアマネージャー	小川恭子
東習志野高齢者相談センター	所長	主任ケアマネージャー	脇本るみ
谷津保健病院	副院長	医師	須藤真児
谷津保健病院	看護部長	看護師	鶴崎美優希
谷津保健病院	主任	医療事務	田村典子
谷津保健病院	主任	MSW	佐藤宏信
習志野市介護保険課	係長	主任ケアマネージャー	松本恵美

第3回入退院支援推進会議

令和2年1月21日 19:30～ 習志野市保健会館検診室

出席者26名

議題

- 各病院から入退院時の流れについて説明
 - 退院時連携シートの様式について説明
 - 退院時連携シートについての今後の扱い
- 

第3回入退院支援推進会議

千葉県医師会	理事	医師	松岡かおり
千葉県済生会習志野病院	副院長	医師	田邊 信宏
千葉県済生会習志野病院	看護師長	看護師	古川真智子
千葉県済生会習志野病院	福祉相談室長	社会福祉士	村田智美
津田沼中央総合病院	副院長	医師	砂田荘一
津田沼中央総合病院	主任	看護師	寺林佳世子
津田沼中央総合病院	科長	MSW	竹内貴子
東京湾岸リハビリテーション病院	院長	医師	近藤国嗣
東京湾岸リハビリテーション病院	2F病棟師長	看護師	中西まゆみ
東京湾岸リハビリテーション病院	医療連携課課長代理	事務	津川恭平
習志野市医師会	理事	医師	梶本俊一
習志野市ケアマネ連絡会	会長	ケアマネージャー	荒木時元
習志野市ケアマネ連絡会	事務局	ケアマネージャー	広野義明
習志野市ケアマネ連絡会	事務局	ケアマネージャー	大川洋司
習志野市歯科医師会	会長	歯科医師	栗原弘章
済生会習志野訪問看護ステーション	所長	看護師	加藤晴子
習志野市薬剤師会	理事	薬剤師	武田未佳
習志野市役所高齢者支援課	主幹	保健師	中村晴美
習志野市役所高齢者支援課	係長	保健師	伊藤千佳子
習志野第一病院	院長	医師	三橋繁
習志野第一病院		看護師	浅田悠
習志野第一病院		MSW	加藤享子
谷津高齢者相談センター	所長	主任ケアマネージャー	小川恭子
東習志野高齢者相談センター	所長	主任ケアマネージャー	脇本るみ
谷津保健病院	副院長	医師	須藤真児
谷津保健病院	看護部長	看護師	鶴崎美優希
谷津保健病院	主任	医療事務	田村典子
谷津保健病院	主任	MSW	佐藤宏信
習志野市介護保険課	係長	介護福祉士	松本恵美

谷津保健病院

入院1週間以内に退院支援計画書作成

退院目標日が延びた場合は再度計画書を作成

ケアマネがいる場合は連絡をしている。

ケアマネが連携シートA表を提出した場合はB表を出すよう心掛けている。

急性期病院なので記載が間に合わないことがある。



医療法人社団 保健会

谷津保健病院

済生会習志野病院

ケアマネ、訪問看護ステーションに渡している。

入院時1週間以内にカンファレンス実施。

自宅に戻る場合は、入退院調整看護師が担当。施設や病院へ転院の場合はMSWが担当している。本人・家族の意向が変わった時は連携をしている。



津田沼中央総合病院

入院が決定したら、外来又は病棟看護師を連携し、本人・家族と面接。
退院困難な人のスクリーニングを実施。

病棟で次の日カンファレンスを行い、スクリーニングに抜けがないか等
確認をする。

退院指導計画書を作成し、本人・家族に説明

退院が決まったら、ケアマネに連絡をする。

ケアマネからの入院時の情報提供は活用をしている。

電子カルテのため、B表は使用していない



医療法人社団愛友会

津田沼中央総合病院

Tsudanuma Central General Hospital

東京湾岸リハビリテーション病院

1週間以内に計画書の作成

B表及び退院時看護記録を渡す。

ADL、福祉用具、介護度、介護力等細かに記載するようにしている。



習志野第一病院

入院時、スクリーニングをし、退院支援計画書が必要な人にサマリーを渡す。

急性期のため、患者の回転がはやい。

ケアマネの介入がある場合は、ケアマネからの情報提供(A表)は活用している。



社会医療法人社団 菊田会
習志野第一病院

意見交換

①連携シート(サマリー)をわたす対象者はどのような人か？

→各病院とも地域と関係のある人(ケアマネ、訪問看護、在宅診療等)

②ケアマネが必要な情報は？

→B表は退院時に必要な情報が網羅されている。

サマリーは病院により内容の違いがあり、欲しい情報がないことがある。

③ケアマネとしては、B表を退院前カンファレンスの時に参加メンバーで作成されると良い。

意見交換

④サマリーをB表に変更が可能か？

→難しい(谷津保健、津田沼中央、済生会)

理由:電子カルテのため、不可能(サマリーの型は変更できない)

急性期のため、細かなところまで聞き取りができない(全て埋めることができない)。

電子カルテから反映できないため手書きとなる(手間)

システム改修は費用の問題等ある。

→可能(習志野第一病院)システム改修中のため

⑤B表は病院の思いが伝わらない。

訪問看護担当者に在宅で伝えたいポイントを主張しにくい。

意見交換

⑥脳卒中パスは、相手の欲しい情報を渡すこととしている。在宅で欲しい内容・情報量の最大がB表である。

⑦マンパワーの不足等で退院前カンファレンスができない場合がある。

⑧退院前カンファレンスがない人で、在宅で支援が必要な人が3割から4割いると言われている。ケアマネよりこのような方の情報を得ることで、病院のスクリーニングに役立てることができないか。

⑨新規の人の情報をどうするのか。介護保険申請した時、地域の誰に連絡をするのか？

→ケアマネ、高齢者相談センター(地域包括支援センター)

⑩要支援、要介護認定では、サービス内容が違う。認定のグレーゾーンの方は退院時誰に繋げるのか。ルールづくりが必要。

⑪急性期病棟では、在宅生活のイメージが難しい。

第3回入退院支援推進会議

退院時連携シートについて

B表を既に使用している医療機関

**千葉県地域生活連携シートB票を
原則として退院時に活用していく**

病院独自のサマリーを使用している医療機関は、退院前カンファレンスを開催し、カンファレンス時にB表を作成(ケアマネージャー介入)

谷津保健病院、済生会習志野病院、津田沼中央総合病院



第4回入退院支援推進会議(予定)

日時:令和2年3月10日 19:30~ 習志野市保健会館検診室

議題

(1)地域(受ける立場)からの課題の整理

- ・訪問診療医
- ・かかりつけ医
- ・ケアマネ
- ・訪問看護師
- ・高齢者相談センター
- ・介護保険課 認定係

(2)退院前カンファレンスを増やすための取組み

第11回 千葉県脳卒中等連携の会

令和元年度 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

令和2年2月16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した
- ・解決するために交流会を開催し地域ルールを策定した

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

平成30年度の取り組み

急性期病態の患者の地域連携におけるルール

要介護者の受診負担の軽減

- ・ストレッチャーで移動する患者等の受診時には、地域連携室が事前に受付を済ませておくサービスを受けられる
- ・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はっきりしない場合

地域連携室が複数科受診など必要な院内調整を行う

診療情報の迅速な共有

- ・在宅療養支援診療所等が緊急受診を依頼する場合、責任を持って病院に事前連絡して情報提供する
- ・診療情報提供書は翌日までに送付する

令和元年度の取り組み

- ・在宅医療と後方支援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からのヒアリング
- 患者を受ける側として4つの後方支援病院の院長にインタビュー

交流会

- 後方支援病院から各院の機能や受け入れ体制について説明
- 抽出された課題を解決するための公開討論

地域ルール

- 各院や医師会在宅ケア委員会で議論
- 関連する職能団体(MSW・ケアマネジャー)と協働

抽出された課題

医師会員ヒアリングから抽出された課題

- ・ 後方支援病院の機能がわからない
- ・ 後方支援病院の対象となるサブキュートの入院適否や相談手順がわからない

後方支援病院院長インタビューから抽出された課題

- ・ 後方支援病院では、17時頃に検査部の業務が終了する
それまでに入院時検査が済むように、在宅の現場で検査・診断で粘らず、余裕のあるタイミングで紹介してほしい
- ・ 退院に向けてのゴール設定、希望する検査、治療方針に関する合意事項、これまでに表明された意思について情報提供してほしい
- ・ 生活に関する情報や介護サービスの利用状況、退院に向けて課題となる事項（家族・すまい・経済的事由など）について情報提供してほしい
（千葉県地域生活連携支援シートの迅速な提出）

サブアキュートの定義

サブアキュート

- ・ 在宅療養中の患者が、症状が悪くなったり、感染症などを発症して、医療や介護の需要が高まっているが、急性期病院に入院するほどではない状態。
- ・ 後方支援病院への入院、在宅での治療継続、介護ショートステイの利用など、様々な選択肢がある。

ポストアキュート

- ・ 急性期経過後に引き続き入院加療を要する状態。

後方支援病院との連携についての交流会

日時 令和元年12月13日 19時から21時
場所 松戸市衛生会館 大会議室
対象 医療介護に従事し後方支援病院連携に関わる全ての職種

職種	人数
医師	15
歯科医師	6
看護師	7
薬剤師	3
医療ソーシャルワーカー	13
事務	6
ケアマネジャー	19
その他	6
合計	75



後方支援病院との連携についての交流会

1 後方支援病院から機能や受け入れ体制の説明

- 常盤平中央病院 院長 鈴木毅 先生
- 五香病院 院長 石黒陽 先生
- 東松戸病院 院長 木村亮 先生
- 三和病院 院長 高林克日己 先生

2 後方支援病院の院長による討議

サブアキュート病態の地域における連携について

後方支援病院から機能や受け入れ体制の説明

- 1 病院の機能紹介
 - ・病床説明
 - 医療療養型・地域包括ケア・緩和ケア・一般
 - ・得意な診療領域
- 2 通常入院の手順
 - 連絡先 相談する職種 必要書類
- 3 救急搬送の受け入れ可否とその手順
- 4 千葉県地域生活連携シートの運用について
受付窓口

常盤平中央病院

常盤平中央病院の基本データ

- ・医療療養病棟(20対1看護)
- ・患者サポート体制
- ・がん性疼痛緩和 management
- ・運動器リハビリ(Ⅲ)
- ・在宅療養支援病院(2)
- ◆病床数：54床
- ◆訪問診療患者数：約 290名
- ・医療安全対策2
- ・認知症ケア2
- ・がん治療連携
- ・CT撮影
- ・在宅復帰機能強化
- ◆外来患者数：約150名/日



常盤平中央病院の病床機能

《ポストアキュート・サブアキュート受入実績》
 ポストアキュート受入実績
 依頼があれば、急性期経過後で引き続き入院加療を要する亜急性期の方を受け入れることがある

サブアキュート受入実績
 急性期入院加療までは必要としないが在宅等で症状の急性増悪した状態の方について、事前に病状等を把握できていて、本人・家族が当院の機能をご理解頂けた場合に受け入れている

* 本人・家族が療養病床の機能について理解していないケースが多いため、事前の説明が必要

常盤平中央病院の病床機能

《医療療養型病床の定義》
 主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの

基本的には 慢性期患者の受入れ



紹介手順について

- ①相談員に連絡
 - ・患者様の具体的な状態等を伝える
 - ・準備ができていれば、診療情報提供書・看護サマリ・検査データをFAXする
 - ②相談員が担当医に確認し回答する
 - ③ご家族に当院の内容を説明し了解を得る
 - ④入院日時を調整する（ベット状況等の確認）
- * 時間外対応・・・軽症で受診歴ある方のみ
 相談員がいる場合のみ

常盤平中央病院の病床機能

《療養病床における医療区分》
 [医療区分3]：中心静脈栄養、24時間持続点滴、人工呼吸器使用、発熱を伴う場合の気管切開、酸素療法を必要とする状態など

[医療区分2]：パーキンソン病等難病患者、疼痛コントロールが必要ながん患者、褥瘡処置が必要、運動器リハビリテーションが必要、喀痰吸引が必要な患者など

[医療区分1]：医療区分2、3に該当しない者

* 詳細については相談員にご確認ください。

緊急受け入れについて

当院では、
 受診歴のある方で、当院の機能についてご理解頂けた方について、緊急受け入れをすることがある

* 具体的な内容については相談員にご確認ください



五香病院

施設概要

五香病院では地域医療に貢献するため、サブ・アキュート、ポスト・アキュートに特化していきます。

平成26年 4月 回復期リハビリテーション病棟を開棟
平成27年12月 地域包括ケア病床 認可

病棟の基準を変更し従来の病棟機能を維持しつつ
地域包括ケアシステムに特化していくこととしました。

急性期一般病棟	34床
地域包括ケア病床	24床
回復期リハビリテーション病棟	60床



地域包括ケア病床

ポスト・アキュート

一般病棟(他の急性期病院等)での病気やけがの治療は終了したものの、すぐにご自宅へ帰ったり、施設等へ入るには不安のある患者様に、療養を継続しながら『在宅復帰に向けた準備を整える』ための治療をおこないます



サブ・アキュート

施設や自宅などの往診先で入院が必要と判断した時に入院を受け入れます。緊急時やレスパイト入院などを含め、主治医である診療所の先生方の紹介で患者様を何時でもお受けする体制があります

受入れ状況

経管栄養(胃ろう・腸ろう・経鼻)・ステマ・尿バルーン
インスリン・在宅酸素・気管切開(人工呼吸器)
がん性疼痛・VH・CVポート・褥瘡
認知症(自傷他傷行為のある場合は不可)
硬膜外麻酔(エピドゥラ)

※人工透析患者様は、お受けできません。

※感染症の患者様は、要相談とさせていただきます。



紹介頂く手順

初めに

地域医療連携室に電話にて連絡をお願いします。

次に

診療情報提供書や地域連携シートなど文書をFAX等で送信して下さい。
担当医師にて病棟決定と受け入れ可否判定致します。
(レスパイト入院も同様の手順です)

緊急時

緊急時は随時受け入れを行っております。
地域連携室に電話で相談をお願いします。
口頭での相談も可能です。
担当医師にて病棟決定と受け入れ可否判定致します。

地域医療連携室 直通

電話番号 047-387-8100
FAX番号 047-387-8222

時間 月曜から金曜日 午前9時00分～午後5時00分
土曜日 午前9時00分～午前12時00分

在宅患者、施設様、他院急性期病院様や地域包括センター様や在宅のケアマネージャー様からの紹介など幅広く入院をお受けいたします。

その他 施設の特徴

得意な診療領域

一般急性期、地域包括ケア病床、回復期リハビリテーション病棟と3種類の病棟を有しているケアミックス病院です。

亜急性期領域の患者様の急変時など幅広い診療を提供できます。
同時に在宅にお戻りになった際にも訪問リハビリ等を利用して頂きフォローを行えます。

救急告示病院のため在宅療養している患者様も主治医の先生方の紹介で患者様を何時でも受け入れる体制があります。

看護体制

入院基本料一般急性期 10対1
回復期リハビリテーション病棟 13対1



東松戸病院

病院概要

◎稼動病床数 162床

一般病棟	48床
地域包括ケア病棟	60床
回復期リハビリテーション病棟	34床
緩和ケア病棟	20床

◎併設施設

介護老人保健施設「梨香苑」	50床
東松戸訪問看護ステーション	

入院・転院相談

一般病棟・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟

TEL：047-391-5500（代表）

＜受付時間＞
月曜日～金曜日
8：30～17：00

↓
「保健福祉医療室」宛て
「転院・入院相談」と交換手に伝えて下さい

FAX：047-391-0288（保健福祉医療室直通）

↓
診療情報提供書・検査データ・
看護サマリーなど送付ください

緩和ケア病棟

20床

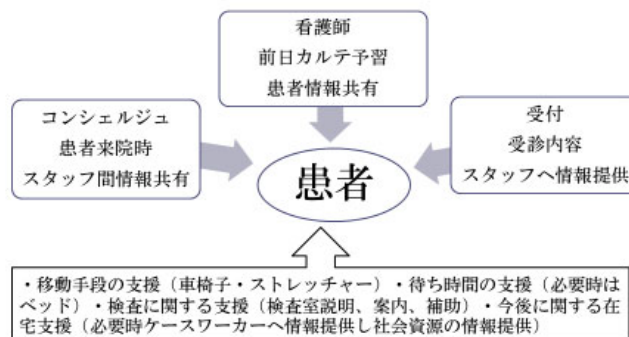
看護基準 7：1

平均在院日数 30日未満（直近1年間）

在宅復帰率 15%以上（直近1年間）

- ・がんを治すための治療が難しくなった方や、それらの治療を希望されないがん患者さんが対象
- ・痛みをはじめとする辛い身体の症状や心の辛さを和らげます
- ・面会や付き添いはいつでも可能

要介護者外来通院の支援体制について



千葉県地域生活連携シートの運用について

介護保険を利用されている患者さんのケアマネージャーへ「千葉県地域生活連携シートA表」のFAXもしくは持参を依頼

窓口：保健福祉医療室（MSW）

→主治医や病棟看護師にも引き継ぎ情報共有

三和病院

三和病院の特徴



(乳腺の専門病院+地域住民のための亜急性期病院)のハイブリッド病院

①50床の急性期病院 一般病床(7:1 10:1 13: 15:1)

救急病院ではない 三次救急の適応のない入院患者
内科:糖尿病、内分泌・代謝、リウマチ・膠原病、消化器、呼吸器
総合内科、老年科、在宅診療
内科入院 25床 うち地域包括6床
在宅医療、特養の患者、三次救急から

- ②サブアキュート、ポストアキュートが25床中15床前後
- ③受付はMSW経由 あるいは直接どうぞ
- ④認知症患者 ストレッチャー・車椅子、どれでも受け入れ可能
- ⑤内科一般 圧迫骨折やレスパイトも
- ⑥看護体制 10:1

これからは亜急性期病院！



高齢者のための救急病院 (とことんでなくそこそこの医療の人に)
急性期ではできない、患者の今後の生活設計の手伝い
在宅医療(居宅・サ高住・特養)のための母艦的病院



在宅医療は当院の重要な柱の一つ



外来 入院 在宅の一貫した医療を実現

看取り重視だが、必要があればいつでも入院可能

12月から医師3名体制

特養との密接な関係



週 1-2回の回診と随時往診
バイタルリンクによる緊密な連携
看取り・入院・転送



三和病院の救急時の対応



当院は救急病院ではありません

夜間は十分な検査や治療ができません



【例外】120番対応

「とことん」でなく「そこそこ、それなり」の医療を提供

当院の在宅医療の患者さんが主体

上記条件を理解して
前もってかかりつけとして登録していただいた方



後方支援病院の院長による討議

シンポジウムにおける全体討議

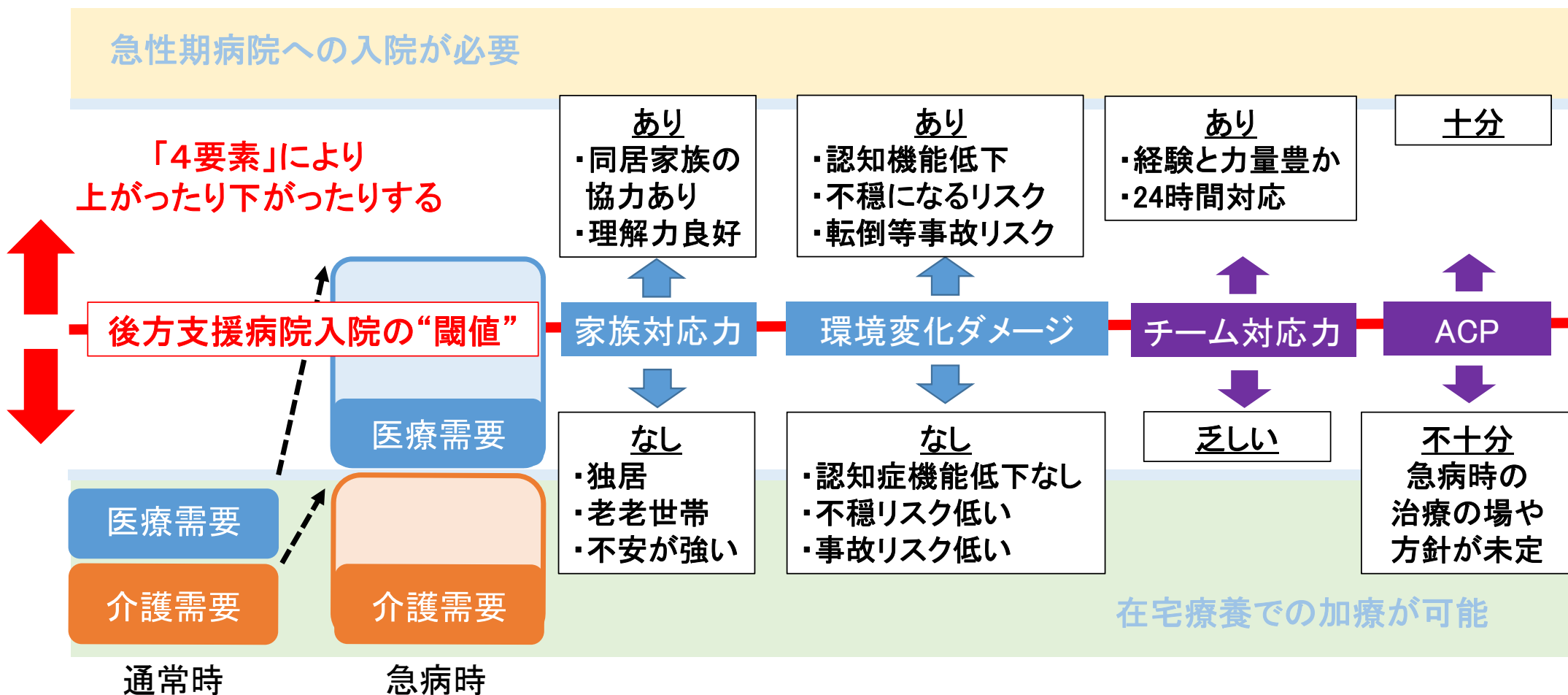
サブアキュート病態の場合、後方支援病院入院か在宅治療継続を考慮する

入院閾値は家族対応力、環境変化適応力、チーム対応力、意思決定支援の4要素によって変動する(ことを考慮し、総合的に関係者全員で勘案すべき)

急性期病院入院を回避することで、入院関連機能障害や望まない医療の実施などのリスクを低減できる

サブアキュート病態における後方支援病院への入院適応

医療と介護の需要増が、4要素により決まる閾値を超えるか超えないか



閾値は変動することを考慮し、総合的に関係者全員で勘案すべき

討議での共有事項を地域ルール化

サブアキュート病態の患者の地域連携におけるルール

後方支援病院への入院適応

医療と介護の需要増と家族対応力、環境変化適応力、チーム対応力、意思決定支援の実施状況の4つの要素を考慮しながら、関係者全員で考える

後方支援病院はサブアキュートの入院について前向きに対応

- ・平日日中15時までに相談する
- ・夜間土日の場合には在宅で治療を開始し、経過に応じて適切な療養場所について検討する

診療情報の共有

患者が抱える課題や退院のゴール、希望する検査治療、すでに合意している治療ケア方針等を情報提供する

令和元年度の取り組み

- ・在宅医療と後方支援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を策定をした

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

病院と地域で切れ目ない支援を行うための 入退院時支援事業報告

—病院と在宅の連携強化—

柏市医師会
古田達之



病院と在宅の連携強化

地域包括ケアシステム研修会①（平成29年度）

目的

柏市における在宅医療体制強化の取組について
病院関係者と共有する

対象

市内12病院

対象者：医師を含む病院関係者

市内救急告示病院及び災害拠点病院
国立がん研究センター東病院
東京慈恵会医科大学附属柏病院)

内容

行政：柏プロジェクトの経緯と取組内容
柏地域医療連携センターの機能と役割

医師会：柏モデルにおける主治医・副主治医制
病院と在宅との連携
事例紹介

訪問看護師：病院と在宅のシームレスな連携（看看セミナー）
事例紹介等



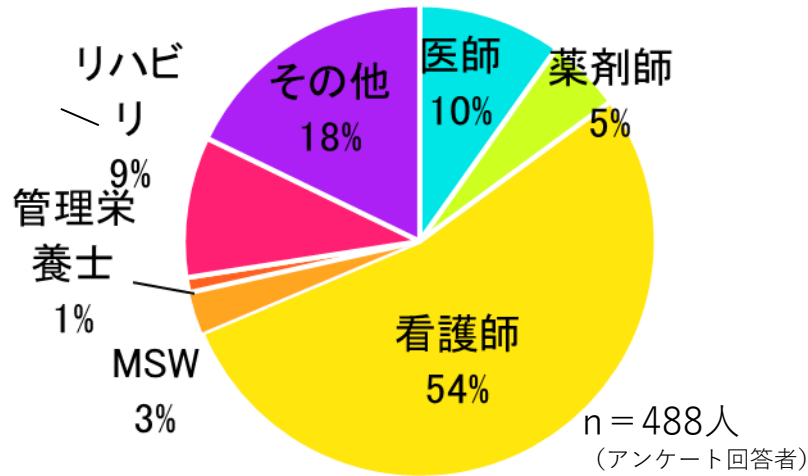
地域包括ケアシステム研修会①

合計684人

病院名	開催日	出席者数	登壇者
おおたかの森病院	平成29年6月13日（火）	84人	古田，大熊会長，稲荷田
柏市立柏病院	平成29年7月10日（月）	48人	古田，大熊会長，浅野
柏南病院	平成29年7月14日（金）	11人	織田先生，大熊会長，鹿野
岡田病院	平成29年7月21日（金）	11人	織田先生，板倉副会長，浅野
辻仲病院柏の葉	平成29年8月4日（金）	25人	石橋先生，片岡副会長，稲荷田
柏たなか病院	平成29年8月8日（火）	102人	古田，板倉副会長，稲荷田
聖光ヶ丘病院	平成29年8月10日（木）	19人	古田，大熊会長，浅野
深町病院	平成29年8月30日（水）	51人	織田先生，片岡副会長，稲荷田
東京慈恵会医科大学 附属柏病院	平成29年9月14日（木）	97人	古田，片岡副会長，稲荷田
名戸ヶ谷病院	平成29年10月4日（水）	123人	石橋先生，板倉副会長，稲荷田
柏厚生総合病院	平成29年10月5日（木）	54人	古田，片岡副会長，稲荷田
国立がん研究センター 東病院	平成30年3月22日（木）	59人	織田先生，片岡副会長，稲荷田

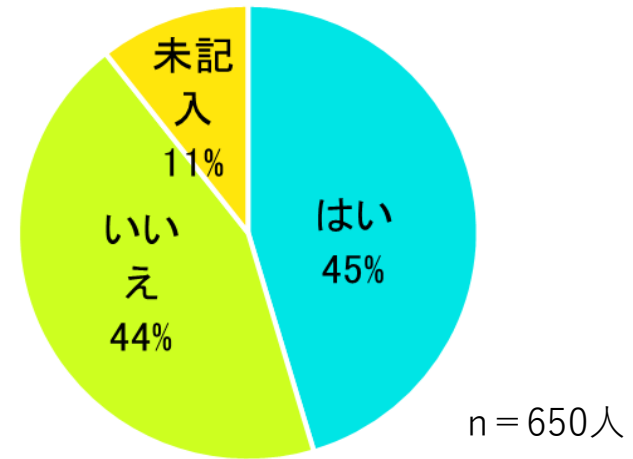
アンケート結果

(1) 出席者内訳



看護師54%と一番多く、次いで医師が10%

(2) 在宅チームとの連携はスムーズだと思いますか (事前アンケートより)

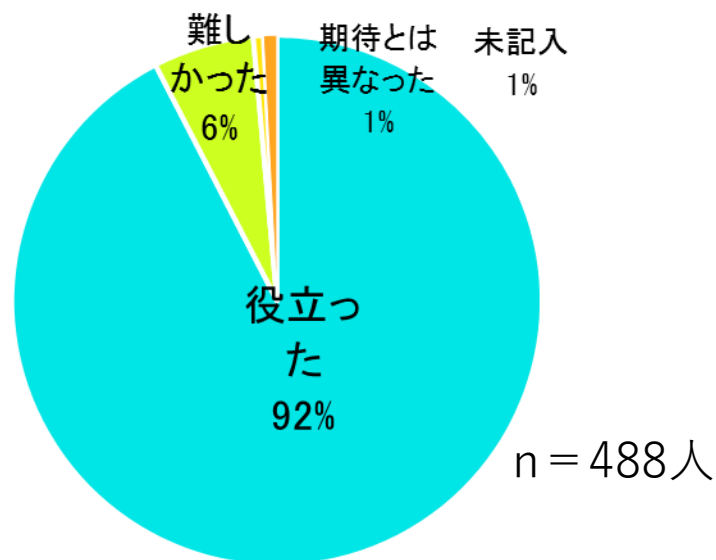


「ある」「ない」の割合は同等である

地域包括ケアシステム研修会①



(3) 感想



「役立った」と約92%が回答

主な意見や感想等	
医師	症例や訪問看護の話など興味深い内容を拝聴できた 柏モデルを知らない職員にアピールする
医師	外来患者にも在宅の取組を説明していく
看護師	柏モデルを具体的にイメージできた、在宅移行を意識して調整したい
看護師	連携の大切さがよくわかった。連携をはかっていく。ICTを活用したい
リハビリ職	柏モデルの背景、取組、効果を知ることでよかった
その他	柏市民でよかったと思える。安心できると思った

(4) 課題や提案等について

○本人・家族の理解や心構え、環境等に関すること

- ・ 本人が希望しても、家族の不安や受け入れが難しいことが多い。家族のサポートが大事
- ・ 患者・家族は病院や施設を希望される方が多く、なかなか在宅に移行する人が増えない
- ・ 在宅医療を難しく考えている人が多いため、理解してもらえるような取組が必要
- ・ 在宅介入が可能（必要）かどうかのスクリーニングのようなものがあればいい
- ・ 在宅看取りを希望でも、家族の心構えが出来ておらず最終的に救急車を呼んでしまう
- ・ 独居の方だと、どの程度の状態変化で病院に連絡するか判断が難しい

○病院スタッフの理解や環境等に関すること

- ・ 退院後の生活がわからない、在宅への理解が低い
- ・ 医療行為が多い重症患者は、在宅に移行できないと感じてしまう
- ・ 看護師は在宅へと思っても、医師等他職員が困難と考え、調整がすすまない
- ・ スタッフ間で伝達したい
- ・ 院内での情報共有のシステムを作る

○多職種連携に関すること

- ・ 各職種同士の顔をあわせる機会が少ないのではないかと、連携が不十分
- ・ カンファレンスを開催したいが調整が難しい
- ・ 外来患者さんでも共同指導ができるといい
- ・ 退院時の情報も大事だが、入院する際の連絡や情報共有も大切だと思う
- ・ 情報の共有、顔の見える関係は大事
- ・ 情報共有システムが有効に活用できると思う、導入したい（救急来院を繰り返す患者さんの情報共有等）
- ・ MSW等つなぐ役割の職種や地域医療連携センターの活躍がより向上すること

○その他

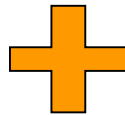
- ・ このような研修会の機会は有意義
- ・ このシステムが知られていない。患者や家族に知ってもらえる活動をしてほしい
- ・ 死生観に関することも大事

顔の見える関係会議

<目的> 多職種が一堂に会し、ワークショップ等を通じて、顔の見える関係づくりを推進し、連携体制を構築する。概ね、年4回の会議を実施する。

全体会議

- 年2～3回
- テーマの例
 - ・多職種連携のコツを学ぶ
 - ・多職種の役割を知る
 - ・事例を通じた連携の具体



エリア別会議

- 年1～2回
 - 市内を北・中央・南に分けて開催
 - テーマの例
 - ・地域資源把握
 - ・事例を通じた連携の具体
- 地域包括支援センターと医師会等エリアの多職種が運営を行う。



※ ファシリテーター会議にて事前に会議の進め方を調整

<参加者構成>

医師（病院・診療所）、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師（訪問看護、病院・診療所）、病院地域連携室職員、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、管理栄養士（在宅・病院）、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護サービス事業者、介護老人保健施設・介護老人福祉施設職員ふるさと協議会・民生委員児童委員等市民、市役所職員 等

顔の見える関係会議実施状況（平成24年度～平成30年度）

市内全域

延べ参加者：5,973名

第1回	多職種連携「うまくいった点、いかなかった点」	平成24年6月21日（木）	144名
第2回	多職種連携推進のために、各職種が在宅生活支援において何ができるか	平成24年9月26日（水）	158名
第3回	多職種連携推進のために「地域資源を把握しよう」	平成24年11月28日（水）	174名
第4回	多職種連携の課題の解決策について「連携の柏ルールを提案しよう」	平成25年2月6日（水）	157名
第5回	多職種連携の実際を学ぼう『退院時共同指導』	平成25年7月4日（木）	186名
第6回	看取りについて学ぶ	平成25年9月26日（木）	166名
第7回	認知症の方を支えるサービスについて	平成25年12月5日（木）	162名
第8回	認知症高齢者に対する生活支援を考える	平成26年2月5日（水）	178名
第9回	多職種連携「うまくいった点、いかなかった点」	平成26年6月23日（月）	164名
第10回	多職種が連携して支援することによりQOL向上につながった事例	平成26年8月29日（金）	163名
第12回	「退院時共同指導」～本人、家族が安心して在宅生活を迎えるために～	平成27年2月27日（金）	154名
第13回	認知症患者への多職種の関わり方について	平成27年6月23日（火）	213名
第14回	施設における困難事例に対して各職種連携で乗り越えた一例	平成27年8月28日（金）	154名
第16回	退院時共同指導に基づいた支援の立案	平成28年2月26日（金）	147名
第17回	認知症の早期発見・早期対応に向けて多職種ができること	平成28年6月23日（木）	201名
第18回	緩和ケア病棟と在宅チームの連携による本人・家族への支援のあり方	平成28年8月25日（木）	158名
第23回	認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちを目指して	平成30年2月8日（木）	194名
第24回	脳卒中の方が安心して在宅療養へ移行するために	平成30年7月19日（木）	173名
第27回	加齢で済ませていいの？その息切れ、むくみ ～息切れやむくみのある高齢者への支援について～	令和元年7月18日（木）	146名

顔の見える関係会議実施状況（平成24年度～平成30年度）

エリア別

第11回	「マッピング」 ～地域資源を把握しよう	北部：平成26年11月19日（水）：119名 中央：17日（月）：161名，南部：28日（金）：145名	425名
第15回	認知症支援に活用できる地域資源を知ろう	北部：平成27年11月20日（金）：106名 中央：19日（木）：154名，南部：13日（金）：126名	386名
第19回	高齢者の救急搬送の現状と課題について	北部：平成28年11月22日（火）：123名 中央：25日（金）：145名，南部：18日（金）：117名	385名
第22回	災害時にお互いの役割を理解し行動するために	北部：平成29年11月29日（水）：118名 中央：28日（火）：138名，南部：12月1日（金）：112名	368名
第25回	認知症の方を地域で見守り支えあえるまちを目指して	北部：平成30年11月19日（月）：138名 中央：16日（金）：156名，南部：30日（金）：139名	433名
第28回	がんになっても、その人らしく生きる選択をするために	北部：令和元年11月21日（木）：98名 中央：25日（月）：110名，南部：29日（金）：94名	302名

アドバンス研修

第20回	人生の最終段階における意思決定支援について	平成29年2月16日（木）	156名
第21回	がんになっても安心して住み続けることのできるまちづくり	平成29年7月20日（木）	169名
第26回	柏モデルにおける意思決定支援ガイドラインの構築に向けて	平成31年2月7日（木）	157名

病院連絡会議

(1) 趣旨

市内関係病院が一堂に会し、取組みの実績報告を通じて課題を共有・協議する

(2) 構成メンバー

○病院長および地域連携担当者

おおたかの森病院，岡田病院，柏厚生総合病院，柏市立柏病院，柏たなか病院，
国立がん研究センター東病院，聖光ヶ丘病院，辻仲病院柏の葉，
東京慈恵会医科大学附属柏病院，名戸ヶ谷病院，深町病院，（※五十音順）

○柏市医師会：会長・副会長 ○柏市：消防局，総務部，保健福祉部，保健所

(3) 検討事項

救急医療，災害医療，在宅医療についての検討

2020年3月10日（火）
開催予定



病院と在宅の連携強化

地域包括ケアシステム研修会②（平成30年度,令和元年度）

目的

病院職員と在宅療養にかかわる職種が話し合うことで、連携強化に向けた具体的なイメージを持つ

対象

市内4病院（3施設終了）

参加者【病院側】：医師・看護師・MSW

【在宅側】：医師（在宅プライマリケア委員会）・訪問看護師・ケアマネージャー

内容

★テーマ：「スムーズな在宅への移行と急変時等の病院との連携」

★病院と在宅との相互理解へ！ → ディスカッション形式に



おおたかの森病院

(1) 実施日時

平成30年12月21日（金） 19:00～20:00 おおたかの森病院にて

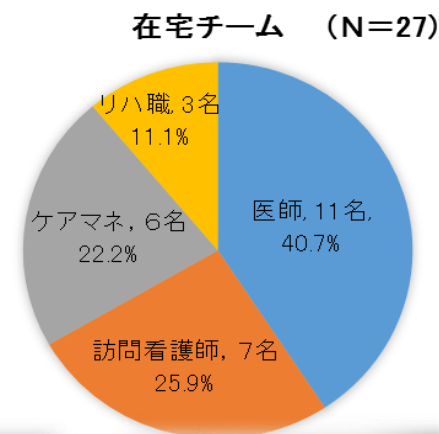
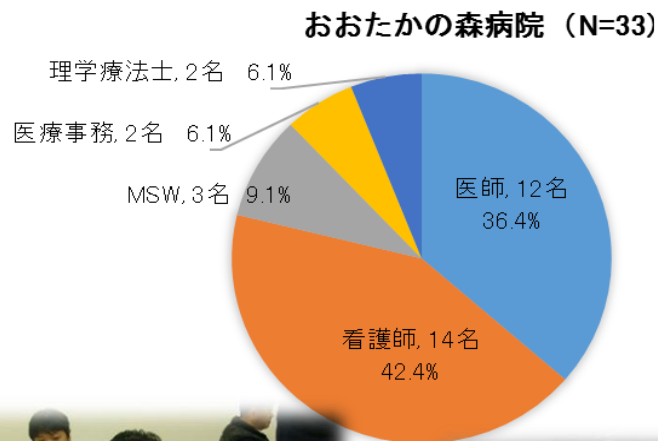
(2) グループの設定

3領域グループ（心不全，がん終末期，リハビリ）（2G×3＝計6G）

※研修対象者としてリハビリ専門職を追加

(3) 参加者

計60名（病院チーム：33名 在宅チーム：27名）



(4) アンケート結果より

① 病院と在宅との連携強化のために必要な取組みについて

病院チーム	在宅チーム
<ul style="list-style-type: none">・顔の見える連携体制づくり (医師)・在宅で何がどこまでできるのかを知る (医師)・入院中から在宅チームと会議を行う (看護師)・看護サマリーの内容の充実を図る (看護師)・院内に退院支援チームを発足させる (MSW)・情報共有の方法を工夫する (医療事務)・情報共有をするシステムづくり (PT)・退院時共同指導等直接話し合う機会を作る (PT)	<ul style="list-style-type: none">・お互いが顔を合わせ、何をしているのか、何ができるのかを伝え、知ることが必要 (医師)・病院と在宅の医師が意見交換する場づくり (医師)・退院時共同指導等、お互いに相談し合う頻度を増やす (訪問看護師)・院内カンファレンスやICへの積極的な参加 (ケアマネ)・在宅から病院へのリハ職の申し送りルールづくり (PT)

② 研修内容への意見・感想 (病院参加者より：一部抜粋)

- ・相互理解に大変役立つ研修だった (医師)
- ・在宅の環境でできることをもっと知りたい (医師)
- ・顔が見えるコミュニケーションが必要であり、今後もこのような研修を希望する (医師)
- ・在宅医療について初めて知ることもあり勉強になった (看護師)
- ・在宅側にとって必要な情報を知ることができたため今後の看護サマリー作成に活かしたい (看護師)
- ・グループワークの時間が短かったので、伝えたいことを話さなかった (看護師)
- ・いろいろな視点で考えることができて良かった (MSW)
- ・それぞれの立場で患者さんにとって必要な情報は何かということ共有できたので良かった (PT)

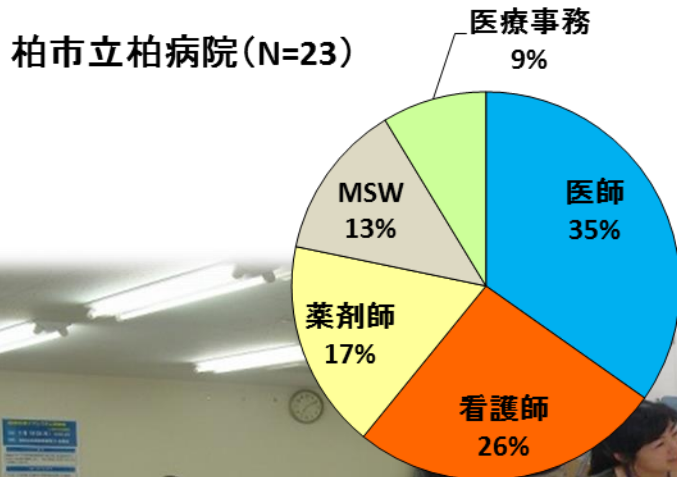
柏市立柏病院

(1) 実施日時

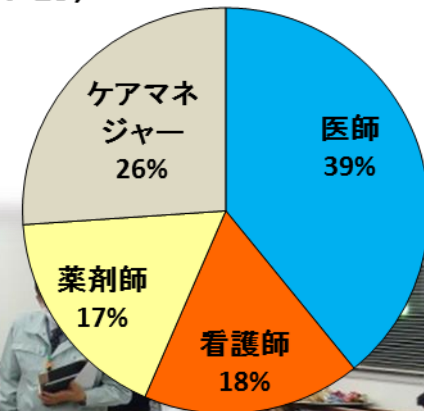
平成31年2月18日(月) 19:00~20:30 柏市立柏病院にて

(2) 参加者：46名 テーマ: スムースな在宅への移行と急変時等の病院との連携

- ① 病院チーム：23名 (医師8名, 看護師6名, 薬剤師4名, MSW3名, 事務2名)
- ② 在宅チーム：23名 (医師9名, 看護師4名, 薬剤師4名, ケアマネジャー6名)



在宅チーム(N=23)



地域包括ケアシステム研修会②

(3) 研修実施後アンケート結果 (一部抜粋)

① 病院と在宅との連携強化のために必要な取組みについて

病院チーム	在宅チーム
<ul style="list-style-type: none">・ 直接連絡(書面以外)が意外と重要である(医師)・ 早い段階からこまめな情報共有が必要 (医師)・ 研修を通じて関係づくりがしたい (看護師)・ 顔を合わせた意見交換は定期的に必要(看護師)・ お薬手帳を活用し薬の管理方法を共有(薬剤師)・ 今回のような小規模な会議が「つながる連携」になる (MSW)・ 職種に関係なく連携が必要である (医療事務)	<ul style="list-style-type: none">・ お互いの必要な情報を理解することが大切 (医師)・ 急変時の入院依頼の目的と診療科を明確にすると、病院側が受け入れやすいことを再認識した (医師)・ 連携と連絡、相談窓口がわかることが大切 (訪問看護師)・ 垣根を越えること、そのためには顔の見える会議やカンファレンスを必要とすると思う (薬剤師)・ 連携シートやカシワニネットの活用 (ケアマネ)

② 研修内容への意見・感想 (病院参加者より)

- ・ 在宅の先生方、訪問看護、薬局、ケアマネさんたちの**意見や思い、取組みに対する熱意と本音を聞くことができて有意義**だった (医師)
- ・ **もっと若い先生も参加したほうがよい**と思う (医師)
- ・ 実際に**顔を見て話し合う情報交換は、思いがお互いに伝わり大変よかった**と思う (看護師)
- ・ 在宅でどのようなことに困っているかよくわかった。もっと細やかな情報提供を行いたい (看護師)
- ・ 在宅スタッフも病院スタッフも願っていることは大差ない。スムーズに連携できるとよい (看護師)
- ・ 退院時共同指導の具体的な流れを知りたい。**まずは同職種での連携から**始めたい (薬剤師)
- ・ 在宅の方々から求められる情報 (意思決定、認知症等)を意識して情報交換をしたい (MSW)

東京慈恵会医科大学附属柏病院

(1) 実施日時

令和元年12月10日(火) 18:45~20:10 慈恵柏看護専門学校講堂にて

(2) 実施日時

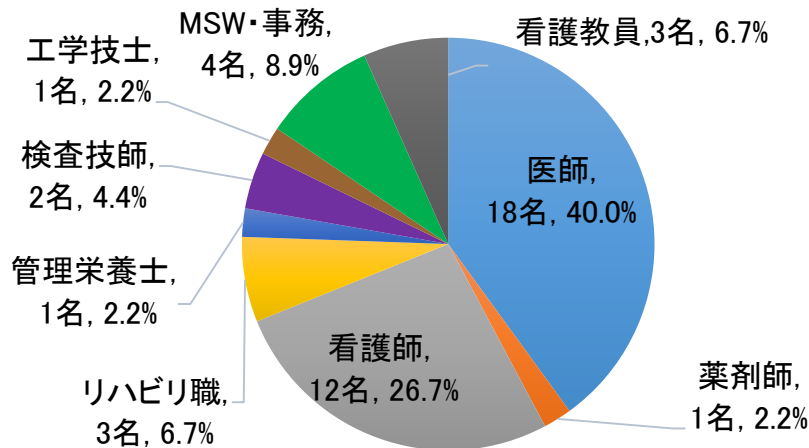
①グループワーク テーマ：**スムーズな在宅への移行と急変時等の病院との連携**

※1グループ 8~9名(病院スタッフ:3~4名,在宅:4~5名)×12グループ

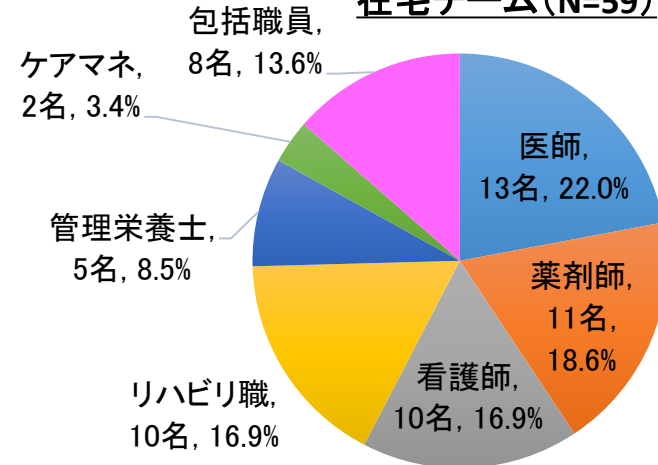
②患者支援センターよりミニ講義(病院との連携に係る在宅チーム対象の事前調査への回答含む)

(3) 参加者 計**104**名(病院チーム:45名 在宅チーム:59名)

慈恵柏病院(N=45)



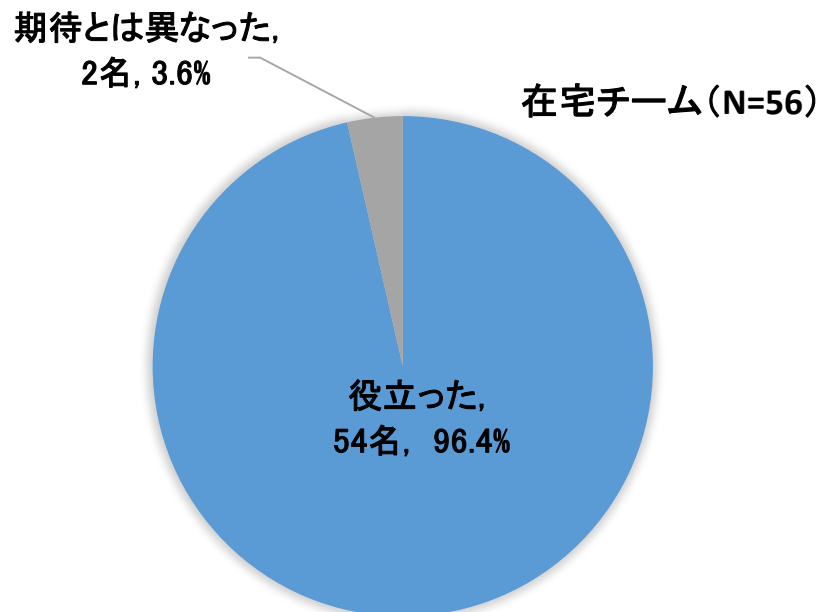
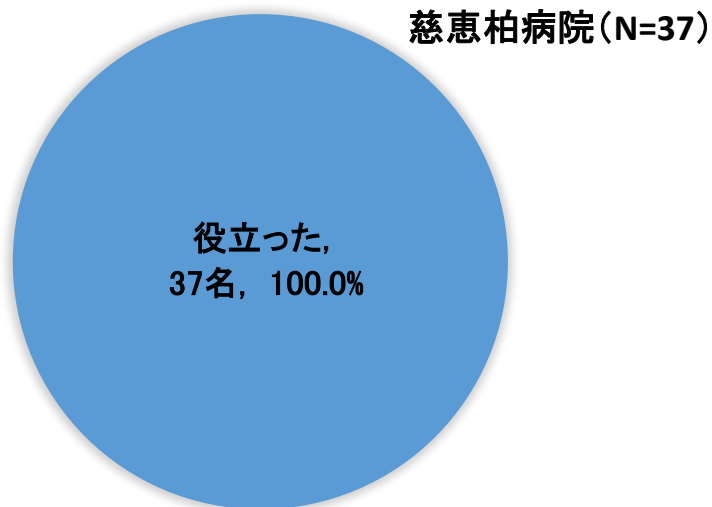
在宅チーム(N=59)



地域包括ケアシステム研修会②

(4) 実施直後アンケート結果より

①研修内容について



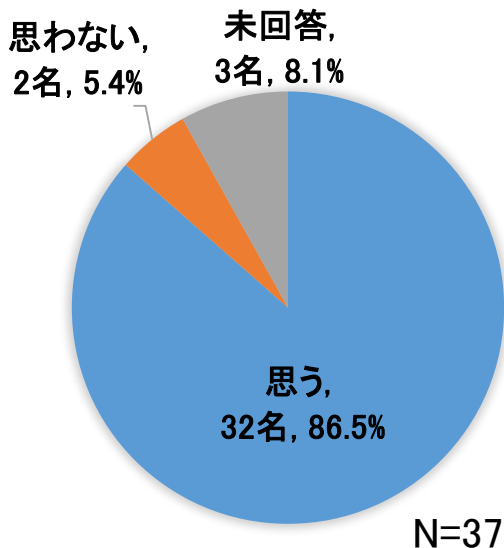
慈恵柏病院

- ・ **病院と在宅の連携窓口の構築**が大事。(医師)
- ・ 病院内で全てが完結するのが医療というイメージだったが、在宅医療は多職種でチームを作るため、大変であることがわかった。(医師)
- ・ 病院側、在宅側のお互いが必要な情報や、**困りごとが共有できた**ので、良かった。(看護師)
- ・ 検査部門ゆえに、在宅医療や関わる職種について知る機会になった。(技師)
- ・ 地域目線での意見をもらい、また、**地域から求められていることがよくわかった**。(MSW)

在宅チーム

- ・ **外来通院中から連携することにより**、術後処置や退院のスムーズな流れができるとの意見があり、**このような話ができただことが大きな前進だ**。(医師)
- ・ 病院側の考え方を知ることができた。(薬剤師)
- ・ **今後の課題と連携ツールについて考える機会**になった。(訪問看護師)
- ・ 病院側も在宅側も大切なことは同じと改めて感じたが、関係性の構築にはまだ時間が必要。(リハ職)
- ・ 医療側と介護・福祉側の視点の違いを感じた。ただ、どちらも患者(利用者)のことを考えていることはよくわかった。(包括)

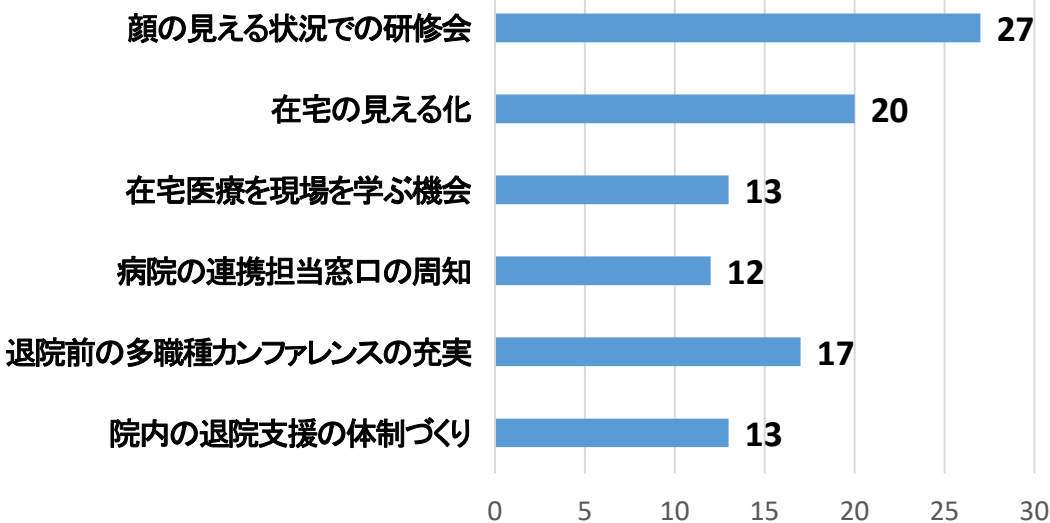
② 今後、意識して在宅チームとの連携に取り組もうと思いますか（病院のみ回答）



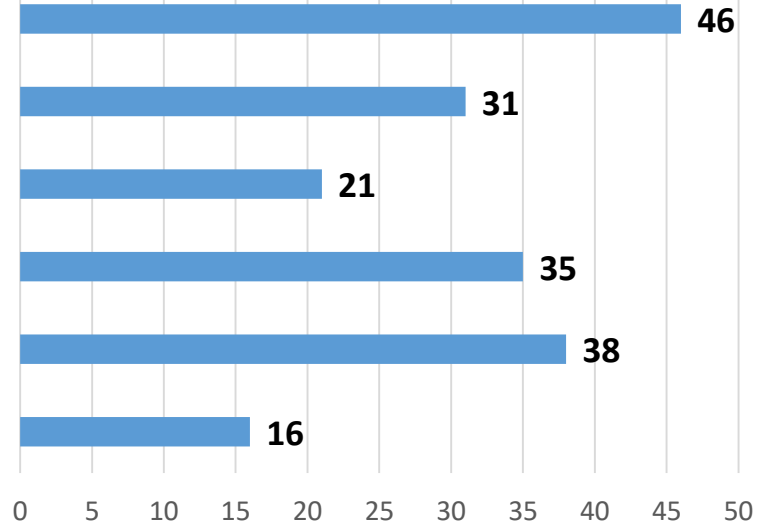
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早期からの在宅移行の準備. ・ 診療情報提供書の内容の充実と情報共有の徹底. ・ 多職種カンファレンスの充実と、院内のMSW,NSとの連携.
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時共同指導などを勧め、情報共有の場を増やす. ・ 研修会への参加.
リハ職	<ul style="list-style-type: none"> ・ サマリーの内容の検討や、資源マップの作成を図りたい.
栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ・ 連携したいが、実際にどのようにすればよいのかが難しい.
検査技師	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅との連携について、業務で直接反映できるか不安.

③ 病院と在宅の連携強化に向け、どのような取り組みが必要ですか（選択、複数回答）

慈恵柏病院 (人)

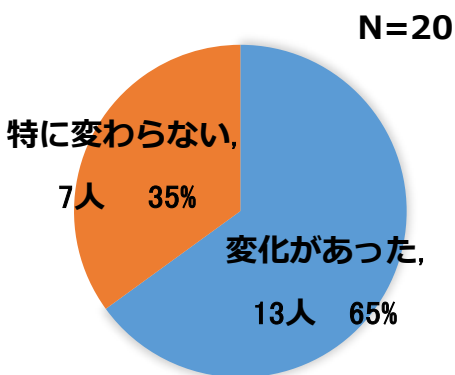


在宅チーム (人)



6ヶ月後アンケート結果（一部抜粋）

① 在宅医療へのイメージの変化について



医師	<ul style="list-style-type: none"> 患者情報の共有の大切さがわかった 在宅医療で行える医療行為はイメージしていたよりも多かった
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 在宅から入院となった時にほしい情報が理解されていないと感じたが、同じことは逆の場合でもあると気付いた
看護師	<ul style="list-style-type: none"> 連携を積極的に取ろう(取っても大丈夫)と思えるようになった 他職種の方の思いを感じることができ、その思いを大切にしていきたいと思った
MSW	<ul style="list-style-type: none"> 在宅の先生と直接交流でき、訪問診療の依頼をしやすくなった

② 研修後に、在宅チームとの連携体制強化のために行ったこと

医師	<ul style="list-style-type: none"> MSWに在宅医療に関する問い合わせを行い、在宅医療が可能か検討するようになった 診療情報提供書に記載する内容を意識するようになった
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 院外処方箋を応需している保険薬局から一包化や睡眠薬の相談を受け、医師とのパイプ役となり対応した 退院指導を行う際に、在宅における支援者にもわかるように、お薬手帳等に記入する内容等に注意するようになった 退院前カンファレンスに参加する上で、さらに必要な情報がないか、MSWと話し合った
看護師	<ul style="list-style-type: none"> MSWとのやり取りを密にするようにした 患者の背景を把握し、どのような事業所と関わりがあるのか、注視するようになった
MSW	<ul style="list-style-type: none"> カシワニネットをまめに更新するようになった

まとめ

- 平成29年度，市内12病院にて地域包括ケアシステム研修会①を開催，大変好評であったが，連携体制の構築には病院職員と在宅療養にかかわる多職種の見解交換の場が必要。
- 平成30年—令和元年度，3病院にて「病院と在宅の連携強化」地域包括ケアシステム研修会②をディスカッション形式で開催した。
- 病院職員と在宅療養にかかわる多職種のスムーズな連携に向け，課題の認識・共有ができた。
- ディスカッション形式の開催により，双方向の見解交換ができお互いの思いを共有し，顔の見える連携体制構築の一助となった





ご清聴ありがとうございました

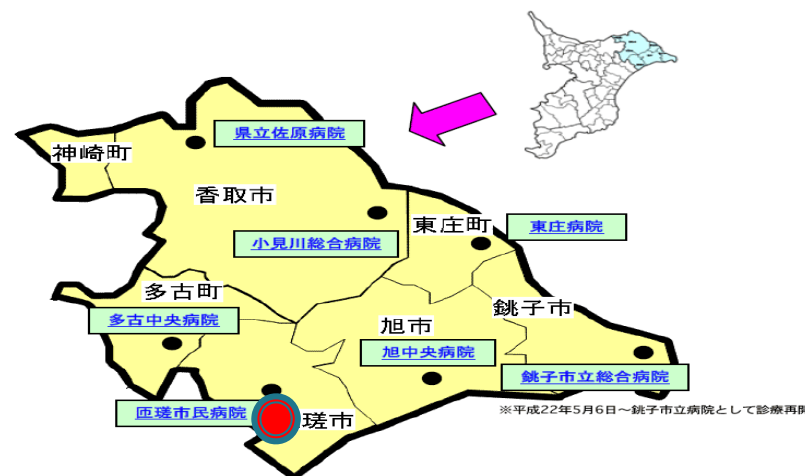
香取地域の医療と介護がつながる委員会 3年間の取り組み報告



香取郡市医師会

香取海匠地域の人口と高齢化率 (平成30年度)

香取海匠地域の高齢者率平均:32.4%
香取地域の高齢者率平均:33.4%



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	34.3%	34.1%	33.5%	31.9%	31.9%	28%	33.6%

香取市の世帯状況

世帯数	30399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



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

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

診療所(施設)名	病院・診療所名
担当者名	担当部署・担当者名
電話番号	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: 姓 名 年 月 日 年齢 性別 男 女

住所: 氏名 性別 住所 電話番号

緊急時連絡先: 氏名 性別 住所 電話番号

家族構成: 同居 戸別 同居世帯 (階 エレベーター 無)
 施設等 ()
 介護保険 無 有 介護的支援 要
 障害者認定 身体 () 精神 () 知的 特定疾患 ()
 ※ 生活歴 (これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)

※ 家族の介護力及び特記事項

(本人・家族)の療養に関する意向

リビングウィル等の意思表明 無 有 介護担当者 本人 家族 その他 ()
 確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名: 電話番号:

要介護度: 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 要介護6
 要介護1: 1 2 要介護2: 1 2 3 4 5
 要介護3: J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 要介護4: I Ia Ib IIe IIIe IIIb IV M

※ 介護サービス提供状況: 訪問 介護 (/ 週) 入浴 (/ 週) リハビリ (/ 週) 看護 (/ 週)
 通所 介護 (/ 週) リハビリ (/ 週)
 介護入所 生活介護 () 療養介護 ()
 福祉用具 福祉用具貸与 () 特定福祉用具販売 ()
 その他 ()

※ 医師情報: 医師名 医療機関名等 診療科目・主治医等 電話番号

千葉県地域生活連携シート (退院時) **B表**

※ 電話番号・施設名: 電話番号 施設名 平成 年 月 日
 ※ 面談者: 氏名 平成 年 月 日

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。)

氏名: 姓 名 年 月 日 年齢 性別 男 女

住所: 氏名 性別 住所 電話番号

緊急時連絡先: 氏名 性別 住所 電話番号

家族構成: 同居 戸別 同居世帯 (階 エレベーター 無)
 施設等 ()
 介護保険 無 有 介護的支援 要
 障害者認定 身体 () 精神 () 知的 特定疾患 ()
 ※ 生活歴 (これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)

※ 家族の介護力及び特記事項

要介護度: 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 要介護6
 要介護1: 1 2 要介護2: 1 2 3 4 5
 要介護3: J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 要介護4: I Ia Ib IIe IIIe IIIb IV M

※ 入院期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

※ 入院理由: 入院の理由・原因となった疾患

※ 手術: 手術名

※ 術後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: 外来 訪問診療 訪問看護 (紹介状回診連携等)

※ 特別介護保険等: 通所 ストマ 酸素療法 インスリン その他

※ 感状等: BIV BVC MESA: 側面 後面 (部位: 床 床下 床 褥瘡) その他 ()

香取地域のつながる委員会設立の経緯

佐原病院から香取郡市医師会へ共通の課題の解決のために
地域の入退院支援ルール作りしたいと協力を依頼する



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・佐原病院が香取市に協力を依頼し承諾を得る



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

<目的>

香取地域及びその周辺地域における、入退院支援・退院調整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平成29年設置した。

(平成29年発足時コアメンバー)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

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、千葉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・リハビリ協会2名

地域医療連携室看護師長1名



「香取地域の医療と介護のつながる委員会」の 1年目の取り組み

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

香取地域における入院から退院までのフローチャート作成

自宅退院における入院から退院までの流れをフローを作成し、それぞれの職種が「千葉県地域生活シート」を活用して、誰に情報提供すればよいのかを明確にした。

- ▶ 介護支援専門員の決まっている場合
- ▶ 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 □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(バックベツ)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

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	□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、どうしても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	入院7日から	退院に向けての調整時期	退院後1~4週間
			3日以内			
病院	外来看護師	<input type="checkbox"/> 外来通院時に療養上問題がある患者を連携室につなぐ	<input type="checkbox"/> 外来での状況を病棟に情報提供		<input type="checkbox"/> 退院後の外来通院に向けての情報共有 <input type="checkbox"/> 退院調整カンファレンスに参加	① カンファレンス ② 在宅での課題について検討・調整 ③
	病棟看護師	↓	<input type="checkbox"/> 入院時スクリーニングチェック(3日以内)	<input type="checkbox"/> 患者・家族への病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の治療方針・入院予定期間説明 <input type="checkbox"/> 今後起こりうる生活上の変化を説明する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 病状の変化をインフォームドコンセント <input type="checkbox"/> 患者・家族・医療従事者間の情報の共有 <input type="checkbox"/> 患者・家族の意思決定の再確認 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(家庭調査等) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)	
	入退院調整看護師	<input type="checkbox"/> 外来通院で問題のある患者の状況確認	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書を主治医に提出	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス参加 <input type="checkbox"/> 療養の注意点や治療方法の変更の有無を確認 <input type="checkbox"/> 退院処方・調剤の変更確認 <input type="checkbox"/> 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	④ 在宅での課題について検討・調整
	訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 訪問看護の報告書を主治医に月1回報告する	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書を主治医に提出	<input type="checkbox"/> 医療処置の継続のための訪問看護の導入 <input type="checkbox"/> 訪問看護の指示書依頼 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書を主治医に提出	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入院時に家族から連絡を貰えるように家族に説明 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入院前のADL <input type="checkbox"/> 入院前の介護状況 <input type="checkbox"/> 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ャーをおこなう (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	<input type="checkbox"/> 患者の疾患・今後起こり得る課題について検討 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの要望 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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、入院病棟の連携室に連絡	<input type="checkbox"/> 退院後の居住環境・生活状況に応じた指導 <input type="checkbox"/> 食事・排泄・清潔・活動・内服管理について <input type="checkbox"/> 患者・家族のセルフケアの確認 <input type="checkbox"/> 福祉用具の導入(レンタル・購入手配) <input type="checkbox"/> 住宅改修の必要性検討(手続き開始) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)	⑤ 在宅での課題について検討・調整
		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入院時に家族から連絡を貰えるように家族に説明 <input type="checkbox"/> 必要に応じて、かかりつけ医、訪問看護、訪問薬剤と連携				

本人家族	<input type="checkbox"/> 「健康保険証」「介護保険証」「お薬手帳」保管 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> ケアマネがいる場合はケアマネに連絡 <input type="checkbox"/> 病院の看護師にケアマネの名前を伝える	<input type="checkbox"/> 家は、退院時のADLについて主治医・看護師に確認 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 病状の変化などで、どうしてもよいか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と相談)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 退院後の注意点や症状について確認 <input type="checkbox"/> 外来受診について確認 <input type="checkbox"/> 退院調整カンファレンスにて、自分自身の思いを伝える	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)
------	---	---	---	---	---

訪問看護香取会・医師会・薬剤師会への勉強会



H30年5月30日開催



参加人数:40名



香取市における介護フォーラムにて伝達講習



H30年7月19日開催



参加人数:100名以上



「香取地域の医療と介護のつながる委員会」の 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
佐原病院・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)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。
- ※入退院フローチャート活用・評価・修正をする。
- ※取り組む地域の拡大、三町(**多古町・東庄町・神崎町**)と香取匠瑳歯科医師会会長に
委員会の主旨と経過説明をし、**委員会の参加を依頼**する。
- ※看護と介護の連携に関する**勉強会の開催を企画、運営**する。

2年目の委員会開催日
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



<構成メンバー> ※多職種で構成

(平成29年発足時コアメンバー)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
- ▶ 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、千葉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・リハビリ協会2名
- ▶ 地域医療連携室看護師長1名



(平成30年からの参加メンバー)8名

薬剤師会から薬剤師2名参加

多古町・東庄町・神崎町高齢者福祉課参加(各1名)

歯科医師会長参加



最終26名で構成

2年目の取り組み内容報告

香取地域の医療と介護がつながる委員会 研修会

【テーマ】

住み慣れた地域で、
安心して生活を続けられるために
～多職種がそれぞれの役割を発揮して
協働して支援し続ける～

【講師】



(株) アクリート・ワークス
代表取締役・医師
守屋 文貴 先生

日時：平成31年2月24日（日曜日）
10時～16時

場所：水の郷さわら川の駅2階研修室

主催：香取郡市医師会
香取地域の医療と介護がつながる委員会
香取健康福祉センター

【問合せ】

千葉県立佐原病院
地域医療連携室 【担当】宮本
☎：0478-54-1231（代表）

1)急性期病院の小見川総合病院と佐原病院で説明会と勉強会を重ねて、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。

2)佐原IMSリハビリテーション病院(回復期・療養型)は連携シートの活用について病院内で検討。運用を徐々に開始。



「香取地域の医療と介護のつながる委員会」の 3年目の活動計画

- * 委員会の活動継続と完成した**入院から退院までのフロー（自宅退院用）**の周知活動の実施
- * 香取地域における**入院から退院までのフロー（療養型病院・施設・回復期等）**の作成に取り組む
- * **香取地域における入院から退院までのフローマニュアル作成**
- * 療養型病院、グループホーム、回復期リハ病院の職員の委員会への参加依頼
- * かかりつけ医、介護支援専門員、サービス事業所、病院・施設に**千葉県地域生活シートの活用状況等のアンケート調査実施**

＜構成メンバー＞※多職種で構成

(平成29年発足時コアメンバー)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
- ▶ 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、千葉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・リハビリ協会2名
- ▶ 地域医療連携室看護師長1名

(平成30年からの参加メンバー)8名

薬剤師会から薬剤師2名参加

多古町・東庄町・神崎町高齢者福祉課参加(各1名)

歯科医師会長参加

(令和元年からの参加メンバー)3名

あやめ苑(特別養護老人ホーム)・たすけあい(グループホーム)・イムス佐原(療養型病院)



最終29名で構成

	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	退院準備
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			
	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 □施設・療養型病院希望の場合はMSWと面談し、転院先を決める。 MSWは病院・施設と調整していく □主治医に診療情報を依頼して施設や療養に必要な診療情報、薬事情報、検査データを提供する	□MSWが施設等と転院前面談日を決め家族に連絡 □退院前カンファレンス(千葉県地域生活シートB表作成) □転院施設や療養型の職員との担当者会議準備 □転院・入所先へ最新の診療情報・ADL・食事摂取状況入院前の情報 (千葉県地域生活シートA表)を添付する □施設利用診断書作成(患者・家族へ申込方法の説明) □転院・入所後の受診の有無の確認・調整 □受け入れ日時の調整 □家族の連絡先の確認 □家族からの不安や疑問について対応	□入院・入所日時の確認 □移送サービスの確認 □内服薬の確認(持参数の確認) □病院預かり物品の確認 (入れ歯、残薬、インシュリン) □必要書類の確認 □転院・入所後の受診日時確認
	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表を受け取る 千葉県地域生活シートB表を 転院先から受け取る			

回復期リハビリ	①回復期リハビリ病院	□診療情報提供 □本人・家族の病状理解を確認 (千葉県地域生活シートB表)	(千葉県地域生活シートB表作成) □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 *個別カンファレンス時退院支援計画書・総合リハビリ実施計画書の作成 (家族に説明してサインをもらう) 多職種で作成 □施設・療養型病院希望の場合はMSWと面談し、転院先を決める。 MSWは病院・施設と調整していく □主治医に診療情報を依頼して施設や療養に必要な診療情報、薬事情報、検査データを提供する	*病院と同様 相談員は患者の状況を把握する □入院・入所前面談 □入院中のADL・生活状況および経済状況の把握 □病院で実地調査を行う □入院・入所判定金 □施設利用診断書作成依頼 □入所後の受診先・バッグベッドについて確認	*病院と同様 相談員は患者の状況を把握する □入院・入所申込・契約 □必要書類の確認 □受診日時の確認
	②療養型病院	□診療情報提供 □本人・家族の病状理解を確認 (千葉県地域生活シートB表)	(千葉県地域生活シートB表作成)	□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 *初回カンファレンス時退院支援スクリーニング表、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 □施設・療養型病院希望の場合はMSWと面談し、転院先を決める MSWは病院・施設と調整していく □主治医に診療情報を依頼して施設や療養に必要な診療情報、薬事情報、検査データを提供する		
施設	③老健特養	□診療情報提供 □本人・家族の病状理解を確認 (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	(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			
	④高齢者住宅その他施設	□本人・家族の病状理解を確認 (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・退所時は連携シート作成

在宅介護	介護支援専門員・相談員	□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・入所前のADL □入院・入所前の介護状況 □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) (できるだけ3日以内に提供)①～④まで順番に作成		□退院・退所時⇒ケアマネージャーと連携	
------	-------------	---	---	--	---------------------	--

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	□必要に応じてMSWと面談	□転院・入所前面談 □病院へ施設利用診断書申込 □病院・施設への入院・入所申し込み後契約 □疑問や不安がある場合は病棟看護師、退院調整看護師、MSWに伝える	□転院・施設入所 □疑問や不安を転院先や施設のスタッフに伝える
------	---	---	---------------	---	------------------------------------