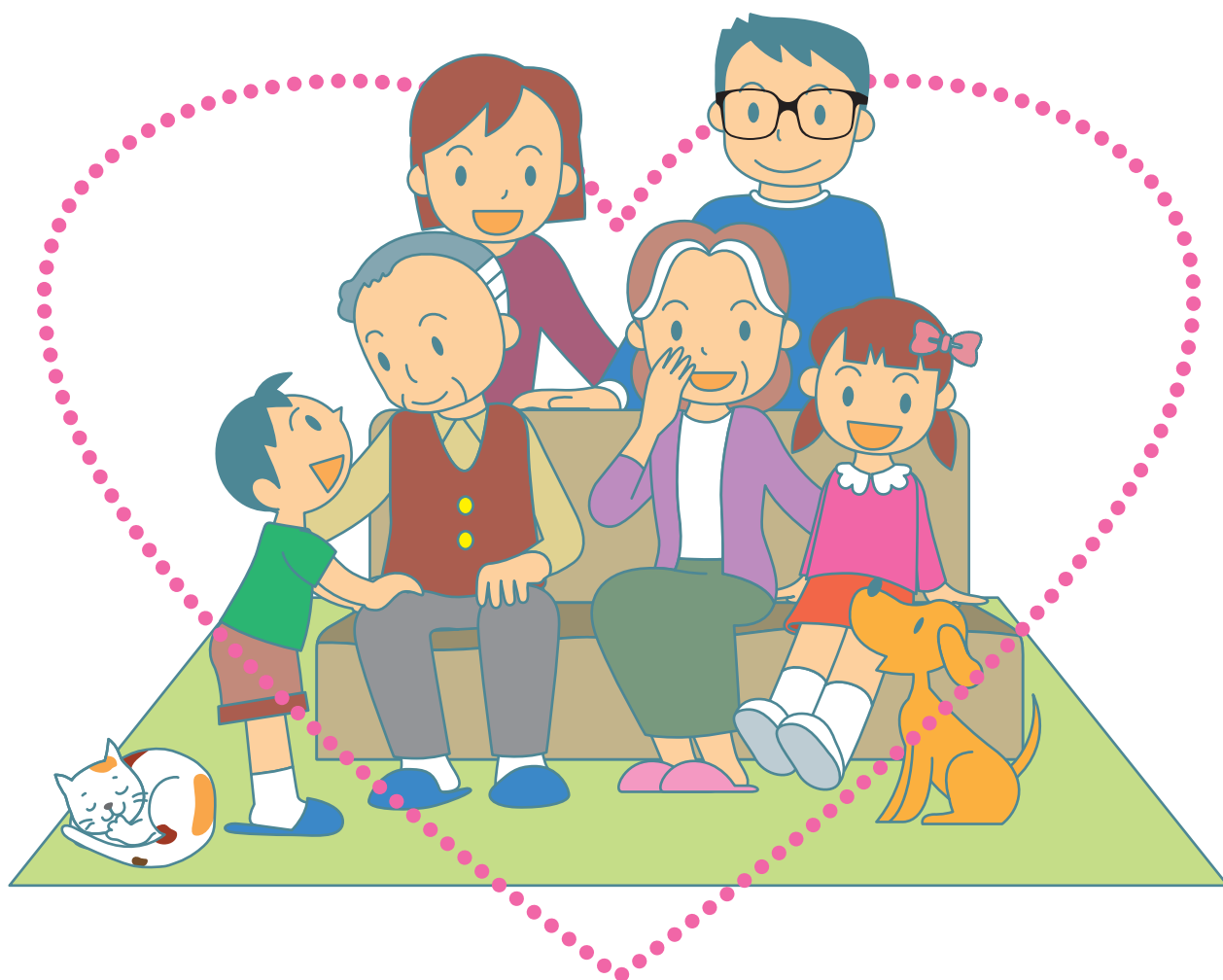


在宅医療・介護多職種連携
柏モデル ガイドブック
【第2版】



我が家でよりそう 医療と介護

2020年9月発行

<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

はじめに

今後、急速に高齢化が進展していく状況の中、市民に安心して過ごしてもらうためには、在宅医療の提供体制を構築し、介護とも連携して、「患者や家族に寄り添った医療・介護」を提供していくことが求められます。

柏市では、柏市医師会を始めとして、多職種団体の代表からなるワーキンググループを開催し、議論を積み重ねた上で、平成26年3月に多職種連携のシステムやルールについてまとめた「在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブック」を発行しました。

初版発行から5年が経過したことから、現状に合わせた内容の充実を図るため、改訂に係る検討委員会を設置し、協議を重ねて、第2版を発行することとなりました。

市内の医療機関及び多職種団体は、このガイドブックを参考として多職種連携に努め、市民が安心して在宅生活を継続できるよう支援していくものとします。



《柏モデル ガイドブックのコンセプト》

「患者や家族に寄り添った医療・介護」を提供するための多職種連携のシステムやルールをまとめたもの

- 多職種（支援者）向けのもの
- 在宅医療・介護専門職や病院の医師・看護師・地域連携担当者が活用するもの
- 柏モデルの仕組み・体制を明記し理解を促すもの
- 病院と在宅のシームレスな連携につながるもの
- 多職種連携が推進され、市民が安心して在宅生活を継続できるような支援につながるもの

1 章. 在宅医療の体制構築について

在宅医療の体制構築について

多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいます。高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活するようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められています。在宅医療は、高齢になっても病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素であります。

また、今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されています。

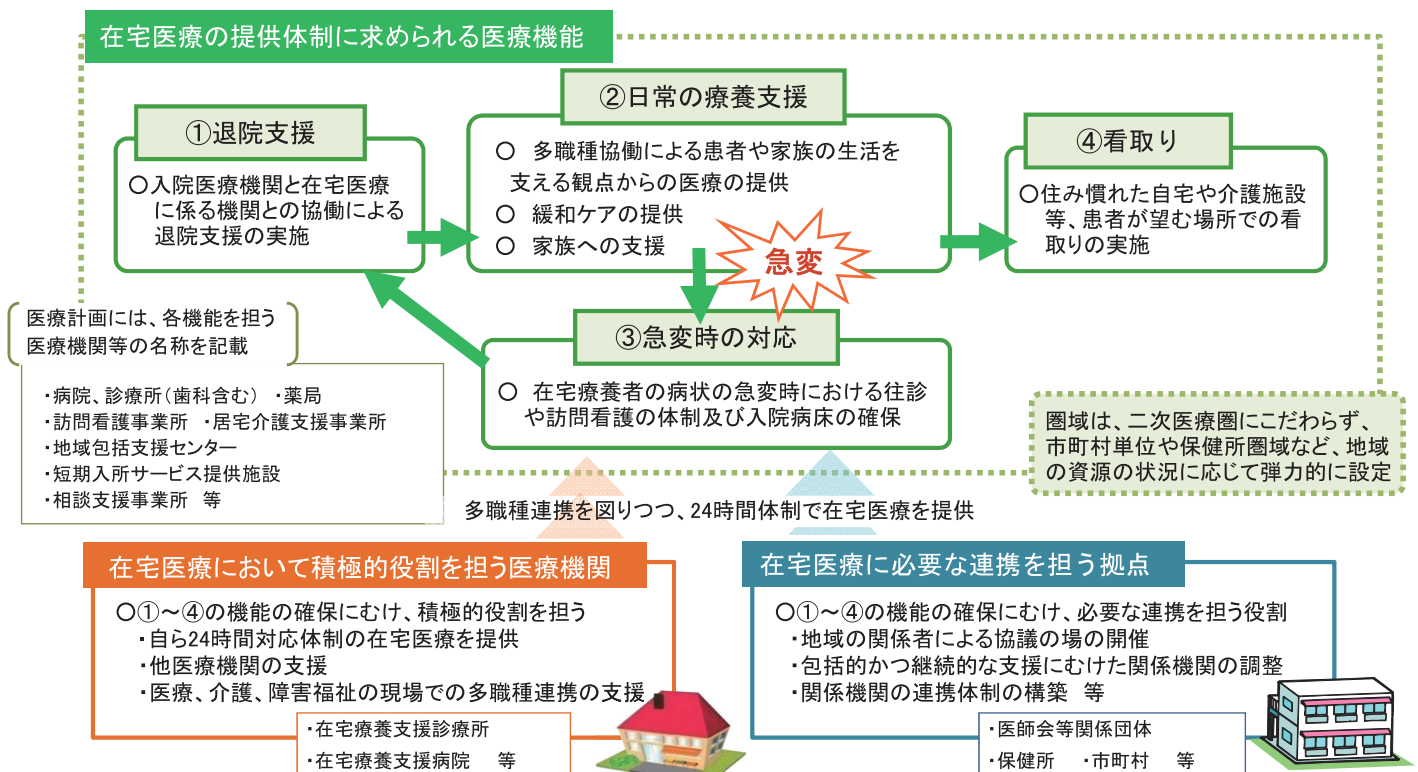
目指すべき在宅医療体制の構築に必要な事項は次の4つであり、地域において多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要であります。

- ①円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制
- ②日常の療養支援が可能な体制
- ③急変時の対応が可能な体制
- ④患者が望む場所での看取りが可能な体制

〔在宅医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について)

平成29年3月31日付医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知〕より一部抜粋

「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ



在宅医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について)(平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)より

2章. 柏市の取り組み

- (1) 柏プロジェクトの概要
- (2) 在宅医療・介護多職種連携の会議体制
- (3) 在宅医療・介護多職種連携のための研修
- (4) 市民啓発
- (5) 柏地域医療連携センターの機能

(1) 柏プロジェクトの概要

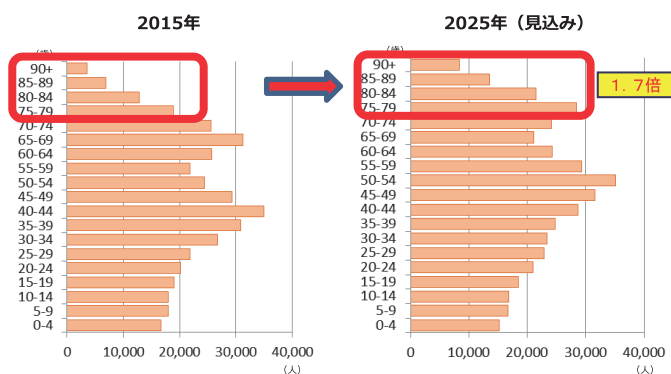
①背景：高齢化の進展

柏市では、高齢化の波が徐々に打ち寄せ、プロジェクト発足時、柏市における2011年10月1日現在の高齢者人口は80,686人、高齢化率は20.0%、全国の割合である23.3%と比べると3.3ポイント下回っており、全国水準より高齢化は進んでいない状況でした。

しかし、国立社会保障・人口問題研究所が2008年12月に公表した「日本の市区町村別将来推計人口」によれば、2030年の高齢者人口は約117,000人、高齢化率は32.4%に達すると見込まれていました。さらに、75歳以上の後期高齢者人口について見ると約75,000人と市人口に占める割合は20.7%となり、2010年の約30,000人から2.5倍に膨らむと推計されました。

2020年1月末時点での高齢者人口は約109,400人、高齢化率は25.7%となり、高齢化は年々確実に進展しています。

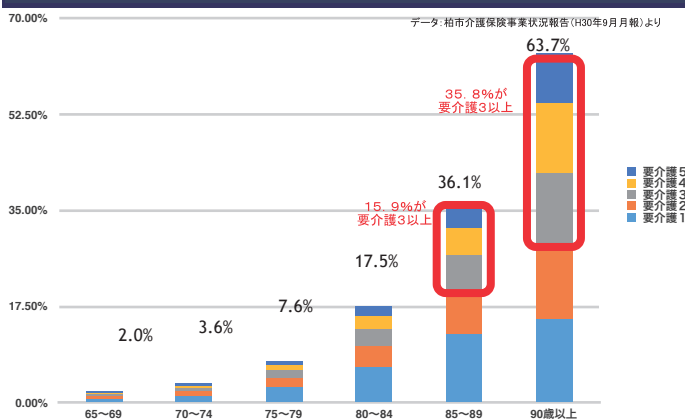
柏市の高齢化の状況：年齢年齢別人口構成の変化



特に75歳以上の後期高齢者に着目すると、2015年から2025年までの10年間で1.7倍増加する見込みです。

2020年時点で約53,000人の後期高齢者は、10年後の2030年には7万人を超える見込みです。

柏市の高齢化の状況：年齢別要介護認定率



2020年1月末現在の要介護認定率は15.8%です。

年齢区別に要介護認定率を見ると、特に85歳を超えると認定率の上昇が著しくなり、また、要介護3以上の中重度の要介護状態の方が増加することがわかります。

② 趣旨

このような状況の中、UR都市機構による豊四季台団地の建替え事業を契機として、東京大学高齢社会総合研究機構、UR都市機構、柏市の三者は、身近に迫る超高齢・長寿社会に対応した「新たなまちづくり」を進めるために、産学官一体で取り組むべく、2009年6月に「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を発足し、2010年5月には協定を締結しました。この協定に掲げる取り組みを「柏プロジェクト」と言います。

柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会 協定の締結

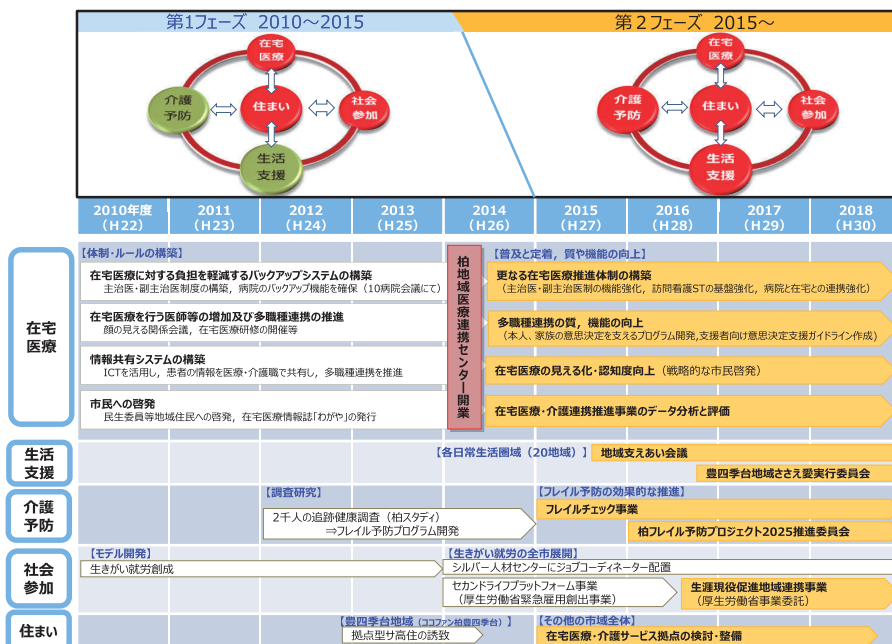
H22年当時、高齢化率が40%を越えていた豊四季台団地地域をモデルとして、「高齢社会の安心で豊かな暮らし・まちのあり方」を柏市、東京大学、UR都市機構の三者で議論し、実践するために協定を締結



「柏プロジェクト」ではコンセプトを「住み慣れた場所で自分らしく老いることができるまちづくり：Aging in place」の提案と実践とし、まちづくりの方針・あるべき姿として「いつまでも在宅で安心した生活を送れるまち」「いつまでも元気で活躍できるまち」を掲げ、取り組みを開始しました。

③ 今までの経過

柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会（三者研）これまでの取組



左記の図は今までの取り組みを年表で整理したものです。最初の5年間（第1フェーズ）は在宅医療の体制整備とルールの構築を中心に進められ、2015年からの第2フェーズでは、その他の項目についても、在宅医療の推進の中で構築された枠組みを活用して展開されていくようになりました。

④在宅医療推進の取り組み

市の医療機関の現状を「平成21年地域保健医療基礎統計」を使って全国平均と対比してみると、人口10万人当たりの一般病院病床数は、全国の1057.9床に対して、市は814.4床、一般病院病床利用率は全国79.9%に対して市は85.0%であり、病床の需給は逼迫した状況が続き、このままの状況で高齢者が増加すると、近い将来、病床が高齢者で埋め尽くされてしまうことが懸念されました。

これに対して、病床数の増加により対応すべきという考えもありましたが、団塊の世代が後期高齢者になる10年後には大量の医療・介護ニーズが発生するものの、その後10数年経つと、今度は一気にその需要が縮まることを意味していました。その後人口が増えるのは、団塊ジュニアの世代（各年齢ごとに6,000人程度）を待たなくてはならず、期間にすると20年くらいの間隔があくことになるため、既存の医療政策の延長として病床を増設することは難しく、地域の資源の中で患者を診ていく視点（＝在宅医療）がこれまで以上に必要になると予測されました。

また、高齢者の医療体制のあり方を考える上では、もう一つの重要な視点は「市民の希望」です。2008年に厚生労働省が調査した「終末期医療に関する調査」によると、終末期の療養場所に関する希望について、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「基本的には自宅で療養したい」と回答していました。これは、柏市民に対するアンケートでも同様の結果で、高齢となり医療

在宅医療・介護連携に取り組んだ背景ときっかけ

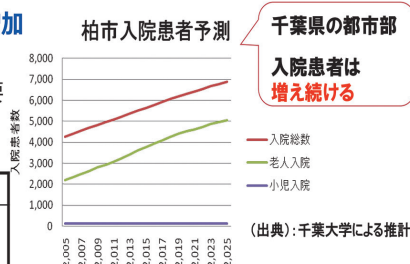
①長寿化進展による慢性疾患患者の増加

「病院完結型」から、在宅生活を支える「地域完結型」の医療・介護サービスが必要

○病床利用率

(出典)平成23年病院報告(厚生労働省)

	病床利用率 (%)		
		(再掲) 精神科病院	(再掲) 一般病院
柏市	87.0	92.6	85.1
全国	81.9	90.6	80.2
千葉県	79.7	90.0	77.6
千葉市	76.6	78.2	76.3
船橋市	81.5	92.6	76.7



柏市の病床利用率は**85.1%(H23)**

このままでは近い将来、病床は高齢者でいっぱいになる恐れがある。

②終末期の療養場所

市民の希望は「自宅」が多い、
実際は病院で亡くなる方が8割の状況

【★プロジェクトの推進方針★】

市と医師会が理念を共有し、多職種と手をつなぎながら、在宅医師等の増加、連携づくり、市民啓発を行おう！

療や介護が必要となっても、可能な限り住み慣れた地域で生活したいという思いは市民の切なる願いです。しかし、現状の終末期医療はそうした希望に応えるものではなく、自宅で亡くなる人は全死亡者の中の1割程度という状況でした。

柏市は、高齢化の進展に伴う医療提供側と市民側双方の問題を解決するために、在宅医療を推進することが急務と考えました。そこで柏市医師会と柏市が課題を共有した上で、多職種連携の推進など5つの取り組みを進める方針を決めました。

在宅医療推進の主な方針		
当初の課題認識	目指したもの	5つの取り組み
<ul style="list-style-type: none"> 医師の24時間356日対応への負担感や、専門領域外への診療への不安感もあり、そもそも在宅で診療を行う医師が少ない 医療職・介護職それぞれがサービスを提供しているため、連携に乏しい 患者・家族は、そもそも入院以外に「在宅医療」という選択肢があることを知らない場合が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療が必要な患者を一部の医師により「点」で支えるのではなく、市域全体をカバーすることによって「面」への広がりを持たせる 医療職・介護職等の「多職種が連携」することにより、安心で質の高いチームケアを提供することができる体制の構築 市民に「在宅医療の必要性・重要性」を理解してもらおう <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> 柏市と医師会がタイアップ 多職種を巻き込んだ関係づくり 市民啓発 </div>	<ol style="list-style-type: none"> 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築 ⇒ 主治医・副主治医制の構築、病院のバックアップ体制の確保 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進 ⇒ 在宅医療研修、顔の見える関係会議 情報共有システムの構築 ⇒ クラウドを使い、関係職種同士がリアルタイムに患者の情報を共有 市民への啓発、相談・支援 ⇒ 出前講座、在宅医療情報紙「わがや」発行 上記を実現する中核拠点（地域医療拠点）の設置 ⇒ H26年4月に柏地域医療連携センターを開設

⑤ 会議体での議論の経緯

◆医療 WG：2010年5月～2012年2月（全20回）

医師会を中心に構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論。

⇒医師会「在宅・プライマリケア委員会」に議論の場を継承。

所属（2012年2月時点）	役職等	氏名（敬称略）
柏市医師会	会長	金江 清
	副会長	長瀬 慈村
	理事	松倉 聡, 石橋 正樹
	会員	平野 清, 遠藤 久人
		古田 達之, 金 重輝 小林 憲明
柏市立柏病院	院長	野坂 俊壽
東京慈恵会医科大学附属柏病院	総合診療部長	多田 紀夫
柏厚生総合病院	地域連携担当部長	十束 英志
千葉大学	医学部 教授	高林 克日己
	医学部 准教授	藤田 伸輔

◆連携 WG：2010年7月～2011年7月（全10回）

医療・介護の多職種団体の代表者で構成し、多職種連携のルールを議論。

所属（2011年7月時点）	役職等	氏名（敬称略）
柏市医師会	会長	金江 清
	副会長	長瀬 慈村
	理事	松倉 聡
	会員	平野 清, 遠藤 久人 古田 達之, 金 重輝 小林 憲明
柏市立柏病院	院長	野坂 俊壽
	地域医療室	島 生乃
	地域医療連携室	虻川 良子
くわのクリニック	院長	桑野 雄介
柏厚生総合病院	地域連携課主任	牛島 功貴
柏歯科医師会	地域保健医療担当理事	花澤 浩之
	地域保健医療委員会	金剛寺 高宏
柏市薬剤師会	理事	大塚 昌孝
	理事	保泉 廣実
はみんぐ訪問看護ステーション	所長	真貝 和江
こすもす訪問看護ステーション	管理者	藤田 陽子
北柏訪問看護ステーション	所長	石原 昌子
訪問看護ステーションほうむ	所長	秦野 嘉智子
柏市介護サービス事業者協議会	理事	中村 昌子
	理事	山口 智子
柏市老人福祉施設連絡協議会	会長	吉野 一實
柏市介護支援専門員協議会	豊四季ケアセンターそよ風	山崎 久枝
	コミュニケア24 リハビリデイサービス柏	野上 勢津子
	ケアプランときわ	小林 弘幸
柏市豊四季台地域ふるさと協議会	会長	佐藤 勝次郎
柏市社会福祉協議会	事務局長	村田 恒
千葉大学	医学部 教授	高林 克日己
	医学部 准教授	藤田 伸輔

◆**新) 連携WG**：2011年10月～2014年3月（全17回）

医師会，歯科医師会，薬剤師会，病院関係者，看護師，ケアマネジャー，栄養士，リハビリ職，地域包括支援センター等の代表者等で構成し，多職種連携のルールを議論。

⇒「在宅医療・介護多職種連携協議会」へ移行・継承。

所属（2014年3月時点）	役職等	氏名（敬称略）
柏市医師会	会長	金江 清
	副会長	長瀬 慈村
	理事	平野 清
	理事	古田 達之
おおたかの森病院	院長	松倉 聡
	地域連携室 室長	鈴木 敬之
柏市立柏病院	院長	野坂 俊壽
	地域医療室	染野 貴寛
柏歯科医師会	会長	今村 貴彦
	地域保健医療担当理事	金剛寺 高宏
柏市薬剤師会	会長	中村 佳弘
	理事	大塚 昌孝
はみんぐ訪問看護ステーション	所長	真貝 和江
こすもす訪問看護ステーション	管理者	藤田 陽子
柏市介護支援専門員協議会	会長	渡辺 良明
	副会長	大島 庸子
柏西口地域包括支援センター	所長	小野田 光芳
北柏地域包括支援センター	所長	斎川 英文
柏市在宅リハビリテーション連絡会	会長	西田 恭子
	副会長	長谷川 俊行
東葛北部在宅栄養士会	会長	宮下 総子
	在宅栄養部会担当	田口 厚子
千葉大学	医学部 教授	高林 克日己
	医学部 准教授	藤田 伸輔
柏市社会福祉協議会		山口 利史

◆**試行WG**：2011年11月～2014年1月（全10回，延474名参加）

主治医・副主治医制や多職種連携について，具体的ケースに基づく試行・検証を行う場として設置。情報共有システムを使った演習や情報共有事項を検討するグループワークなどを通じて，多職種チームによるシステムの活用のあり方等を検討。



◆**試行WG評価チーム**：2011年11月～2013年5月（全8回）

多職種で構成し，多職種連携のルールについて，具体症例に基づく試行と検証を実施。

所 属（2013年5月時点）	役職等	氏名（敬称略）
平野医院	院長	平野 清
古田医院	院長	古田 達之
おおたかの森病院	院長	松倉 聡
金剛寺歯科クリニック	院長	金剛寺 高宏
みどり薬局		小田 文子
ケアプランときわ	代表	小林 弘幸
こすもす訪問看護ステーション	管理者	藤田 陽子
光ヶ丘地域包括支援センター	主任介護支援専門員	市村 綾子
千葉大学医学部附属病院	副病院長・企画情報部教授	高林 克日己

◆**10病院地域連携会議**：2011年10月～2013年6月（全10回）

救急告示医療機関とがんセンターの院長・MSWで構成し，在宅医療のバックアップや退院調整について議論。

⇒「**病院連絡会議**」・「**病院地域連携担当者連絡会議**」へ移行・継承。

所属（2013年6月時点）	役職等	氏名（敬称略）
国立がん研究センター東病院	副院長	林 隆一
	患者・家族支援相談室	坂本 はと恵
東京慈恵会医科大学附属柏病院	副院長	岸本 幸一
	患者支援・医療連携センター	田村 宏美
千葉・柏たなか病院	院長	谷山 新次
	医療連携室	深谷 祐輔
	医療相談室	河野 江利子
岡田病院	院長	岡田 敏英
	事務長	辻 哲男
柏厚生総合病院	外科部長・地域連携担当部長	十束 英志
	地域連携課医療相談室	牛島 功貴
名戸ヶ谷病院	院長	大江 隆史
	地域連携室	伊藤 健太郎
おおたかの森病院	院長	松倉 聡
	地域連携室	鈴木 敬之
柏市立柏病院	院長	野坂 俊壽
	地域医療室	染野 貴寛
辻仲病院柏の葉	副院長	大橋 一雅
	地域連携室	望月 琢麻
深町病院	院長	深町 信介
	総務長	深町 久美
柏市医師会	理事	平野 清
	理事	古田 達之

(2) 在宅医療・介護多職種連携の会議体制



在宅医療・介護 多職種連携協議会

病院連絡会議

病院地域連携担当者連絡会議

【◆会議の構成メンバー】

- ・ 救急告示病院， 災害医療拠点病院
- ・ 災害医療協力病院
- ・ 国立がん研究センター東病院

- ・ 多職種連携ルールの作成
- ・ 在宅医療推進のための行政施策への反映

【◆協議会の構成メンバー】

柏市医師会（診療所，病院）， 柏歯科医師会，
柏市薬剤師会， 柏市訪問看護ステーション連
絡会， 柏市介護支援専門員協議会， 柏市在宅
リハビリテーション連絡会， 東葛北部在宅栄
養士会， 柏市介護サービス事業者協議会，
地域包括支援センター， 柏市社会福祉協議会
柏市ふるさと協議会連合会
柏市（事務局）※2020年3月時点

多職種連携・情報 共有システム部会

- 情報共有システムや多職種連携のルールについて議論

研修部会

- 多職種連携のための研修企画

啓発・広報 部会

- 市民を対象とした在宅医療の普及・啓発活動の実施と企画・検討
- 在宅医療情報紙「わがや」の作成



具体的な取り組みは，3つの作業部会で検討，実施

【構成メンバー】 各職能団体や関係機関から推薦された専門職，市民

(3) 在宅医療・介護多職種連携のための研修

① 在宅医療推進のための多職種連携研修会

【目的】

かかりつけ医の在宅医療参入の動機づけと多職種連携のチームビルディングを推進するために実施する。

【実施体制】

主催：柏市医師会・柏市

共催：柏歯科医師会・柏市薬剤師会

柏市訪問看護ステーション連絡会

柏市介護支援専門員協議会

柏市在宅リハビリテーション連絡会

東葛北部在宅栄養士会・柏市介護サービス事業者協議会

後援：東京大学高齢社会総合研究機構・千葉県



★ 総合型研修 ★ 2日間1コース

- ・在宅で課題となるテーマに関する講義と多職種によるグループワーク等
(テーマ) ①在宅生活を支える多職種プレゼンテーション
②多職種によるがん患者への在宅医療介護支援
③認知症の行動心理徴候 (B P S D) の基本的理解
④摂食・嚥下障害の基本知識とその対応
⑤退院時共同指導～かかりつけ医との連携～家族の体験談
⑥本人の選択と本人・家族の心構え 等

★ 実地研修 ★

- 総合型研修を受講した医師を対象とした訪問診療の同行研修 (必須)
- 訪問看護ステーション, 居宅介護支援事業所, 緩和ケア病棟等での研修 (希望選択制)



②顔の見える関係会議

【目的】

多職種が一堂に会し、グループワークを通じて意見交換をし、顔の見える関係を構築することで、通常業務においても多職種連携を推進し、質の高い支援につなげるために実施する。

全体会議

- 年2回開催
(うち1回はアドバンス研修)
- テーマ (実施例)
 - ・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
 - ・脳卒中の方が安心して在宅療養へ移行するために
 - ・息切れやむくみのある高齢者への支援について (心不全)
- ★アドバンス研修 (実施例)
 - ・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

エリア別会議

- 北部・中央・南部ごとに年1回開催
- 各エリア座長 (医師) と地域包括支援センターを中心に運営
- テーマ (実施例)
 - ・高齢者の救急搬送の現状と課題
 - ・災害時におけるお互いの役割を理解し行動するために
 - ・認知症の方を地域で見守り支えあえるまちを目指して
 - ・がんになってもその人らしく生きる選択をするために

※各会議開催前に「ファシリテーター会議」を開催し、会議の進め方を検討・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, 病院地域連携担当職員, 看護師 (訪問看護, 病院・診療所), 介護支援専門員, 理学療法士・作業療法士, 言語聴覚士, 管理栄養士 (在宅・病院), 介護サービス事業者職員, 介護施設職員, 地域包括支援センター職員, 消防局救急隊員, 市役所職員, ふるさと協議会・民生委員児童委員等の市民 等



(4) 市民啓発

【目的】

病気になっても、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域でいつまでも自分らしく暮らせるように、在宅医療の実情を伝えることで、選択肢のひとつとして考えられるようにする。また「自分に取り組むこと」「地域ができること」について考え、実践できるよう、意見交換や情報提供を行う。

【目標】

- ①在宅医療・介護の実情を知ってもらい、自らの健康・家族の健康・身近な人の健康を考える市民が増える。
- ②自分の周りに在宅医療・介護を必要とする方がいたら、情報提供や関係機関へつなぐことができる市民が増える。
- ③在宅医療・介護に興味をもって、一緒になって考えることのできる市民が増える。
- ④関係機関と行政が協力して、啓発に取り組む体制をつくる。

【主な実施方法】

●多職種などで行う出前講座

在宅医療・介護の実情について学び、地域に必要な取り組みを考える機会とする。専門職からの具体事例の紹介を通じて在宅医療の実際について理解を深める。

●在宅医療情報紙「わがや」等、情報ツールを利用した啓発活動

情報紙の作成や、ホームページ・Twitter等を活用した情報提供により、広く市民に周知啓発を行う。

実際の市民啓発の様子



市職員による啓発



訪問看護師による啓発

在宅医療情報紙「わがや」

第12号(H3 0.9.1 発行) 第13号(H3 1.3.1 発行)



「わがや」は年2回発行中！
バックナンバー(PDF版)は、
柏市公式ホームページから
入手できます！！



わがや

「わがや」を読まれた方の感想をご紹介します

- おばあちゃんにもいづれ必要になる在宅医療のことが、わかりやすく書かれていました。(15歳)
- まだ身近なことではありませんが、入院せずに過ごせるならその方がいいなと思いました。選択肢が増えました。(39歳)
- 初めてしみじみ読んで、ためになりました。次号からはきちんと読みます。(73歳)
- 在宅医療のイメージは末期で看取るという感じです。費用や、ちゃんと家族で看れるのかという不安があります。(43歳)
- いざという時に困らないように「わがや」で勉強したいと思いました。これからも在宅医療のことをわかりやすく教えて下さい。(45歳)
- 子どもでも分かりやすく書いてあるので、私も読む気になりました。(43歳)
- 以前は「わがや」を気にも留めませんでした。読んでいるうちに安心できる気持ちになりました。(65歳)
- 在宅医療は「介護の必要な高齢の人」というイメージを持っていましたが、そうでないことを知ることができました。(67歳)
- 「在宅医療」については幸いにもこの年齢になるまであまり深く考えたことがなかったので、これを機に自分のことと受け止めて、真剣に考えていく良い動機となり、感謝しています。(91歳)
- 在宅医療についてとてもわかりやすく記載されていて、将来少し安心しました。柏市に住んでいてよかったです。(52歳)
- 施設や入院ではなく、家で最期を迎えることができることがはっきりわかって、ホッとした気持ちがしています。(76歳)
- 余命がわかっている人が自宅で最後を迎えたい気持ちはわかりますが、家族の負担や費用の負担等考えると難しい場合もあると思います。入院も費用がかかります。今の時代、終末期をどうするのか自分で選択できるようになったのは良いことだと思います。(63歳)

(5) 柏地域医療連携センターの機能

柏地域医療連携センターは、**柏市における地域医療の推進と、多職種連携のための中核拠点**として、2014年4月に開所しました。

介護保険法に位置づけられている「地域支援事業」の中の「在宅医療・介護連携推進事業」を主に担当しています。

【住所】〒277-0845 柏市豊四季台 1-1-118

【電話】04-7197-1510 【FAX】04-7197-1511

【開所時間】8:30~17:15

(土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く)



豊四季台団地内に
あります

機能① 在宅医療や介護に関する相談・啓発

○在宅医療や介護に関する相談に対応します。

○入院中や在宅療養中の市民の方やご家族からのお困りごとや心配ごと等の相談を受けたり、情報提供を行います。

○在宅医療に関する市民への情報発信や啓発を行います。

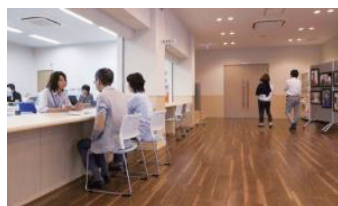
相談対応

本人
家族
から

- ・在宅療養を考えているがどうしたらよいか
- ・在宅医療に切り替えたいがどうしたらよいか
- ・訪問診療をしてくれる先生を教えてください

病院
相談員
や
ケア
マネジャー
から

- ・訪問診療の情報を教えてください
- ・在宅主治医となる医師のコーディネートを依頼したい
- ・在宅主治医等との連携について相談したい



在宅医療に関する情報の発信

- ・柏の在宅医療ステッカーの作成
- ・在宅医療の普及啓発に関するVTR作成
- ・さまざまな機会を活用した啓発
- ・在宅医療に関する情報集約
(「かしわ家在宅医療ものがたり」の冊子化 等)



柏市公式ホームページ
からダウンロード
できます！

かしわ家

検索

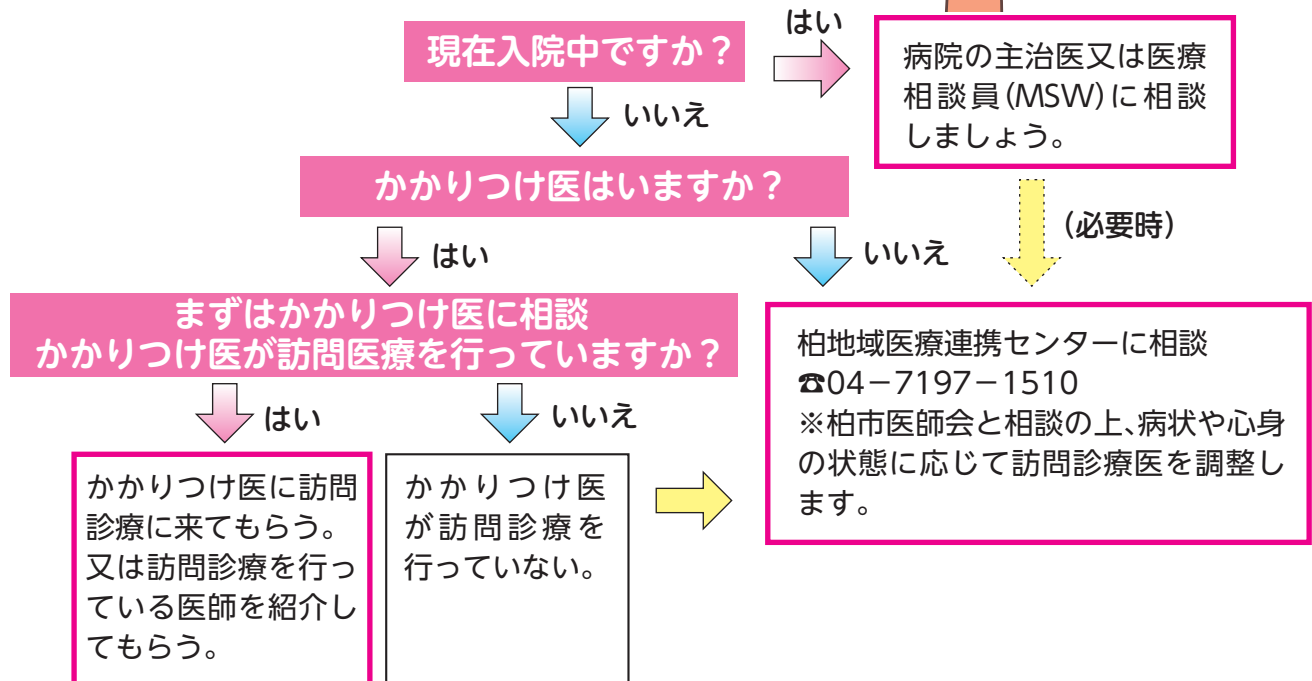


市民等からの医療や介護に関する相談は、**柏地域医療連携センターと地域包括支援センターが相互に連携し、総合相談窓口として対応**します。

機能② 在宅医療が必要な方への調整支援

- 退院する際、または通院が困難になった際に、在宅主治医がない場合、医師会と相談・調整の上で、訪問診療医をコーディネートします。
- 医師以外の職種については、必要に応じて、各職能団体に相談の上で、調整します。

在宅医療を利用したい時、 どうすれば良いの？



医師会医師との相談レビューの様子

- センターの相談状況や医師のコーディネート結果については、柏市医師会「在宅・プライマリケア委員会」にて毎月報告し、共有しています。
- 柏市医師会から推薦された医師による「相談レビュー」を毎月1回開催しています。総合相談窓口としての相談対応状況について、専門的な助言をいただく機会を得て、相談技術の向上・相談機能の体制強化を図っています。

機能③ 医療と介護の連携強化

- 医療と介護の連携強化，多職種連携推進のための研修会や会議を開催します。
- 多職種連携のルールの確認や普及・推進を行っています。
- 情報共有システム（カシワニネット）の利用促進を行っています。

柏市が事務局機能を担い，様々な会議の調整や多職種連携の推進につながる取り組みを調整しています。

「病院と在宅の連携強化」に向けた取り組み

病院連絡会議



市内病院の院長や事務長，地域連携担当職員等に集まっただき，救急医療や災害医療，及び在宅医療との連携に関する取り組みの実績を報告するとともに，課題等の共有や，今後に向けた意見交換を行っています。

病院地域連携 担当者連絡会議



各病院の地域連携室等の相談員・看護師と地域包括支援センターが，シームレスな連携を進めるための意見交換や，仕組みづくりへの提案について話し合っています。

地域包括ケアシステム 研修会



病院の会議室等にて，病院スタッフと在宅医療・介護の専門職が一堂に会し，グループワークを通じて意見交換を行い，顔の見える関係づくりと実際の連携推進を図っています。

【人生の最終段階における意思決定支援～支援者のためのガイドライン～】を発行

「人生の最終段階のことを考える」市民を多職種がチームとなって支えられるように，支援者の意思決定支援に参考となる内容をまとめました。

柏 意思決定支援 検索



柏市公式
ホームページから
ダウンロード
できます！



3章. 在宅医療を推進するための体制

- (1) 主治医・副主治医制
- (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
- (3) 情報共有システム（カシワニネット）
- (4) 口腔ケアの推進
- (5) 総合特区法に基づく特例措置
 - 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

(1) 主治医・副主治医制

かかりつけ医がグループを形成して、お互いにバックアップすることにより、1つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく、多くの診療所が少しずつ支えることで多くの患者を支えるシステム。

主治医・副主治医の役割

- 主治医…患者を主に訪問診療する医師
 - 副主治医…主治医が訪問診療できない時に訪問診療を補完する医師
- ➔両者が相互に協力して訪問診療を提供（相互補完型）

副主治医の選定方法

(1) 副主治医の調整は、次の2つの方法がある。

- ①在宅療養支援診療所：機能強化型のグループ内の医師で調整する。
- ②ゴールデンウィークやお盆、年末年始の長期休業期間は、在宅・プライマリケア委員会の中で副主治医の調整を行う。

(2)主治医-副主治医間の調整や患者情報の共有は、情報共有システム（カシワネット）を活用して行うことが望ましい。

在宅・プライマリケア委員会

在宅・プライマリケア委員会は、訪問診療を行っている医師で構成されています。委員会は月1回開催され、**柏市の在宅医療の体制構築や質の向上・標準化**について話し合い、**モラル・ハザードの機能**も有しています。また地域医療の現場として、医学実習生の受入れや市民啓発等、在宅医療を推進していく上で中心となる「**第2の医局**」としての機能も持ち合わせています。



(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

①在宅側に関するもの

- 在宅の主治医（副主治医）は、患者や家族に急性増悪時の対応を事前に説明し、急性増悪時には原則として、在宅の主治医（副主治医）または訪問看護師が訪問する。
- 訪問した結果、入院が必要な場合は在宅の主治医（副主治医）から病院の救急担当に対して、必要な診療情報や患者・家族の意向を情報提供する。（FAX・電話）

②病院側に関するもの

急性増悪時の対応

- 患者の状態や意向に沿った適切な医療を提供するため、可能な限り退院元の病院が受け入れる。
 - ※病院は、救急隊又は医師からの連絡により、自院の退院患者であることを確認。
- 夜間等で救急受け入れが困難な場合は、受け入れ可能な病院が一時的に受け入れ、患者の意向を考慮し、可能な場合は、後日退院元の病院に転院する。
 - ※1 病院の機能上、2次救急の受け入れが難しい病院の退院患者については、他の病院をバックアップ病院とするため、退院後に他の病院の外来診察を受けることを薦める。
 - ※2 専門医が必要な場合や患者が退院元への入院を希望しない場合は、通常の救急手順に則り、他の病院への入院とする。

急性増悪時以外：レスパイト対応

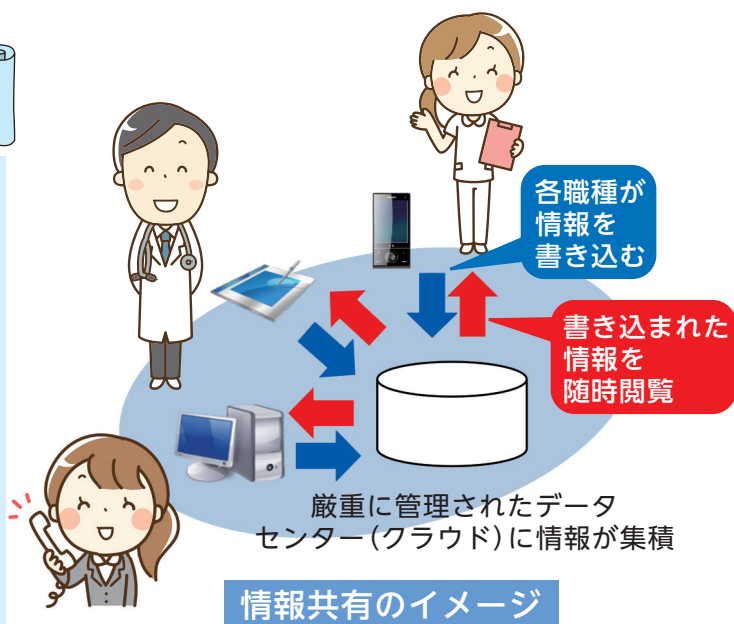
- 各病院ごとに受け入れの基準が異なるため、退院元の病院が受け入れることを第一としつつも、受け入れ可能な病院が受け入れる。
- 一時入院の期間は、再度在宅への復帰が可能となるように、在宅主治医と病院間で相談して決定していくことが望ましい。

(3) 情報共有システム (カシワニネット)

柏市では、市民の方への質の高いサービス提供を目指して、情報共有システムを活用して医療職・介護職の多職種の連携を推進しています。

カシワニネットとは…

- 患者一人一人について、情報共有の場となる「患者のお部屋」を作成。
- タブレット端末、パソコン等により、関わる職種同士がリアルタイムに情報共有。
- 所属機関やサービス種別を超えて、情報共有が可能になることで、在宅医療・介護に関わる多職種のチーム形成を支援。



利用のメリット

★多職種によるチームでの情報共有を効率的に行うことができる。

- ・ 情報を一斉に伝えることができる
- ・ 時間と場所にとらわれない
- ・ 画像・動画で視覚的に患者の状態を把握できる 等

【こんな時は、ぜひカシワニネットの利用を！】

☆病院から退院する時

→変化の多い時期に、情報をリアルタイムに共有できます！

☆利用者に関わる事業所が多い時

→1回の連絡で、複数の事業所に伝わります！

【その他にも「良かった！」という声が多かった事例】

- ・ **ターミナルの患者**→他の職種が訪問した時の様子が把握できます！
- ・ **褥創のある患者**→画像で、創の状況や処置方法を共有できます！
- ・ **リハビリを実施している患者**→動画を使ってリハビリの様子を共有できます！
- ・ **独居や高齢者世帯で認知症がある**→服薬の状況など普段の様子を共有できます！

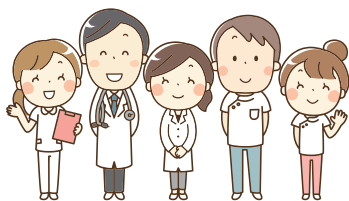
カシワニネット



カシワニネット利用の手順

1. システム利用申請

申請書を柏市に提出し、IDの発行と電子証明書インストールの案内を受けます。



システム利用者
(医療・介護事業者)

①申請 (様式1)



②IDの通知, 電子証明書
インストールの案内

※ID発行には2週間程度かかります。(地域医療推進課)



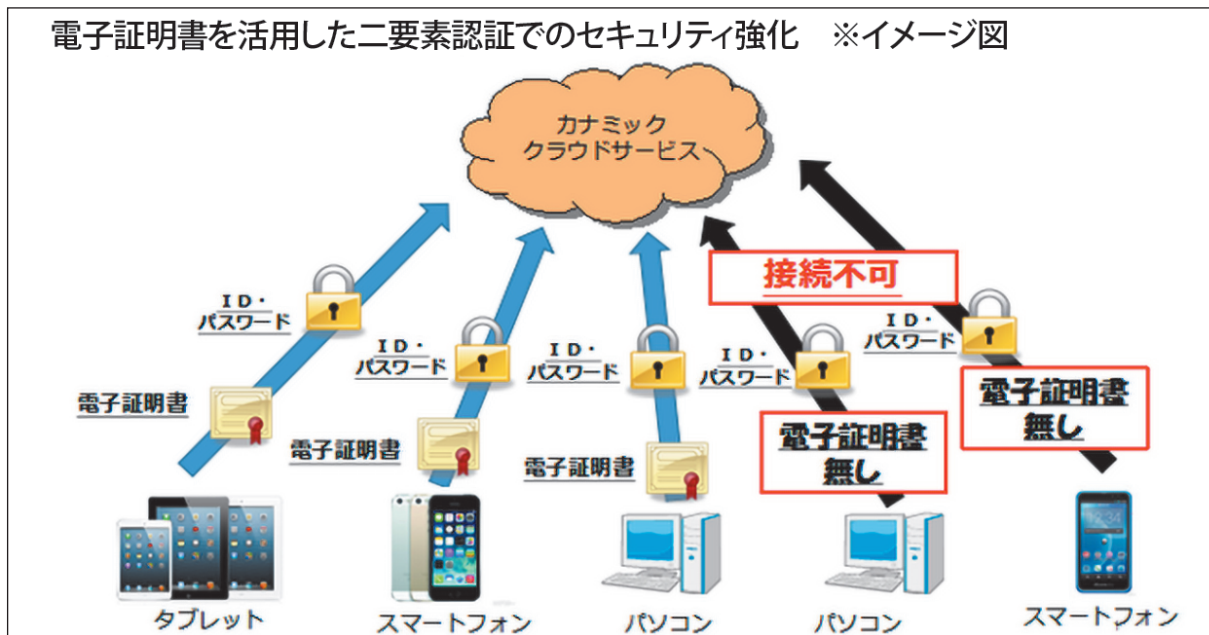
柏市

(地域医療推進課)

※カシワニネット
利用の申請書は
柏市公式
ホームページから
ダウンロード可

2. 電子証明書のインストール

システムを利用するにはセキュリティ強化のため、PC、スマートフォン、タブレットに「電子証明書」をインストールする必要があります。



3. 患者のお部屋開設, お部屋への参加

「患者のお部屋」は柏市が運営管理しています。

開設や参加については、地域医療推進課にご連絡ください。

柏市が管理している患者のお部屋にはこのマークが表示されています。

カシワニネット



kashiwani© KIC 2009

カシワニネットのイメージ

患者ごとに部屋を作成

患者を担当している関係者のみが部屋に参加可能。

柏太郎さんの部屋
カシワニネット

[追加で参加者を招待]
[利用者情報の名寄せ]

この部屋の管理者
柏市役所
柏市役所(管理者)
主担当 一般行政職
⇒管理者機能

参加者
柏市役所
柏市役所(管理者)
主担当 一般行政職
柏市役所(トピック作成用)
主担当

説明・確認事項	基本情報・地図	住宅情報	家族情報	医療情報	介護情報
身体・生活	認知・精神	社会	温度板	食事・排泄	備考

システムを承認する部屋です。
管理者が編集できる項目です。退院時共同指導や担当者会議、チーム内で決定したカシワニネット利用のルールやケアに関して共通認識しておかなければならない事項等、掲示の要望がありましたら、福祉政策課までご連絡下さい。

フェイスシート	サービスカレンダー	おくすり手帳	アセスメント(認定調査票)	訪問介護
2014/12/18	2020/09/15	2012/08/09	2013/07/26	2013/06/24

医師機関用帳票 共有帳票 会議予約・調整

ケアレポート	トピック	書込数(未読数)	最終更新日
連絡帳	>>見る	28(未19)	2020/09/15 17:...

患者ごとの定型化された情報

- ・フェイスシート
- ・アセスメントシート(アセス情報)
- ・温度板
- ・カレンダー
- ・お薬手帳

連絡帳を使い、日々の情報を共有します。

基本情報

- ・利用者情報
- ・介護サービス利用状況
- ・備考
- ・医療情報
- ・住宅情報
- ・身体・生活機能等
- ・家族情報
- ・ADL評価
- ・認知項目
- ・FIM-機能的自立度評価表->
- ・FIM評価結果

フェイスシート

[閲覧権限設定の変更]

編集履歴 地域生活連携シート

利用者情報 [各項目へ移動]

最終変更日時	2014/12/10 16:00
最終編集者	柏市役所(管理者)

共有者一覧 編集する

氏名	カシワ タロウ 柏 太郎
性別	男
住所	〒277-0882 千葉県 柏市柏の葉5-1-5 第2総合研究棟110
生年月日	昭和22年02月02日(満73歳)
身長・体重	
血液型	A型
電話番号	04-7136-6676
FAX番号	
携帯番号	
介護保険	保険者番号 保険者名
被保険者番号	0000111122
要介護認定区分	要介護5
認定有効期間開始~ 認定有効期間終了	平成23年01月01日~令和09年12月31日
生活保護	無し
障害等認定	無し

標準化できる情報の共有

患者の基本情報や家族、日常生活動作、既往歴、看取りに関する意向などの情報を共有する

システム画面【ケアレポート：連絡帳】

本日訪問しました 重要度：☆☆☆

共有者：参加者全員

特に読んでもらいたい人：共有者全員

投稿：No.2
 サンプル訪問看護
 看護師 博美

投稿日時:2015/01/01 11:19
 実施日時:2015/01/01 09:00

今日はお身体の状態も良く、元気でした。
 食事も全部食べられました！！

バイタル

実施日時	血圧	脈拍	呼吸	体温	SpO2
2015/01/01 09:00	125/65	52回	38回	36.8℃	98%

添付ファイル



肘部.jpg
【分類】 [写真]



膝蓋骨部.jpg
【分類】 [写真]



動画.mp4
【分類】 [その他]

訪問：7 既読：5 Good Job：3

コメント

サンプル病院 医師太郎 2015/01/02 20:10 更新

異常なしとのことで、ひとまずは安心しましたが、引き続き介護カナさんの体調管理に気を配っていただけますか？

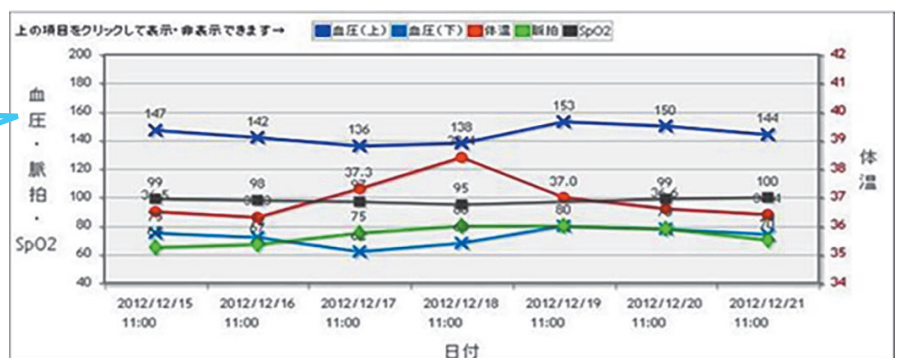
訪問：7 既読：5 Good Job：3

バイタル等、日々の情報を一斉に共有できます。

画像や動画を共有
 ※その他、PDFやWord,Excelも共有できます。(10MBまで)

投稿に対しコメントすることで、チーム間のコミュニケーションが図られます。

バイタルは集計され、グラフとして可視化されます。



カシワニネット



食事・水分量を記録する機能や、サービスの日程を共有できるカレンダー機能、会議の日程を調整する機能等、さまざまな機能があります。

(4) 口腔ケアの推進

① 食べることへの支援

「食べること」は「生きること」 自立した豊かな生活を送るためにも、人として最も基本となる機能です。お口のケアは生涯にわたるQOLの維持・向上には欠かせないものになります。

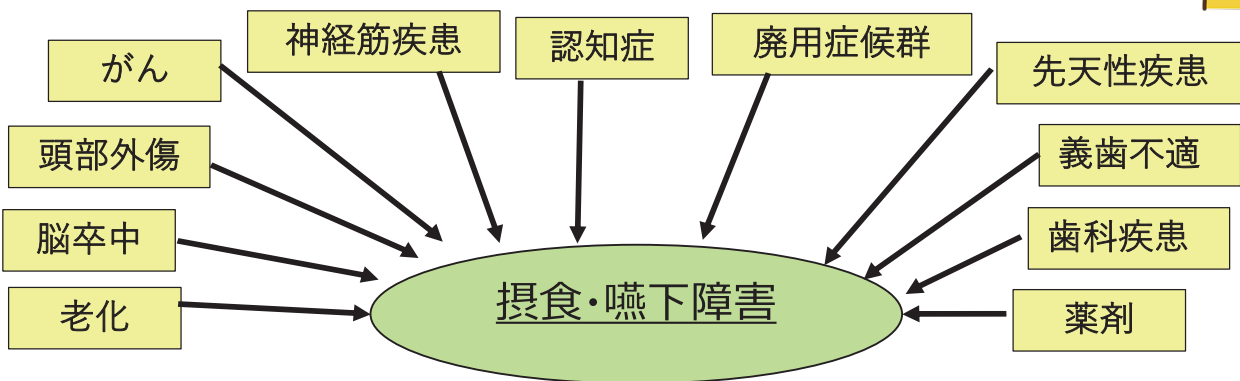
お口の機能低下は、加齢による筋力低下（※）から始まり、低栄養を引き起こす要因になります。

（※P.27 お口のチェックシート参照）

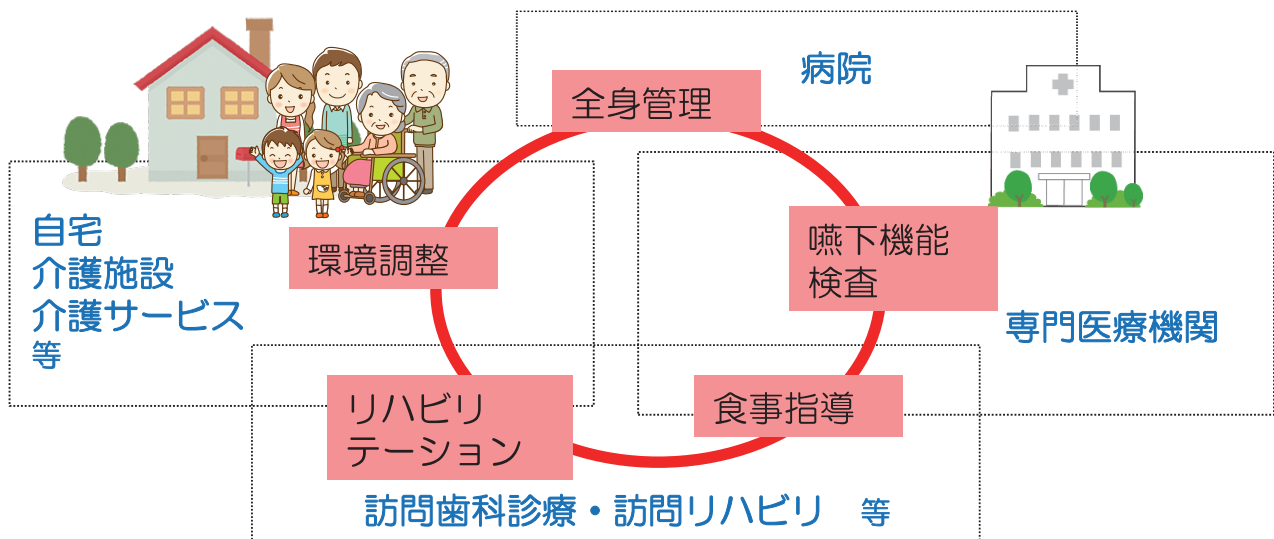
お口の機能低下は、からだ全体に影響を与え、QOLの低下につながります。



② 摂食・嚥下障害の原因

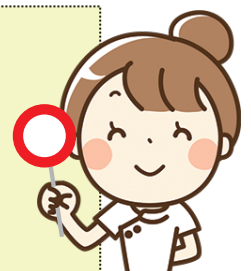


③ 摂食・嚥下リハビリテーションの地域でのチームアプローチ



④ 訪問による歯科診療・口腔ケアの効果

- ❁ 誤嚥性肺炎の予防
- ❁ 美味しい食事
- ❁ やすらかな呼吸と会話
- ❁ 回復期患者への早期支援により、食べる「口」を守る
- ❁ 栄養改善
- ❁ 口腔の管理（義歯のフォロー、むし歯・歯周病・粘膜炎症等の管理）



⑤ 「お口のチェックシート」の活用目的

歯科専門職以外の多職種が、簡便に口腔内の課題に気づき、歯科専門職につなぐことにより、早期に口腔機能の改善や誤嚥性肺炎の予防への対応が可能になります。

【＊チェックシートで確認する対象者＊】

- ・がん末期
- ・脳卒中後遺症（口腔，咽頭，喉頭に麻痺）
- ・認知症で食事が減少
- ・誤嚥性肺炎の既往がある
- ・重度な難病・神経疾患，経管栄養等

【チェック実施のタイミング】

★入院中

⇒退院後に在宅医療・介護が必要な場合

★在宅療養中

⇒ケアプラン作成時，評価・見直し時



歯科介護支援センターをご活用ください

お口のチェックシート

7つのチェック項目

- ① 食べようとしない
- ② 食べこぼしや、うまく噛めないことがある
- ③ 飲み込んだ後に食べ物が口に残っている
- ④ 食事によくむせる
- ⑤ 飲み込んだものが逆流することがある
- ⑥ 肺炎を繰り返す
- ⑦ 口腔ケア（歯磨き）が難しい



食べ物の形態や食事介助で不安がありませんか？

ケアの時口を開けない、嫌がる
むせて心配なんてことはありませんか？



監修：日本大学歯学部摂食機能療法講座 助教
柏市医療公社 中山潤利先生

① 歯科衛生士が訪問調査に伺います。（無料）

② 歯科医師による診療および歯科衛生士による訪問口腔ケアを行います。
※在宅医療にかかる費用は、医療機関への支払い（治療費・訪問診療料）と介護保険の自己負担（居宅療養管理指導）等です。

★主治医との連携、地域の拠点病院や特殊歯科診療所との連携等も行っています。

電話：04-7147-6480（受付：月～金 9：00～17：00）

※ 住所：柏市豊四季台1-1-118（柏地域医療連携センター2階）

特殊歯科診療所（愛称：かむかむ歯科診療所）

歯科医院での治療が難しい方等を専門とした歯科診療所です。

電話：04-7128-2233（※診療は予約制です）

住所：柏市柏下65-1 ウェルネス柏1階

◆要介護者等の歯科治療・口腔ケア

休日を除く火～土 9:00～11:30, 13:00～16:00

◆摂食機能検査，嚥下指導・リハビリテーション外来

毎週水曜日（第3水曜日を除く）9:00～11:30, 13:00～16:00

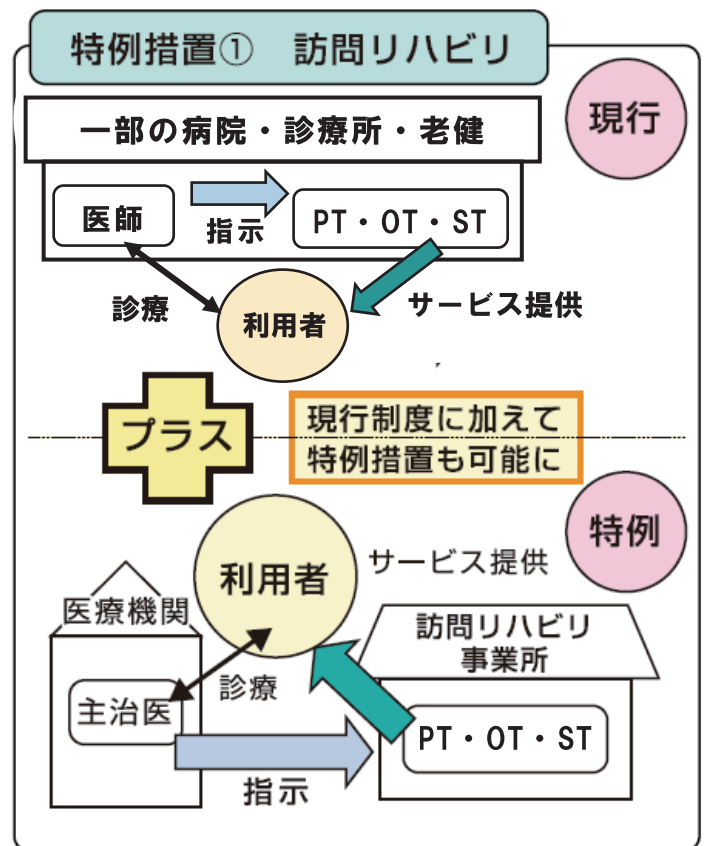


(5) 総合特区法に基づく特例措置

①訪問リハビリテーション

<基本的な仕組み>

- 総合特区法に基づく特例措置により、病院、診療所、介護老人保健施設でなくても訪問リハビリテーションを行うことが可能となった。
- 当該サービスを実施するためには、現行の介護保険法による基準を満たすことが必要である。
(医療保険によるサービス提供はできない)



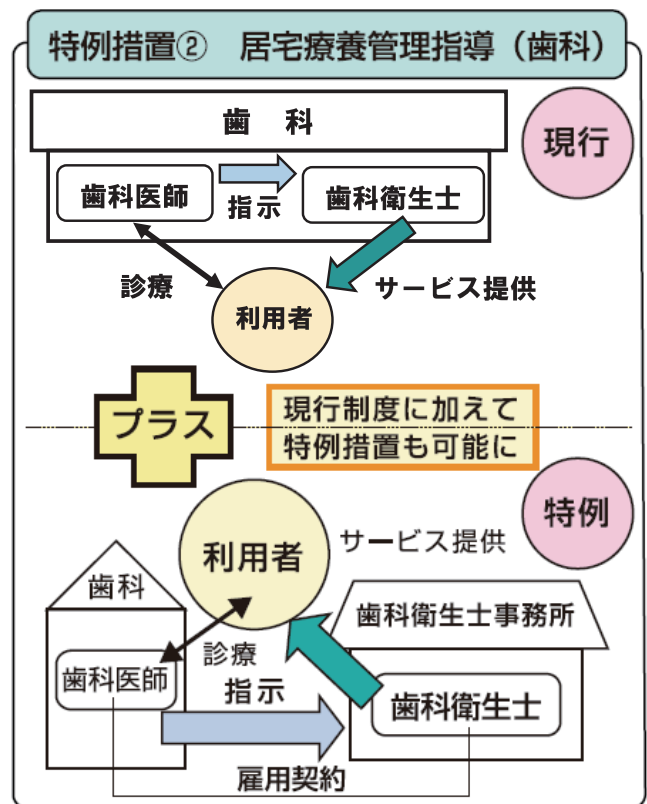
<人員・運営設備に関する主な要件>

- 事業所ごとに置くべき理学療法士，作業療法士，言語聴覚士の員数は常勤換算方法で2.5以上とすること。
- 管理者は，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士であること。
- 管理者及び指示を出す医師は，柏市医師会及び柏市が主催する在宅医療，多職種連携等に関する研修会を受講し，修了しているものであること。
- 主治医は，少なくとも1ヶ月に1回は利用者を診療し，必要に応じて訪問リハビリテーション計画の見直しを行うこと。
- 緊急時の対応策について，主治医とともに利用者ごとに検討し，緊急時等の対応策を定めておくこと。

② 歯科衛生士等居宅療養管理指導

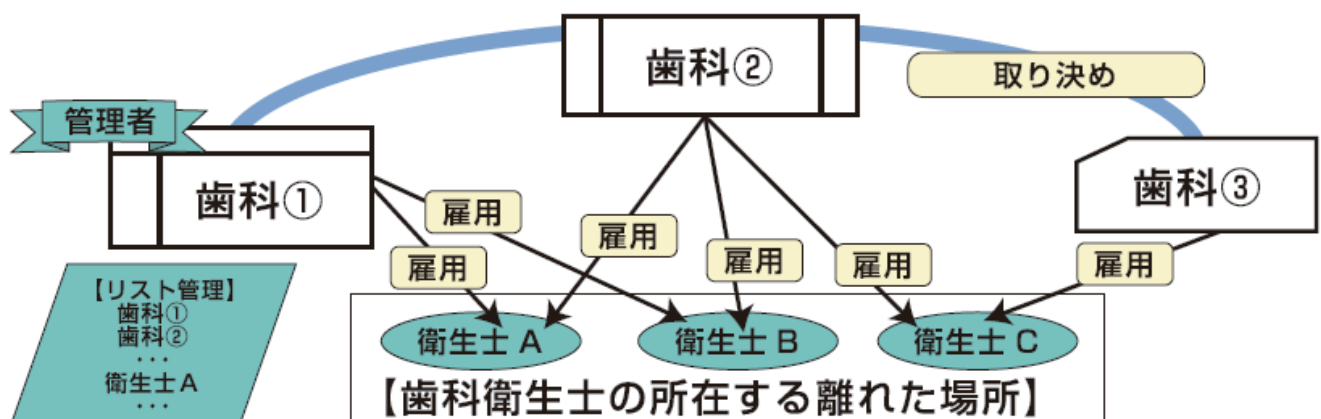
<基本的な仕組み>

- 総合特区法に基づく特例措置により、歯科医療機関でなくても離れた場所から、歯科衛生士が居宅療養管理指導を行うことが可能となった。
- 当該サービスを実施するためには、現行の介護保険法による基準を満たすことが必要。
(医療保険によるサービス提供はできない)
- 介護報酬については、特例措置の案件ではないため、現行どおり、歯科医療機関が算定する。



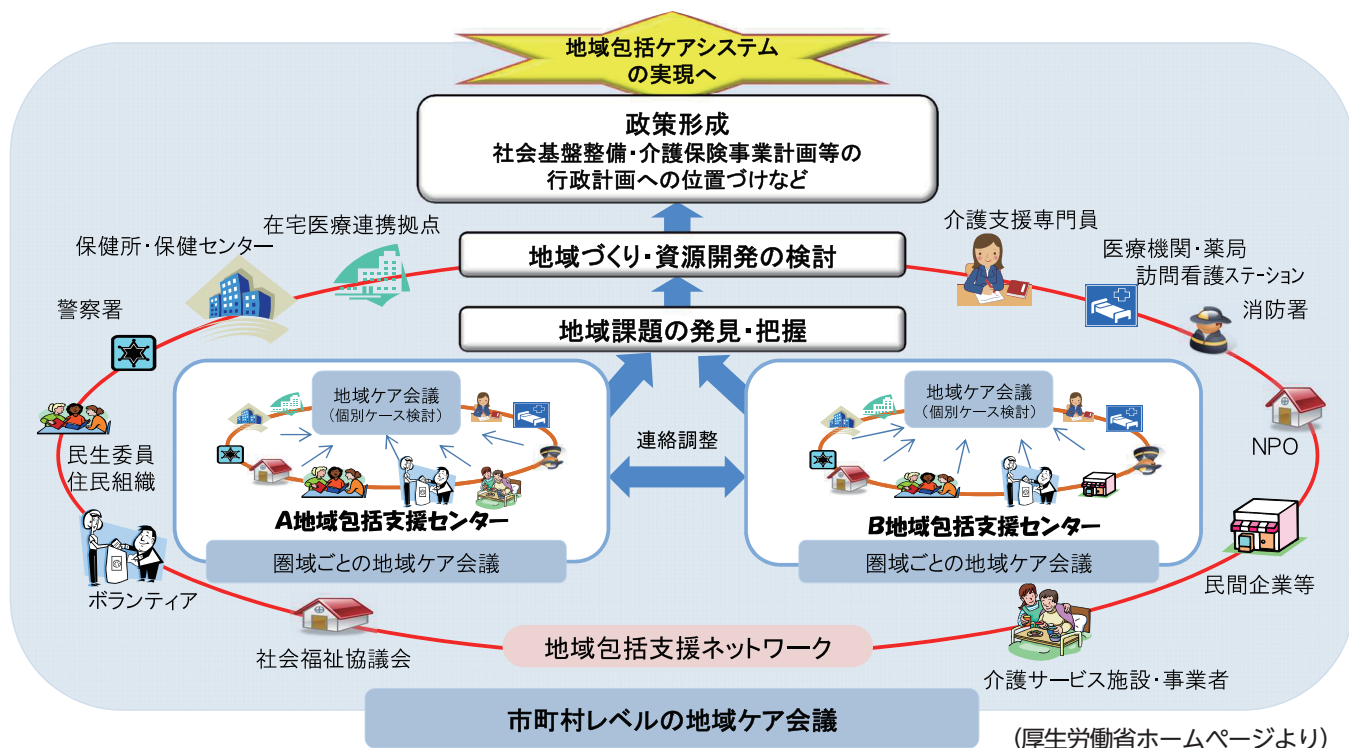
<人員・運営設備に関する主な要件>

- 歯科衛生士等は、指示を受ける歯科医師の所属する歯科医療機関と雇用契約を締結すること。
- 離れた場所からの居宅療養管理指導の実施について、取り決めをし、管理者を選任すること。
- 指示を出す歯科医師は、柏市医師会及び柏市が主催する在宅医療、多職種連携等に関する研修会を受講して修了しているものであること。



(6) 地域ケア会議

地域ケア会議とは、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めていく「地域包括ケアシステムの実現」に向けた手法。



名称		会議の目的	会議の機能
地域ケア個別会議	地域ケア個別会議	支援困難事例等に関する個別課題の解決	<ul style="list-style-type: none"> ○参加者の資質の向上と関係職種の連携を促進する。 ○個別事例の課題解決を蓄積することにより、地域課題が明らかになり、普遍化に役立つ。
	介護予防個別会議	自立支援に資するケアマネジメントの支援	<ul style="list-style-type: none"> ○自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識を図る。
地域ケア推進圏域会議		日常生活圏域における課題の把握と対応 潜在ニーズの顕在化 顕在ニーズの相互の関連づけ	<ul style="list-style-type: none"> ○市レベルの検討が円滑に進むように、圏域内の課題を整理する。 ○地域の関係者の連携を強化する。
地域ケア推進会議		市町村における課題の把握と対応 事業化・施策化、需要に見合ったサービスの基盤整備 介護保険事業計画への反映	<ul style="list-style-type: none"> ○住民ニーズとケアの資源の現状を共有し、市レベルの対策を協議する。

4章. 病院と在宅との入退院時連携のルール

- (1) 在宅療養に必要な多職種連携のルール
 - 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

(1) 在宅療養に必要な多職種連携のルール

★多職種と東京大学を中心に運営された「試行WG」において、実際の症例の中から「ルールの種」となる部分を抽出しまとめられたものです。

①在宅移行時の多職種連携ルール

1 カルテ等資料で確認する事項

1-1 保険情報について

- ・本人の基本情報，医療保険の種類，介護保険申請状況，障害者手帳の有無，その他の福祉サービスに関する情報を共有する。

【背景】

- ・保険情報等を共有することで，利用可能な制度や福祉サービスを検討することができる。また，必要な手続きを退院までに行うことができる。

2 病院主治医に確認する事項

2-1 入院中の検査結果について

- ・治療や診断に関わる検査データを，在宅で支援する多職種と共有する。

【背景】

- ・入院中の感染症その他の検査データを活用することで，在宅主治医が速やかに診断書の作成ができ，退院後のスムーズなサービス利用につながった。

2-2 本人，家族について

- ・本人に説明した病状，予後の内容，本人の希望を在宅の支援者と共有する。

【背景】

- ・主治医が本人に対して説明した病状や予後等の内容を共有できていなかったため，ケアマネジャー等が本人に異なった説明をし，本人が退院に対して不安を感じてしまった。

- ・家族に説明した病状，予後の内容を在宅の支援者と共有する。

【背景】

- ・病状や予後について，家族にどのように説明したかを共有することで，在宅で支援する多職種も家族の不安等を把握した上で，支援することができた。

3 病院看護師に確認する事項

3-1 薬剤，衛生材料等について

- ・ 薬剤（IVH等）の処方内容や退院後すぐに使用する薬剤・衛生材料の準備状況を在宅で支援する多職種と共有する。（1週間分程度準備）

【背景】

- ・ 麻薬を取り扱える薬局が限られていたり，準備に時間を要する薬剤がある。
- ・ 在宅主治医が退院日に訪問診療した時に，翌日のIVHがなかったため，薬局に連絡して準備した。

3-2 医療処置について

- ・ 継続が必要な医療処置がある時は，家族に説明した内容について在宅で支援する多職種と共有する。

【背景】

- ・ 家族は，本人が自宅に戻ってからも在宅酸素療法を継続するとは思っていなかったため，退院後数日で在宅酸素が導入されて困惑した。

- ・ 退院前に，排便パターン，コントロール状況，最終排便について確認し，在宅で支援する多職種と共有する。

【背景】

- ・ 退院した翌日，訪問看護師が排便状況を家族に確認したところ，5日間も排便がないことがわかり摘便した。

3-3 看護指導について

- ・ 家族のおむつ交換等の介護方法の指導状況および習得状況について在宅で支援する多職種と共有する。

【背景】

- ・ 介護方法の指導状況や家族の習得状況を共有することで，家族の介護力を知ることができ，必要なサービス内容を検討できる。

- ・ 点滴管理，ストマ装具の交換等の医療処置の指導状況と習得状況を，在宅で支援する多職種と共有する。また，自宅で行える方法の検討を行い，自宅にある物品を使って指導する。

【背景】

- ・ 医療処置の指導状況や習得状況を共有することで，介護力を知ることができ必要なサービス内容を検討できる。
- ・ 自宅でも病院と同じ物品を使用しなければいけないと思い，購入していた。

-
- ・ 口腔内の状況や口腔ケアの方法を共有する。

【背景】

- ・ 退院後、口腔内汚染、乾燥が強かったので、訪問看護師が口腔ケアを行い、家族にケアの方法を指導した。

4 ケアマネジャーに確認すること

4-1 本人・家族について

- ・ 本人や家族に関する情報（本人の性格や家族の希望等）を病院担当者や多職種と共有する。

【背景】

- ・ ケアマネジャーは本人が最期の時まで入院を希望していたことを知っていたが、多職種と共有できていなかったため、退院後に自宅で独りになった本人が不安になり、退院翌日に再入院した。
- ・ 本人の性格や家族関係、経済状況等をケアマネジャーが多職種と共有することで、本人や家族の希望に沿ったサービス内容の提案ができる。

4-2 ケアプランの作成について

- ・ 本人や家族の希望を聞き、医療職と相談した上で、本人に適したケアプランを作成するとともに多職種と共有する。

【背景】

- ・ ケアマネジャーが家族の要望や介護負担を考えて立てたケアプランであったが、本人の病状を踏まえると負担のあるプランだったため、主治医がケアマネジャーに助言し、サービス内容を見直すこととなった。
- ・ 本人の状態に合わないベッドやマットを手配していたので、訪問看護師がケアマネジャーに助言し、適したものに交換した。

5 その他

5-1 退院時共同指導について

- ・退院時共同指導や担当者会議を開催し、医療や介護に関する情報を共有する。また、退院時共同指導に出席できなかった多職種と退院時共同指導の内容を共有する。

【背景】

- ・退院時共同指導を通じて、病院医師や在宅主治医、副主治医、ケアマネジャー等の在宅で支援する多職種と家族と一緒に今後のケア体制を検討したことで、家族の在宅ケアへの不安がなくなった。
- ・退院前に本人の病状、予後、生活状況等を共有しておくことで、退院後の適切な支援につなげることができた。

- ・退院時共同指導の日時が決まり次第、在宅で支援する多職種に連絡する。

【背景】

- ・全ての患者の退院時共同指導への参加は、時間的に難しい場合もある。
- ・在宅で支援するサービス事業所の参加が望ましいため、日程調整に時間を要する。

- ・退院時共同指導実施後に本人の病状が大きく変化したり、家族の気持ちが変わった時は、病院担当者は在宅主治医、副主治医等の在宅の支援者と情報共有し、退院日等を再検討する。

【背景】

- ・退院時共同指導実施後に本人の病状が変化したため、家族が退院することに不安を感じていた。
- ・本人の状態が安定したので、家族の気持ちを確認せずに退院させてしまい、自宅に戻ってから家族が訪問看護師に在宅療養への不安を訴えていた。

5-2 退院について

- ・退院日が決まり次第、在宅で支援する多職種に連絡する。
本人の病状や家族の希望により退院日が変更になる場合は、在宅主治医、訪問看護師等、在宅で支援する多職種に連絡する。

【背景】

- ・退院日を家族と相談できていなかったため、退院時共同指導の当日に家族の希望で退院することになり、在宅主治医や訪問看護師が在宅での受入れ準備をする期間がなかった。
- ・退院時共同指導当日に退院することになった患者について、本人が入院中に在宅酸素を使っていたので、在宅主治医が急遽在宅酸素と吸引器の手配をした。
- ・退院時共同指導の時に、本人の状態が落ち着いたら退院になると聞いていたが、数日経っても病院から退院日の連絡がなかったため、ケアマネジャーが心配になって確認した。
- ・自宅での看取りを希望していたがん末期患者の病状が悪化したため、退院日を早めることになった。病院が在宅主治医、訪問看護師に連絡し、受入れ準備が速やかに進められた。

- ・日曜日の退院はサービス提供ができる事業所が少なく、連絡が取りづらいため可能な限り避ける。

【背景】

- ・独り暮らしの患者が日曜日に退院した。日曜日はサービス提供できる事業所が少ないため、サービス調整がうまくできなかった。退院当日にサービスを利用できず、本人が不安になった。

5-3 緊急時について

- ・緊急時の連絡先について、退院前に本人や家族、在宅で支援する多職種で確認し、連絡先一覧を共有する。

【背景】

- ・本人が転倒した際に、在宅主治医やサービス提供者に連絡しようとしたところ、連絡先がわからずに救急車を呼んでしまった。

②在宅療養中の多職種連携ルール

1 本人に関する情報

- ・退院直後は入院生活から在宅生活への環境変化が生じるため、初回訪問時に本人の様子を確認し、共有する。
(例：痛みの程度，食事摂取，気持ち等)

【背景】

- ・退院直後に本人の状態等を確認し，多職種で共有することで，サービス内容の見直し等，適切な支援の検討につながった。

- ・本人の病態に関する情報とその対応方法について共有する。

【背景】

- ・本人の病態を知ることにより，多職種が配慮しながら支援することができた。
また，指導内容をメモ書きにすることで共通の対応ができ，本人も混乱することなく生活できた。

- ・主治医が本人に病状や予後の説明をした際の本人の受け止め状況を共有する。

【背景】

- ・本人の病状や予後についての受け止め状況を多職種で共有することにより，本人の不安等を把握した上で支援することができた。

- ・本人の今後の治療や療養生活に関する意向を確認し，共有する。
また，本人の生活状況・生活環境の変化を共有する。

【背景】

- ・施設入所の申し込みをしているが，施設入所までの期間は自宅で介護したいという本人・家族の思いをケアマネジャーが多職種と共有できておらず，本人の施設入所後に，多職種が事実を知ることとなった。

- ・本人が急性増悪により再入院したことや，入院中の病状経過・退院の見込みを共有する。

【背景】

- ・本人が入院したことを知らなかったため，歯科医師の居宅療養管理指導や医療保険によるリハビリサービス担当者が訪問してしまった。

- ・本人の死亡情報を共有し，支援を終了する。

【背景】

- ・本人が死亡したことを知らずに，介護サービス担当者が訪問してしまった。

2 家族に関する情報

・ 主治医が家族に説明した内容を共有する。

【背景】

- ・ 主治医が本人の病状や今後予測される症状について、家族にどのように説明したのかを共有したことで、多職種も今後予測される症状に備えることができた。また、家族の不安を把握した上で支援することができた。

・ 家族の介護方法の習得状況を把握し、共有する。

（例：食事介助、オムツ交換等）

【背景】

- ・ 薬剤師が家族に総合栄養剤（エンシュアリキッド）の飲用方法を説明したが、家族が理解できていないように感じたため、ケアマネジャーと情報共有した。その後、ケアマネジャーとヘルパーが情報共有することにより、ヘルパーからも飲用方法を説明することができた。

・ 家族へ指導した医療処置や管理方法の内容や習得状況を把握し、共有する。（例：水分バランス、痰の吸引、在宅酸素の管理等）

【背景】

- ・ 訪問看護師が家族に指導した尿量と水分摂取量の記録方法について、後日ケアマネジャーが家族に記録方法を尋ねられたことがあった。

・ 家族の介護状況の変化を共有する。（例：家族の体調不良等）

【背景】

- ・ ヘルパーの訪問回数の調整等、サービス内容の見直しにつながった。
- ・ 家族の心身の状態や生活状況による介護状況の変化を共有したことで、本人の変化（自力でできていたことができなくなる等）を一時的なものと判断し、多職種で一貫した支援ができた。

・ 本人の病状が変化すると、家族の思いが揺れる場合があるため、家族の看取りに対する意向等はその都度確認し、共有する。

【背景】

- ・ 疼痛管理ができれば自宅で看取る意向だった妻が「本人の呼吸苦や咳込む様子を見ていられないので入院させたい」と主治医に電話をした。主治医より入院しても麻薬による疼痛管理のみになることを説明したが、妻の強い希望により入院となった。

3 サービスに関する情報

- ・ 介護保険更新手続き状況や認定結果の情報を多職種と共有する。

【背景】

- ・ 介護保険更新手続きの状況を共有することで、必要な手続きを漏れなく行うことができた。

- ・ 治療費に関する不安や経済的負担を軽減するための手続き（障害、難病、福祉サービス等の申請状況）について共有する。

【背景】

- ・ 家族が抱える医療・介護の費用に関する不安を多職種で共有することにより、負担軽減につながる障害者手帳の申請等について助言をすることができた。
- ・ 費用負担の減免に関する申請状況を多職種で共有することにより、今後の望ましいサービス提供について、多職種で検討することができた。

- ・ 医療職に相談して、本人に適したケアプランを作成するとともに、多職種と共有する。

【背景】

- ・ ケアマネジャーが家族の要望や介護負担を考慮して立てたケアプランは、本人の病状を考えると体力的に合わない計画であったため、主治医がケアマネジャーに助言し、サービス内容を見直すことになった。

- ・ サービス提供日時を共有する。変更した時は、訪問日が重ならないように調整する。

【背景】

- ・ サービス提供日時が変更となり、2つのサービスの提供時間が重なることがあった。
- ・ サービスの週間計画を主治医と共有していなかったため、訪問診療が介護サービスの提供時間と重なってしまい、診察することができなかった。

4 診療・治療に関する情報

- **新たな医療機器が導入される際には，導入理由と本人・家族への説明状況を共有する。**

【背景】

- 医療機器を新たに使用することや，本人・家族への説明内容を共有することにより，本人の病状を把握し，今後予測される症状に備えることができた。

- **本人や家族が選択した治療方針等について共有する。**
(※特に積極的な治療を望まない場合等)

【背景】

- 数日以内に急変する可能性があり，家族と主治医が治療方針の相談をした。家族が積極的な治療を望まなかったことを主治医が多職種と共有したことで，訪問看護師が看取り前提の緊急時対応に備えることができた。

- **本人の療養上の注意事項について，日常的に関わる家族や多職種と共有する。** (例：転倒予防，脱水予防，拘縮予防等)

【背景】

- 医師や看護師が尿量の減少に気をつけることを家族やヘルパーと共有したことにより，本人の病状悪化の早期発見につながった。

- **本人の病状の変化(発熱，咳込み，疼痛増強等)があった場合には，主治医に報告する。**

【背景】

- 訪問看護師が本人の咳込みが悪化している状況を主治医に報告したことで，処方内容の変更や在宅酸素療法を迅速に開始することができた。

- **主治医が対応できない場合等の緊急時の対応について共有する。**

【背景】

- 主治医が不在時の対応を副主治医に依頼したことを共有することで，多職種間での緊急時の対応について統一でき，安心して緊急時に備えることができた。

5 薬剤に関する情報

- 処方されている薬剤(麻薬, 輸液, 栄養剤等を含む)の内容・効果・副作用を共有する。

【背景】

- 訪問看護師が麻薬の効果やステロイド剤によるめまい, 気分不快感等の副作用を主治医と共有することにより, 治療方針やケアの方針を検討し, 本人の症状緩和につながった。
- 処方薬について多職種で情報共有することで, 安心して支援することができた。

- 本人の生活リズムを把握し, 本人が飲みやすい方法で薬を処方する。本人の服薬方法, 内服状況, 残薬を確認し, 共有する。

【背景】

- 本人は1日2食しか食べないのに, 1日3回毎食後に飲む薬が処方された。本人は3回飲まなくてはならないと思い, 食事をとらずに内服したり, 内服するために変な時間に軽食をとり, 食事の時間がずれ, 生活のリズムが崩れてしまった。
- 本人の内服状況を把握して共有していたため, 主治医が薬を処方する際に適切な量の薬が処方できた。

- 本人の服薬管理の状況を共有する。また, 処方内容が変更になった場合も多職種で共有する。

【背景】

- 薬の一包化や服薬カレンダーを利用するなど, 本人にあった薬の管理方法を検討できる。
- 処方薬が変更になったことを多職種は知らないことがある。

- 処方されている薬剤に対する家族の理解度や, 実際の管理方法を把握し, 共有する。

【背景】

- 坐薬を常温で保存していた。
- 薬局で渡す内服方法が記載されている書面の内容と, 本人や家族が理解している内容が違っていることがある。
- 家族から, 自身の腰痛がひどい時に「自宅に残っている麻薬を使ってもいいか?」と聞かれたことがあった。

6 口腔に関する情報

・口腔内の状況やケア方法を共有する。

【背景】

- ・ 歯科衛生士が多職種と口腔内の状況や口腔ケアの方法を共有したことにより、ヘルパーからも本人や家族に対して口腔ケアの方法を話すことができ、本人の口腔内衛生を日常的に保つことができた。
- ・ 口腔ケアが充実することで、誤嚥性肺炎の予防につながる。

・訪問歯科診療の治療内容や嚥下リハビリの必要性、今後の方針等について共有する。

【背景】

- ・ 歯科治療の方針、嚥下リハビリの必要性、義歯の調整等について共有することで、食事形態の工夫や嚥下状態の確認を多職種で行うことができ、栄養状態が改善した。

7 リハビリに関する情報

・本人のリハビリの目標やADLの状況を共有する。

【背景】

- ・ リハビリ目標をリハビリ専門職が多職種と共有したことで、本人のADLや気持ちに合わせたケアが提供できた。

8 栄養状態に関する情報

・本人の食事の摂取状況や体重の変化、目標を共有する。

【背景】

- ・ 栄養士に相談することで、食事の摂取状況や体重の変化、目標を共有することにより、多職種が食形態を工夫するなど、様々な視点から本人の状態に合ったケアが提供できた。

(2) 在宅医療につなぐ退院調整

- ①本人と家族の意向を確認した上で病院担当者が在宅関係者と調整し、退院時共同指導の日程を調整する。

⇒在宅主治医がない場合は、柏地域医療連携センターが医師会と相談・調整し、主治医をコーディネートする。(P.17参照)

なお、医師以外の職種については、必要に応じて、各職能団体に相談し、調整する。

- ②退院時共同指導を行う場合、診療情報提供書、看護サマリーと重複しない内容については「柏市版・退院時情報共有シート(P.46参照)」を活用し退院時共同指導を実施する。(※1)

- ③退院時共同指導を実施しない場合でも、在宅チームへの退院時の情報提供は、原則として診療情報提供書、看護サマリー「柏市版・退院時情報共有シート」の3点とする。その他、必要に合わせて追加するものとする。

なお、肺炎を繰り返す場合等は、必要に応じ「お口のチェックシート(P.27参照)」を実施し、情報提供の内容に追加することが望ましい。

- ④在宅チーム間の情報共有は、書類を受領し情報提供を受けた人が必要なメンバーに情報共有を図ることとする。

(※1) 退院時共同指導の記録には、院内の既存書式のほか、別紙2(P.47参照)の記録用紙を用いることが望ましい。

5章. 様式

- 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

【柏市版】退院時情報共有シート

別紙1

記録者 _____

氏名							
キーパーソン		続柄() 連絡先					
資料で 確認 カルテ等	保険情報	保険種別: <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保					
		介護保険: <input type="checkbox"/> 有(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) ・ <input type="checkbox"/> 申請中(月 日) ・ <input type="checkbox"/> 無					
		障害者手帳: <input type="checkbox"/> 有(級 障害の種類:) ・ <input type="checkbox"/> 申請中 ・ <input type="checkbox"/> 無					
		難病: <input type="checkbox"/> 申請済(病名:) ・ <input type="checkbox"/> 申請中 ・ <input type="checkbox"/> 無					
病院 主治医に 確認	病名	主病名					
		既往歴					
	感染症	W氏(梅毒)		HBV(B型肝炎)		HCV(C型肝炎)	
		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査	
	本人・家族の 要望等	【患者本人】 病状理解: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 告知: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 予後: 年 ヶ月 週間 予後理解: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無 看取り要望: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 未定 <u>その他本人の要望について</u>			【家族】 病状理解: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 告知: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 予後: 年 ヶ月 週間 予後理解: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無 看取り要望: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 未定 <u>その他家族の要望について</u>		
		退院日 年 月 日 () : 頃					
薬剤	退院時処方薬: 週間分		麻薬処方: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		IVH: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
器材	医療・衛生材料等:						
医療 処置	<input type="checkbox"/> 酸素: L <input type="checkbox"/> 気切: サイズ Fr		最終交換日: 年 月 日		<input type="checkbox"/> 吸引: 回/日 サイズ Fr		
	<input type="checkbox"/> 胃瘻: <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> バンパー サイズ Fr		造設日 年 月 日		最終交換日 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		ステージ <input type="checkbox"/> 疑 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 判定不能				
	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル: サイズ Fr		最終交換日 年 月 日		<input type="checkbox"/> その他		
病院 看護師に 確認	<input type="checkbox"/> 排便コントロール: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (内容:)						
	看護 指導 状況	家族への手技等の指導: <input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無					
		習得状況: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安がある <input type="checkbox"/> できていない <input type="checkbox"/> その他	内容:				
ADL							
認知							
歯科	義歯: <input type="checkbox"/> 有 (入院中の利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無		口腔ケア: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
備考							

《2020年3月13日改訂》

※診療情報提供書, 看護サマリー等で提供する情報については省略してもよい。

※原則として, 退院時は「診療情報提供書」, 「看護サマリー」, 「柏市版退院時情報共有シート」の3点を用いて, 情報共有する。

※肺炎を繰り返す場合等, 必要に応じて「お口のチェックシート」(P.27 参照)を添付する。

退院時共同指導 記録

年 月 日 別紙 2

氏名 様 日時: 年 月 日 () : ~ :

病状について						
看護について						
決定事項	退院日	年	月	日 ()	:	帰宅方法 <input type="checkbox"/> 介護タクシー (予約 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) / <input type="checkbox"/> その他 <small>(自家用車・一般タクシー等)</small>
	緊急時の対応					
	その他					
備考						
出席者	病 院			在 宅		
	診 察 科	職 種	氏 名	所 属	職 種	氏 名
署名	患 者					
	ご 家 族					

【柏市版】 入退院時連携のフロー・チェックリスト

在宅側(ケアマネジャー, 地域包括支援センター)	時期	医療機関側(MSW, 入退院支援 NS 等)
<input type="checkbox"/> 本人・家族に, 健康保険証, 介護保険証, お薬手帳等を受診時携帯するよう伝える。 本人・家族へ, 入院した場合は担当ケアマネジャーへ連絡するよう伝え, 医療機関と連携して退院支援することについて承諾を得る	入院前	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ, 入院中の治療等について説明 <input type="checkbox"/> 本人・家族の意向の確認
※「医療機関がケアマネジャーを把握」, 又は「ケアマネジャーが入院を把握」, どちらか早い方が連絡		
<input type="checkbox"/> 入院医療機関へ, 連絡窓口について確認 <input type="checkbox"/> 入院医療機関へ, 在宅での心身の状況や生活環境, 本人や家族の意向等について情報提供(入退院情報提供書の活用)	入院3日以内	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ, 退院調整部門紹介 <input type="checkbox"/> 要介護度, 介護保険証の確認 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー, 利用中の介護・福祉サービスの把握 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー等から, 医療情報や在宅での生活状況等を情報収集 <input type="checkbox"/> 収集した情報から, 退院支援対象者を抽出し, 課題を整理 <input type="checkbox"/> 退院支援に必要な情報収集・アセスメント <input type="checkbox"/> キーパーソンの確認
<input type="checkbox"/> (入院3日以内に情報提供していない時) 入院医療機関へ, 在宅での心身の状況や生活環境等について情報提供(入退院情報提供書)	入院7日以内	<input type="checkbox"/> 在宅への退院の可能性を検討し, 退院調整の必要性や支援方法を検討 <input type="checkbox"/> 本人・家族へ, 病状や予後等について医師より説明 <input type="checkbox"/> 本人・家族へ, 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> 退院支援に向けた院内調整(退院調整担当者の決定, 院内多職種カンファレンス開催等) <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">在宅生活でサービスが必要な場合</div> <input type="checkbox"/> (必要時)要介護認定申請支援
<input type="checkbox"/> 入院医療機関へ, 退院支援に活用できる情報提供 <input type="checkbox"/> 本人・家族や入院医療機関から, 入院中の状況について情報収集 <input type="checkbox"/> (必要時)本人に対しての, 退院後の生活の場, 療養に関する意思決定支援 <input type="checkbox"/> (必要時)在宅療養に向けたサービス導入に向けた準備	入院中	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ, 退院先の意向を再確認 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス, 退院前訪問指導の必要性を判断 <input type="checkbox"/> (必要時)担当ケアマネジャーへ在宅療養の方向で調整中であることや, 退院時の本人の状態を情報提供 <input type="checkbox"/> (必要時)退院前カンファレンスの開催に向けた, 院内外の多職種との連絡調整及び日程調整 <input type="checkbox"/> (必要時)担当ケアマネジャーへ退院前訪問指導の同行依頼 <input type="checkbox"/> 本人・家族へ, 教育・指導(医療処置の手技や介護方法等) <input type="checkbox"/> (必要時)在宅医療に移行する場合は, かかりつけ医と連携 <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">担当ケアマネジャーがいない場合</div> <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー選定の支援 (必要時, 地域包括支援センターへ支援を依頼)
<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス参加 <input type="checkbox"/> 本人・家族と面談し, 退院後の療養生活に向けたケアプラン作成に必要な情報の収集 <input type="checkbox"/> 課題分析, ケアプラン作成, サービス調整 退院後の医療機関の相談窓口(担当者)の確認 <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">転院する場合</div> <input type="checkbox"/> (必要時)転院先へ, 在宅での生活状況等について, 情報提供	退院約1週間前	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーへ, 退院見込みについて連絡 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス開催, 開催記録の共有 <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">転院する場合</div> <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーへ, 転院について連絡 <input type="checkbox"/> 転院先へ, 入院時の医療状況や今後の方向性, 本人・家族の意向, 担当ケアマネジャーについて, 情報提供
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催 <input type="checkbox"/> 本人・家族及び退院元の医療機関, 在宅生活を支えるスタッフへ, ケアプランの写しを提供	退院	<input type="checkbox"/> 退院時の書類作成(診療情報提供書, 看護サマリー, 柏市版退院時情報共有シート(P.46 参照)の3点を原則とする。その他, 訪問看護指示書, 入退院情報提供書等は必要に応じて作成) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー, 在宅生活を支えるスタッフへ, 必要書類の提供
<input type="checkbox"/> (必要時)ケアプランの見直し <input type="checkbox"/> 退院元の担当者へ, 退院後の情報やモニタリング結果を報告 <input type="checkbox"/> 主治の医師, 歯科医師, 薬剤師等へ, 柏市版退院時情報共有シート(P.46 参照)等を用いて, 服薬状況や口腔機能等の情報提供(担当ケアマネジャーが助言を必要と判断した場合)	在宅サービス利用中	<input type="checkbox"/> (必要時)退院後訪問指導 <input type="checkbox"/> (必要時)本人の状態に応じて, 地域と連携し継続的に支援

※病院地域連携担当者会議(P.18参照)において, シームレスな入退院時連携における“ゆるやかなルール化”を検討する中で作成。

<介護報酬加算（ケアマネジャー側）>

※居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することを義務付け。

入院時情報連携加算 <月1回まで>

- (I) 入院してから3日以内 200単位/月
- (II) 入院してから4日以上7日以内 100単位/月

- ・利用者に係る必要な情報（心身の状況、生活環境、サービスの利用状況等）を提供
- ・情報提供を行った日時、場所（入院日、医療機関に向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）等について、居宅サービス計画書等に記録
- ・入院期間や入院目的は問わない

退院・退所加算 <入院・入所中1回まで>

連携回数	カンファレンス参加	
	無	有
1回	450単位	600単位
2回	600単位	750単位
3回	-	900単位

- ・入院医療機関から情報を得て、居宅サービス計画作成
- ・カンファレンスとは、診療報酬の退院時共同指導料2、注3の要件を満たすもの（詳細はP35参照）
- ・退院・退所前又は退院後7日以内に情報を得た場合に算定
- ・カンファレンスに参加した日時・場所・出席者・内容の要点等を居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付

緊急時等居宅カンファレンス加算 <月2回まで>

200単位

- ・病院又は診療所の求めにより、その病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じて介護サービスを調整

<診療報酬加算（病院側）>

入退院支援加算 <退院時1回まで>

(加算1)	一般病棟	600点
	療養病棟	1,200点
(加算2)	一般病棟	190点
	療養病棟	635点

入院時支援加算	<退院時1回まで>
(加算1)	+230点 【新設】
(加算2)	+200点

地域連携診療計画加算 <退院時1回まで>
+300点

総合機能評価加算 【新設】
+50点

介護支援等連携指導料 <入院中2回まで>

400点

退院前訪問指導料 <入院中1回まで>

580点 ※要件に該当する場合は2回に限り算定

退院時共同指導料2 <入院中1回まで>

400点 ※要件に該当する場合は2回に限り算

- ・入院医療機関が在宅関係機関と共同指導し、文書により情報提供

入院医療機関	在宅療養担当機関
医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士	医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士、訪問看護ステーションの看護師等
医師	医師 ※注3の加算を算定する場合は、算定不可
医師、看護師等	※以下のうち、3人以上と共同指導した場合 ・医師又は看護師等 ・歯科医師又は歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員・相談支援専門員
	注1 400点
	注2 +300点
	注3 +2,000点

退院後訪問指導料

<退院後1ヶ月以内に限り、5回まで>

580点（1回につき）

訪問看護同行加算 +20点

※このフロー図は、主に高齢者（介護保険2号被保険者含）を対象とした医療介護連携に係る主な報酬について整理したものです。

※【新設】の記載がある項目は、平成30年4月の診療・介護報酬改定で新設されたものです。

※介護予防支援については、介護報酬加算はありません。

※算定にあたっては、各病院および介護事業者で、算定要件、施設基準等の詳細をご確認ください。

※診療・介護報酬の改定により加算内容の変更が生じることがあります。改訂内容の詳細は、厚生労働省のホームページ等にてご確認ください。

参考：福岡市「退院時連携の基本的な進め方の手引き」に令和2年度 診療・介護報酬改訂の内容を追加

「柏モデル ガイドブック」改訂に係る検討委員会

初版発行から5年が経過し、現状に合わせた内容の充実に向けた改訂について検討するために、2019年度に設置、合計2回会議を開催し検討。

《検討委員の構成》

- 在宅医療・介護多職種連携協議会の3つの作業部会の部会長
- 各部会長が推薦する部会員
- 市内病院の代表（病院長）

合計9名

所 属（2020年3月末時点）	氏名（敬称略）
研修部会	柏市医師会 副会長 古田医院 古田 達之 (部会長)
	柏歯科医師会 理事 たかの歯科医院 高野 正博
	柏市訪問看護ステーション連絡会 こすもす訪問看護ステーション ワーファ 純子
多職種連携・ 情報共有 システム部会	柏市医師会 在宅プライマリケア委員会 副委員長 のぞみの花クリニック 古賀 友之 (部会長)
	柏市薬剤師会 理事 光ヶ丘薬局・高柳薬局 武市 真実
	柏市在宅リハビリテーション連絡会 なないろ 稲舛 陽子
啓発・広報 部会	柏市医師会 理事 ホームクリニック柏 織田 暁寿 (部会長)
	地域包括支援センター 柏南部第2地域包括支援センター長 橋本 佳子
病院代表	柏市医師会 副会長 おおたかの森病院 院長 松倉 聡 (研修部会長)
事務局	柏市地域医療推進課

