柏モデルガイドブックの改訂について

資料4

初版
平成26年(2017年)発行

第2版
令和2年(2020年)発行

柏モデルガイドブックとは

多職種連携のシステムやルールをまとめたもの

改訂の背景

前回改訂から約5年が経過

下記について**議論・整理いただいた**こと

- 在宅医療・介護多職種連携のテーマ(スライド5)
- テーマ達成に向けた4場面ごとのポイント(スライド6)
- 4場面ごとの新たなルールの種(スライド7)

柏モデルガイドブックの改訂について

コア会議

改訂の方向性について議論
第1回：令和6年12月（予定）

ワーキンググループ

改訂の具体的な内容について議論

柏モデルガイドブックの改訂に向けて
検討体制を構築

令和8年4月配布予定

柏モデルガイドブックの改訂について

現状調査にご協力ください

改訂の方向性・内容を検討するために
活用状況を把握する目的

ウェブアンケート（11月～）

後日依頼しますので
各職能団体内で周知をお願いします

参考｜柏モデルガイドブックの目次

＜目　次＞

1章．在宅医療の体制構築について	1
2章．柏市の取り組み	3
(1) 柏プロジェクトの概要	4
(2) 在宅医療・介護多職種連携の会議体制	11
(3) 在宅医療・介護多職種連携のための研修	12
(4) 市民啓発	14
(5) 柏地域医療連携センターの機能	16
3章．在宅医療を推進するための体制	19
(1) 主治医・副主治医制	20
(2) 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保	21
(3) 情報共有システム（カシワニネット）	22
(4) 口腔ケアの推進	26
(5) 総合特区法に基づく特例措置	28
①訪問リハビリテーション	
②歯科衛生士等居宅療養管理指導	
(6) 地域ケア会議	30
4章．病院と在宅との入退院時連携のルール	31
(1) 在宅療養に必要な多職種連携のルール	32
①在宅移行時の多職種連携ルール	
②在宅療養中の多職種連携ルール	
(2) 在宅医療につなぐ退院調整	43
5章．様式	45
○柏市版・退院時情報共有シート	
○退院時共同指導　記録	
○柏市版・入退院時連携のフロー・チェックリスト	
巻末　「柏モデル　ガイドブック」改訂に係る検討委員会	50

柏モデルガイドブック
ダウンロードはこちら

参考｜改訂の背景

在宅医療・介護多職種連携のテーマ
R6年度第1回 資料4 スライド29

いただいたご意見

“変化する意向をタイムリーに多職種で情報共有することが，非常に大事な部分”
“受容の段階で認識のずれが生じたケースが続いた。こうした課題を考えていくことが質の向上に繋がるのでは”
“本人の意向に対する医療と介護での受け止め方の相違に踏み込むことで，多職種連携の水準が上がっていく”

▼

これからの在宅医療・介護多職種連携のテーマ

本人と家族の意向に沿った多職種連携の推進

29

テーマ達成に向けた4場面ごとのポイント

R6年度第1回 資料4 スライド39-42

「入退院支援」におけるポイント

- 本人・家族・支援者で話し合い，本人の意向に沿った意思決定ができるように支援する。
- 本人の意向は，入退院時点のみならず，状況に応じて入院中や退院後にも共有する。
- 本人の意向は，本人・家族・支援者間でズレが生じないように，特に病院と在宅チームとの間で確実に，かつスムースに共有する。
- 支援者間で，入院前の状況や本人・家族の想い等についても共有する。
- 同職種・多職種間及び関係機関との連携体制を構築し，退院後の生活に向けて，早期からの連携・調整を図る。
- 本人・家族への説明や情報提供及び状態に応じたサービス提供については，本人・家族の納得や理解が十分に得られるように心がける。

39

参考｜改訂の背景

R4・R5年度 ICT部会 作成　別紙１

①入退院のルール（完成版）

NO	ルール
1	・関係者は，退院前カンファレンスの前に在宅チームを作ってから退院につなげるよう努める
2	・退院後速やかに在宅サービスの利用が開始できるように，在宅チームにサービス調整の依頼をする
3	・退院前カンファレンスは，直接の対面が難しい時はオンライン等を活用し対面で行えるよう努める
4	・退院後に介護保険サービスの利用予定がある場合，退院時カンファレンスにケアマネジャーをはじめ，多職種が参加できるよう調整する
5	・状況に応じて，在宅チームからも退院前カンファレンスの開催を提案していく
6	・病院側と在宅側の同職種間および多職種間での連携を行うよう努める
7	・zoom等を活用し、在宅チームが本人と顔を合わせる機会をつくる
8	・直接会えない状況であっても，工夫して面談を設定する
9	・書面だけではなく，画像等で本人の状態が共有できるように工夫する
10	・本人・家族の要望だけでサービスの調整を行わず，病院に直接，本人の状態等を確認する
11	・入退院時調整にあたり，在宅チームと病院間で確実に連絡がとれる手段について検討しておく
12	・在宅チームは，退院後の本人の状況を必要に応じて知らせる
13	・在宅療養中の情報提供を病院へ積極的に行う
14	・入退院時には，ケースの病状だけではなく生活習慣および環境も考慮し，病院側と在宅側の多職種や行政も含めて連携を図る
15	・病院と連携する際には，その病院の地域連絡窓口等を確認する
16	・入退院時の連携調整にあたっては，窓口となるＭＳＷや退院調整看護師等と十分な連携をとっていく
17	・退院後に医療処置が必要なケースでは，継続的な医療支援が行えるようサービスの調整を検討する
18	・退院に向けて行われた指導・説明の内容と本人・家族の理解について，退院前に病院と在宅チームの間で共有しておく
19	・本人の意向と家族側の意向が違っている場合，本人と家族，多職種で話し合い意思決定する

4場面ごとの
新たなルールの種
R6年度第1回 資料1別紙1