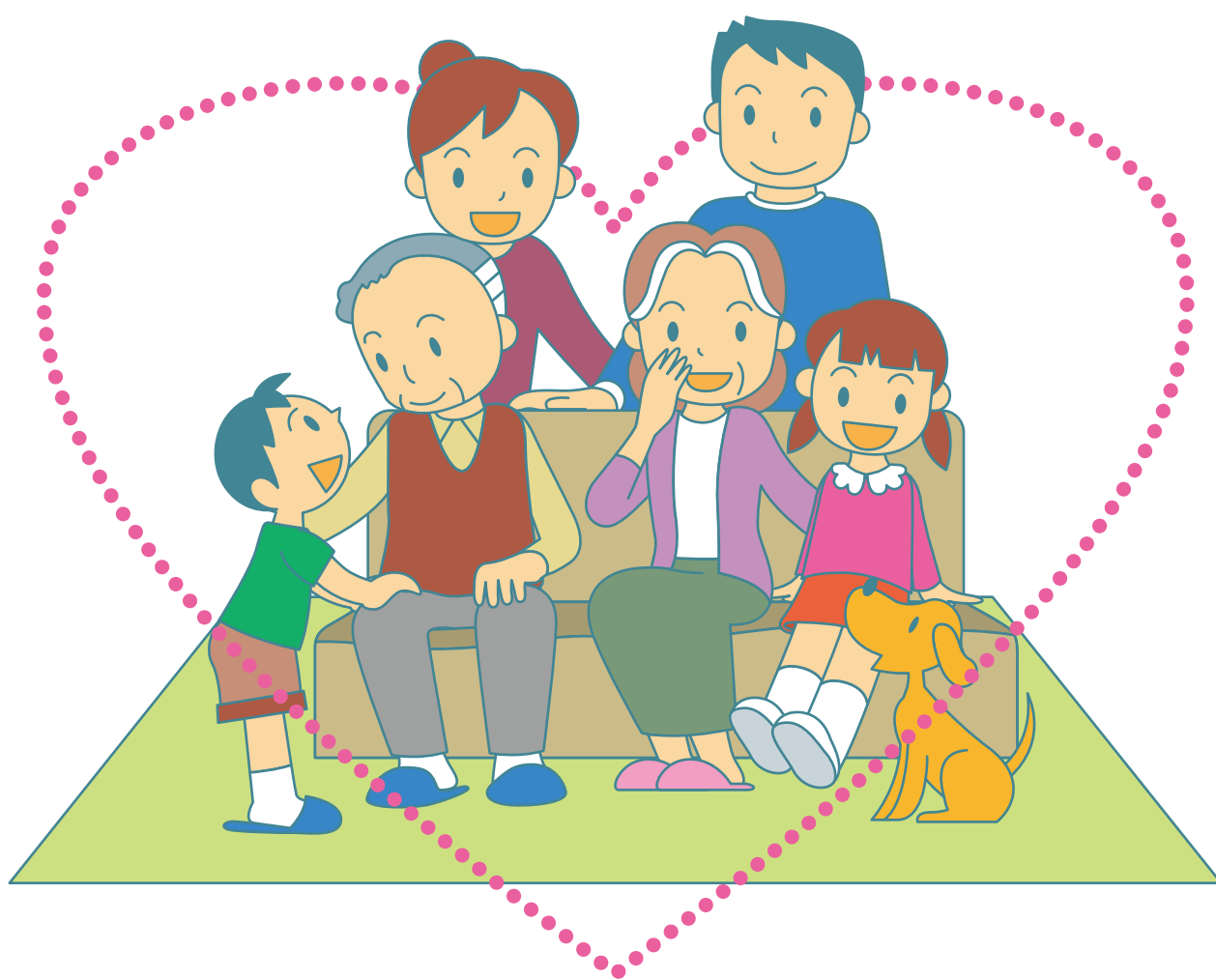


# 在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブック



我が家でよりそう 医療と介護

# <目 次>

<b>1. 柏市の在宅医療・介護多職種連携の会議体制</b>	<b>… 3</b>
（1）在宅医療・介護多職種連携の会議体制	… 3
（2）在宅医療・介護多職種連携協議会	… 3
（3）顔の見える関係会議	… 4
（4）地域ケア会議	… 5
<b>2. 柏地域医療連携センターの設置と機能</b>	<b>… 6</b>
（1）柏地域医療連携センターの機能	… 6
（2）在宅チームのコーディネートの流れ	… 7
①退院から在宅医療への流れ～病院退院調整担当者の動き～ ②通院困難から在宅医療への流れ～ケアマネジャー等の動き～	
（3）柏地域医療連携センターと地域包括支援センターの機能と連携	… 9
<b>3. 在宅医療を推進するための体制</b>	<b>… 10</b>
（1）主治医・副主治医制	… 10
（2）口腔ケアの推進	… 11
（3）在宅医療に向けた退院調整	… 12
（4）急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保	… 15
（5）総合特区法に基づく特例措置	… 16
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	
<b>4. 在宅療養に必要な多職種連携のルール</b>	<b>… 18</b>
（1）在宅移行時の多職種連携ルール（退院時等）	… 18
（2）在宅療養中の多職種連携ルール	… 22
<b>5. 情報共有システム</b>	<b>… 27</b>
<b>6. 在宅医療・多職種連携に関する研修</b>	<b>… 30</b>
<b>7. 市民啓発</b>	<b>… 31</b>

# はじめに

柏市では、今後急速に高齢化が進展していきますが、その中でも市民に安心して過ごしてもらうためには、在宅医療を普及させ、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。

事業所や専門性が異なる多職種連携は決して容易ではありませんが、柏市医師会を始めとして多職種団体が共通の目標を持って力を合わせるにより解決の道を探ってきました。

具体的には、多職種団体の代表からなる「連携ワーキンググループ」を開催し、平成22年度より28回にわたって議論を積み重ねてきました。

また、この他にも数多くの多職種会議と症例実践を通じ、あるべき連携の姿について模索してきました。

当ガイドブックは、こうした多くの関係者の努力により構築された多職種連携のシステムやルールについてまとめたものであり、各構成団体は、このガイドブックを参考として多職種連携に努め、市民が安心した在宅生活を継続できるよう支援していくものとなります。

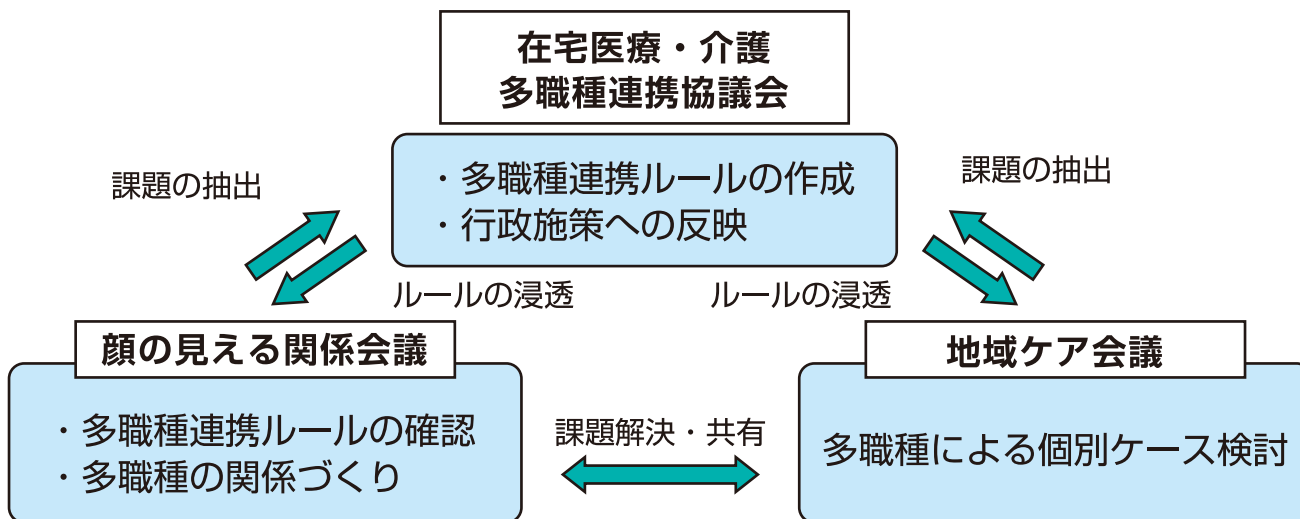
## 豊四季台地域高齢社会総合研究会 在宅医療委員会 連携ワーキンググループ構成団体

柏市医師会、病院関係者、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、  
千葉大学、柏市社会福祉協議会、地域包括支援センター、  
東京大学高齢社会総合研究機構、都市再生機構、柏市

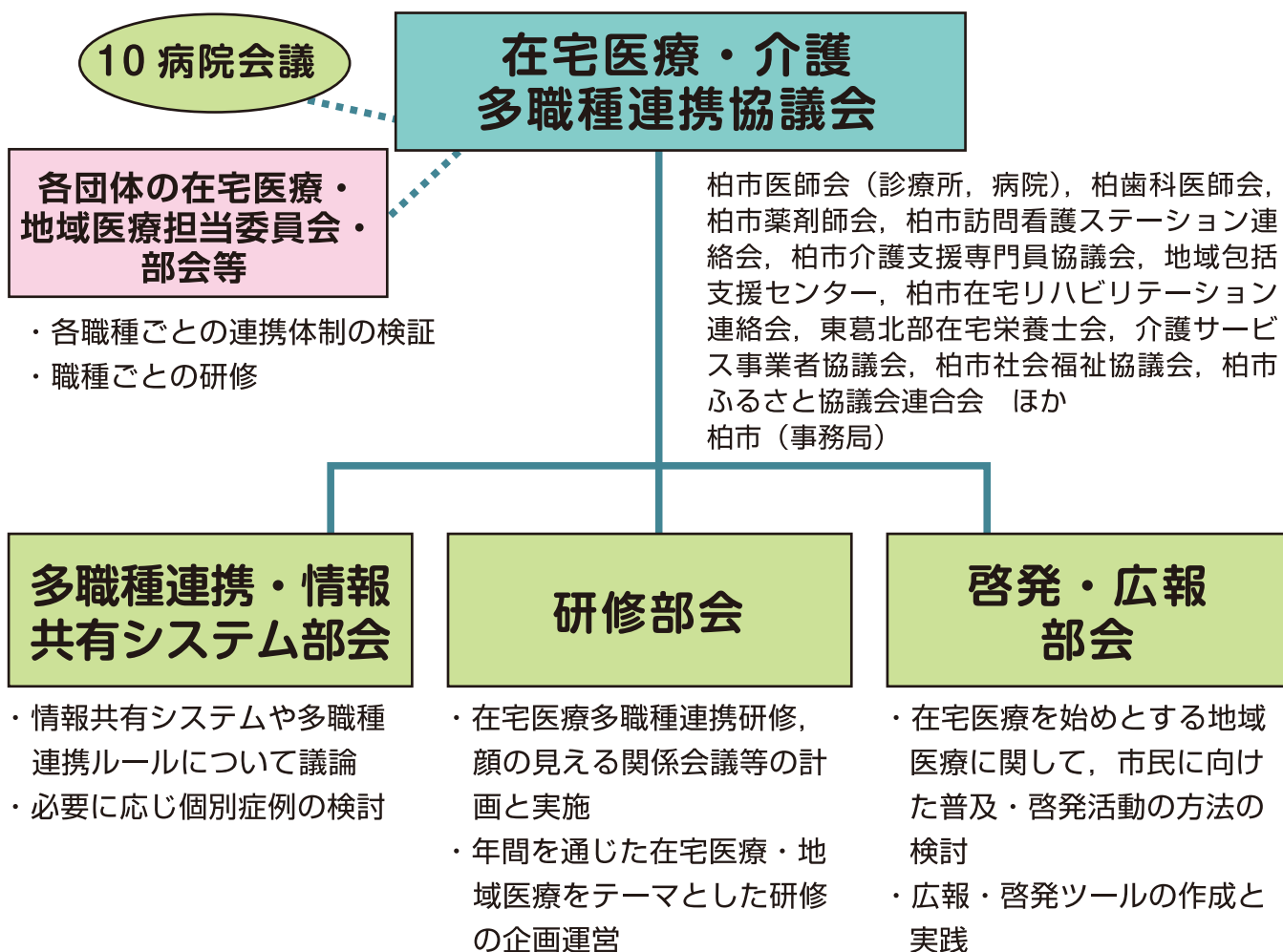
※平成26年4月からは在宅医療・介護多職種連携協議会に移行する。

# 1. 柏市の在宅医療・介護多職種連携の会議体制

## (1) 在宅医療・介護多職種連携の会議体制



## (2) 在宅医療・介護多職種連携協議会



### (3) 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ことにより、効果的な医療・介護サービスの提供を目指す。

概ね年4回の会議を実施する。

#### <会議の進め方>

##### 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する

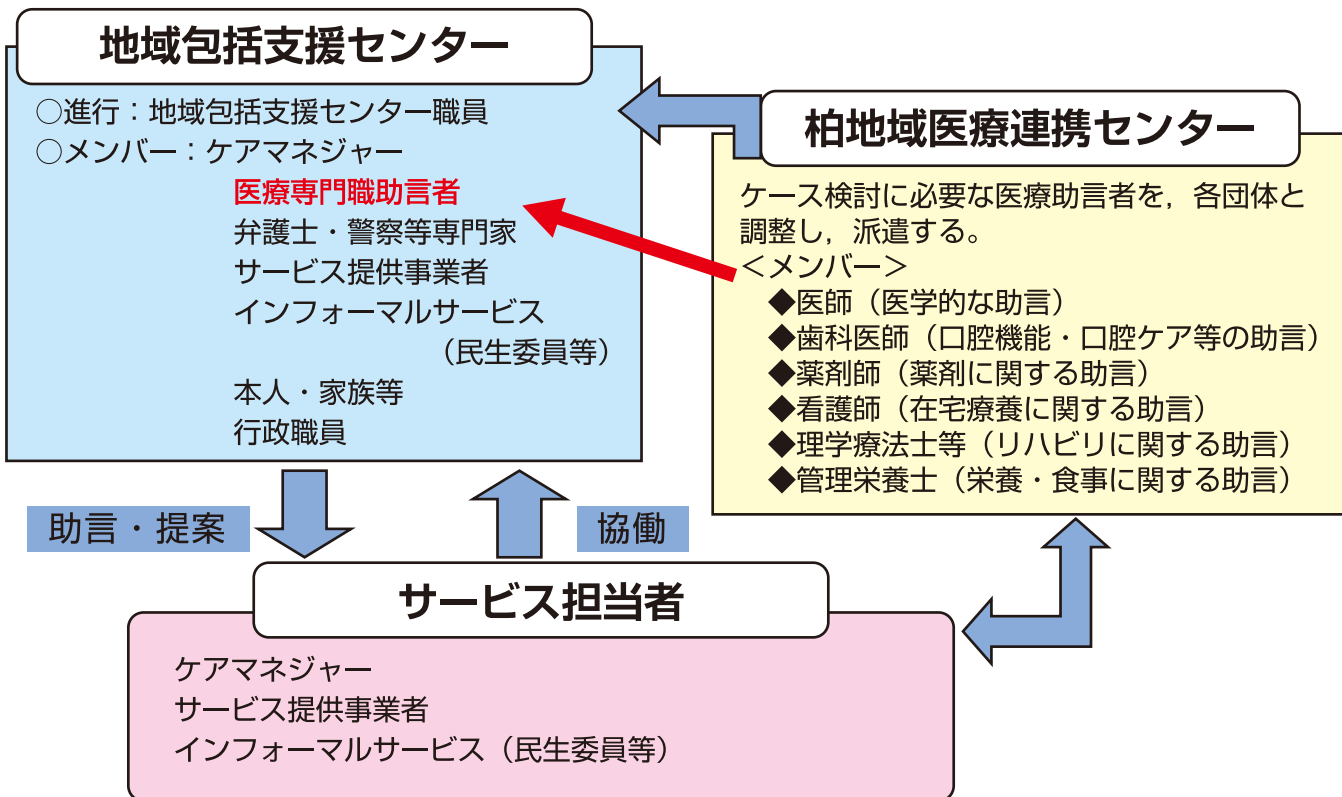
#### <参加者構成>

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



## (4) 地域ケア会議

サービスの担当者だけでは課題解決が困難な「個別の」ケースについて、多職種から専門的視点に基づく助言をもらい、支援方針を検討するための会議。



### 助言の効果 (参加者感想)

病院医師へ、利用者の状態を適切に伝える方法について、助言者からアドバイスを得ることができた。

薬剤師から薬の一包化のアドバイスをいただいたり、実際に訪問していただけたということもわかりよかった。

レシピを管理栄養士さんから教えていただいたので、家族に具体的な支援ができると思った。

会議の成果を反映

### <ケアマネジャー>

- ・ケアプランの適切な見直しによる個別課題の解決
- ・不足していたアセスメントの実施
- ・サービス担当者への情報提供とネットワークの構築・強化
- ・他の利用者へのサービスにも応用 等

### <地域包括支援センター>

- ・ケアマネジャーへの適宜支援
- ・研修会等の開催で、助言内容を広く共有し、サービスの質の向上を図る
- ・地域全体の課題として、ネットワーク会議等で関係者と共有
- ・新たな地域資源の開発 等

### <行政>

- ・必要な政策の検討・位置づけ等
- ・多職種連携ルールへの反映 等

各地域包括支援センター単位で、年1回以上、会議を開催する

## 2. 柏地域医療連携センターの設置と機能

### (1) 柏地域医療連携センターの機能（在宅医療に関するもの）

柏地域医療連携センターは、医療・介護の関係団体等とともに、柏市の地域医療・介護の発展と、市民の療養生活を支援するための中核拠点として整備。

#### 機能①：医師・多職種による在宅医療・介護の連携支援機能

- 多職種連携ルールの確認・普及
- 情報共有システムの利用促進

#### 機能②：在宅医療に係る研修機能

- 在宅医療・多職種連携研修会の開催
- 顔の見える関係会議の開催

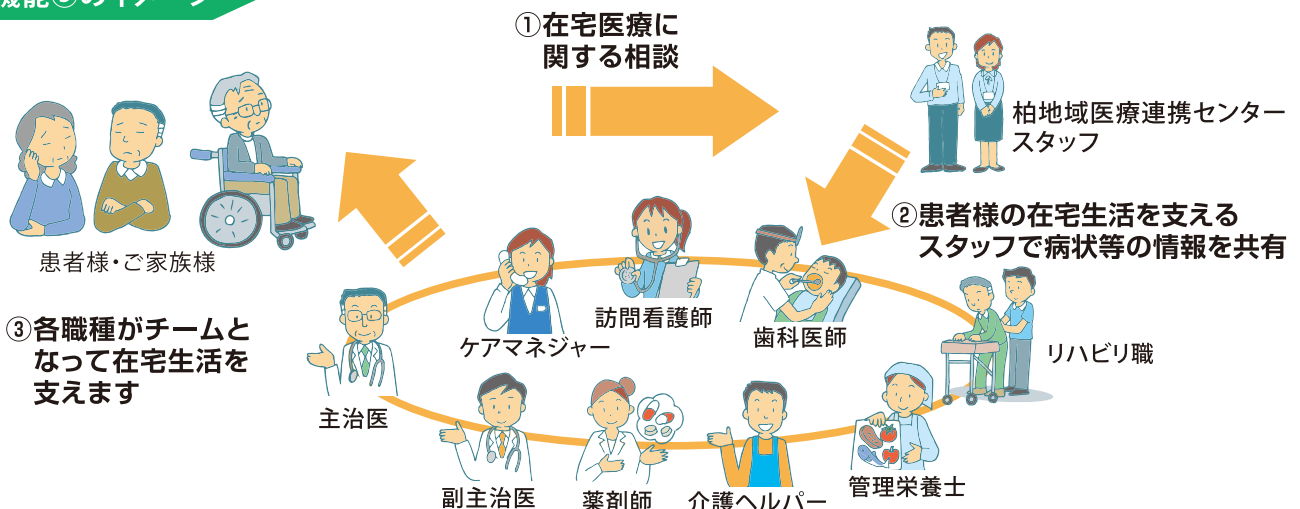
#### 機能③：患者が病院から在宅に戻る際などの調整支援機能

- 在宅主治医がいない場合の主治医・副主治医の推薦
- 必要に応じた多職種の推薦（歯科医師，薬剤師，訪問看護師，リハビリ職，管理栄養士等）

#### 機能④：市民への啓発・相談機能

- 在宅医療や介護に関する啓発・相談

#### 機能③のイメージ



## (2) 在宅医療チームのコーディネートの流れ

### ①退院から在宅医療への流れ ～病院退院調整担当者の動き～

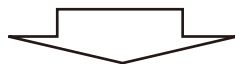
#### 1. 柏地域医療連携センターへ連絡するまで

- ①訪問診療が必要なことを確認する
  - ・継続診療が必要であるが、通院が困難
  - ・本人、家族が訪問診療を要望
- ②病院主治医に病状を確認し、退院の時期を確認する
- ③連携センターに連絡することを本人または家族に話し了解を得る



#### 2. 柏地域医療連携センターへ連絡

- ①本人、家族、関係者と連携センター職員が面談する日程を調整する
- ②連携センターに提供する情報（利用者情報提供書）の内容を整理する



連携センター

- ①本人、家族に以下の内容について説明し同意書に署名をもらう
  - ・連携センターが在宅チームをコーディネートすることについて
  - ・情報共有システムを使い、多職種および連携センターが情報共有することについて
- ②本人及び関係者から必要な情報を収集する
- ③口腔ケアの状況を確認する
- ④在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャー等のチームを編成し、退院時共同指導の希望候補日を調整して連絡する



#### 3. 退院時共同指導の準備

- ①病院関係者、家族の日程を調整し、会場を確保する
- ②退院時共同指導日及び会場を連携センターに連絡する
- ③情報共有システム、郵送等で在宅主治医、副主治医、訪問看護師、ケアマネジャー等に診療情報提供書、看護サマリー等の必要な情報を提供する



連携センター

退院時共同指導日及び会場を在宅チームに連絡する

#### 4. 退院時共同指導開催・退院

- ①司会進行をする
- ②記録を作成し、院内、在宅チームと情報共有をする

#### 5. 退院後

- ①バックアップ病院として、退院後の経過を情報共有システム等にて把握する



## ②通院困難から在宅医療への流れ～ケアマネジャー等の動き～

### 1. 柏地域医療連携センターへ連絡するまで

- ①訪問診療が必要なことを確認する
  - ・継続診療が必要であるが、通院が困難
  - ・本人、家族が訪問診療を要望
- ②連携センターに連絡することを本人または家族に話し了解を得る



### 2. 柏地域医療連携センターへ連絡

- ①本人、家族、関係者と連携センター職員が面談する日程を調整する
- ②連携センターに提供する情報（利用者情報提供書）の内容を整理する



連携センター

- ①本人、家族に以下の内容について説明し同意書に署名をもらう
  - ・連携センターが在宅チームをコーディネートすることについて
  - ・情報共有システムを使い、多職種および連携センターが情報共有することについて
- ②本人及び関係者から必要な情報を収集する
- ③主治医に訪問診療実施について打診する（本人、家族が難しい場合）
- ④口腔ケアの状況を確認する
- ⑤在宅主治医、副主治医、訪問看護師、ケアマネジャー等の在宅チームを編成し、サービス担当者会議の希望候補日を調整する



### 3. サービス担当者会議の準備

- ①家族の日程を調整し、会場を確保する
- ②担当者会議の日時及び会場を連携センターに連絡する
- ③情報共有システム、郵送等で在宅主治医、副主治医、訪問看護師等に必要な情報及び居宅介護支援サービス計画書（案）を提供する



連携センター

担当者会議の日時及び会場を在宅チームに連絡する  
※各サービス事業者はケアマネジャーから連絡



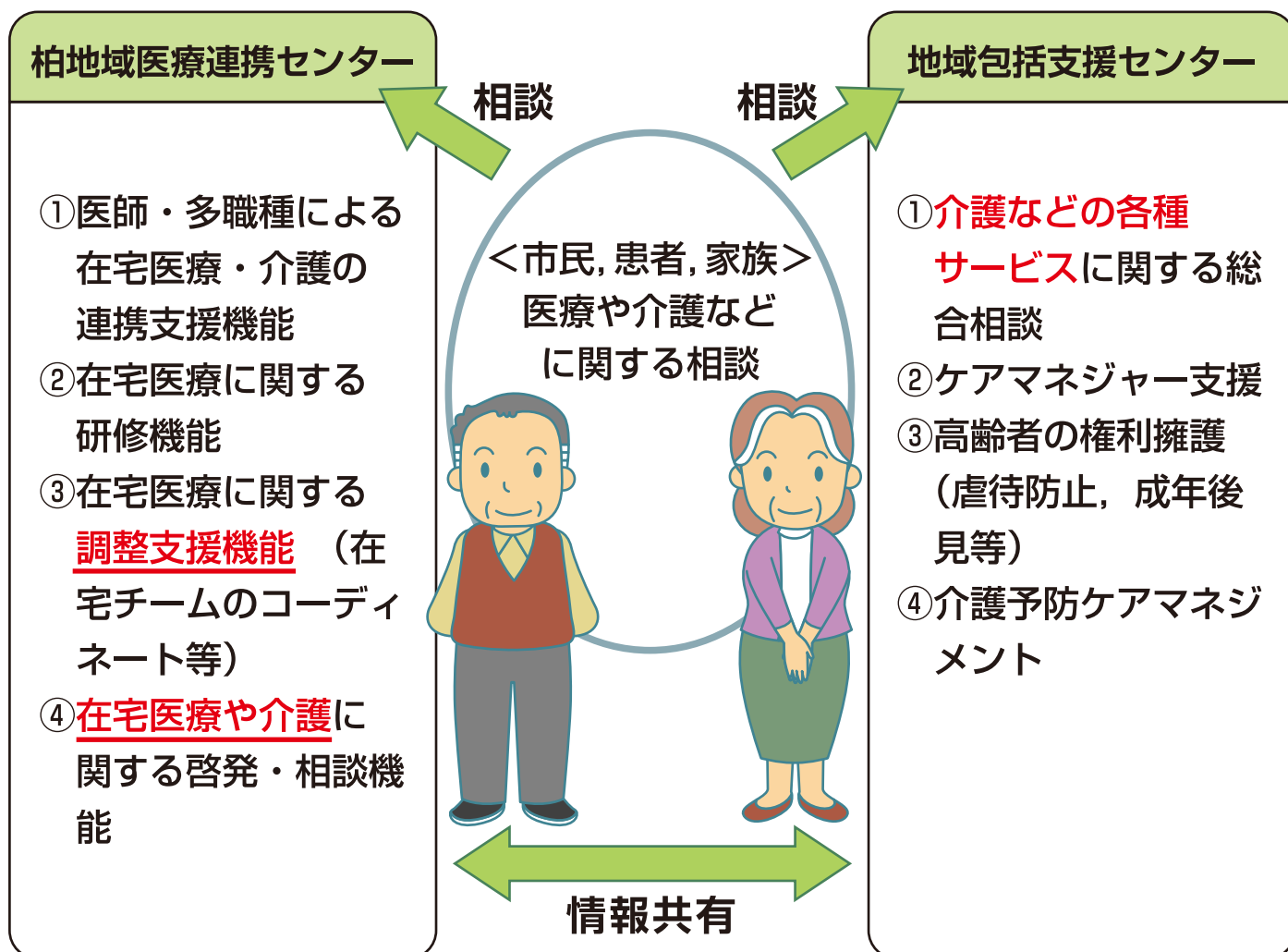
### 4. サービス担当者会議の開催

- ①司会進行をする
- ②居宅介護サービス計画書の確認・調整
- ③記録を作成し、在宅チーム間で情報共有をする

### 5. 在宅支援

※地域包括支援センターは、ケアマネ支援として関与する

### (3) 柏地域医療連携センターと地域包括支援センターの機能と連携



#### <病院・ケアマネジャー等>

- ・ 訪問診療が必要な患者・利用者について在宅チーム編成の依頼
- ・ 在宅医師等の医療情報の提供依頼

#### <病院・ケアマネジャー等>

- ・ 家族情報が不明，経済的・生活的な支援が必要な患者・利用者についての相談
- ・ 権利擁護に関する相談

#### 相談業務について


- 市民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それぞれが対応する。

# 3. 在宅医療を推進するための体制

## (1) 主治医・副主治医制

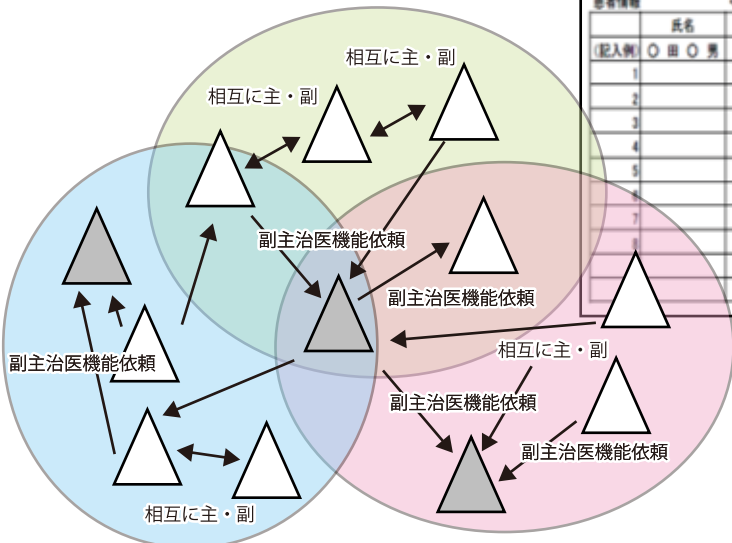
かかりつけ医がグループを形成してお互いバックアップすることにより、1つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく、多くの診療所が少しずつ支える事で多くの患者を支えるシステム。

### <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の訪問診療を補完する医師
-  両者が相互に協力して患者に訪問診療を提供

### <副主治医の選定方法>

- (1) 副主治医は、①機能強化型のグループ内の医師 ②エリア的に対応が可能な在宅プライマリ・ケア委員会の医師，が行う。(バックアップが必要な時は主治医からお願いする。)
- (2) 上記で副主治医が見つからない場合，在宅プライマリ・ケア委員会として最終的にバックアップを行う医師を選定する。
- (3) 主治医 - 副主治医間の休日に関する調整や患者情報の共有は，ICTシステムを使って行うことが望ましい。その際には，患者情報共有シート(エクセルシート)を使って簡単な患者情報を共有する。



患者情報		<主治医:>			<副主治医:>		
氏名	性別	年齢	住所	電話番号	主疾患	程度	
(記入例) 田 〇 男	男性	72歳	柿市朝原△-▲-◆	04-7167-1111	大腸がん	軽度・中等度・重症	
1						軽度・中等度・重症	
2						軽度・中等度・重症	
3						軽度・中等度・重症	
4						軽度・中等度・重症	
5						軽度・中等度・重症	
6						軽度・中等度・重症	
7						軽度・中等度・重症	
8						軽度・中等度・重症	
9						軽度・中等度・重症	
10						軽度・中等度・重症	

## (2) 口腔ケアの推進

### ○歯科介入の目的

口腔ケアによる保湿・保清により、口腔機能（摂食・咀嚼・嚥下・構音・唾液分泌等）の維持・改善及び誤嚥性肺炎等を予防する。

### ○口腔チェックシートの目的

歯科以外の多職種が、簡便に口腔内の課題を発見し、歯科に繋ぐことにより、口腔機能の改善や誤嚥性肺炎の予防に寄与する。

### ○チェックシートで確認する対象者

- ・ がん末期
- ・ 肺炎を繰り返す
- ・ 脳卒中後遺症（両側麻痺）
- ・ 認知症で移動・移乗が困難になってきた
- ・ 重度な難病・神経疾患、経管栄養 等

### ○実施のタイミング

- ・ 入院中⇒退院後に在宅医療・介護が必要な場合退院前
- ・ 在宅中⇒ケアプランの作成時や、評価・見直し時



**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お口に残っている
- ④ 食事中によくむせる
- 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、誰か見てもらってほしいってありませんか？

監修：日本大学歯学部附属歯学部講義 松野 和子医師  
制作：柏市医師会 中山 浩利氏

該当する項目や質問がありましたら下記までお電話下さい。  
柏市医師会附属歯科介護支援センター所属の歯科衛生士が訪問し、専門的な評価と口腔ケア指導をいたします（無料）  
連絡先 柏市医師会附属歯科介護支援センター  
☎04-7147-6480 受付 月～金 9時から17時まで



**「お口のチェックシート」について**

在宅療養中の方は、その原因となる疾患やケア環境により、摂食嚥下機能の低下や、誤嚥性肺炎のリスクが高くなります。当センターの「お口のチェックシート」は、次のような方のお口の状況を確認していただくことにより、歯科サポートの必要性を検討して頂くために作成したものです。

監修：日本大学歯学部附属歯学部講義 松野 和子医師  
制作：中山 浩利氏

確認していただきたい方	提供できる歯科サポート
◇がん末期の方	口腔乾燥や、口腔粘膜のただれが起こるため、口腔ケアにより、不快感を軽減します。
◇脳卒中後遺症の方 （口腔や嚥下、嚥下に麻痺がある方）	口腔や嚥下、嚥下に麻痺があると誤嚥しやすくなります。誤嚥性肺炎を予防するために、嚥下機能に適した食形態の見直し、摂食機能療法、口腔内を清潔に保つための口腔ケアを行います。
◇認知症で食事が減少している方	認知症により摂食機能が低下すると、口からの栄養摂取が困難になります。「最後まで口から食べられるための食支援」を提供します。
◇重度難病や神経疾患の方	病気の進行によって、嚥下障害や誤嚥性肺炎のリスクが高くなります。口腔ケアによる口腔内の保湿や嚥下機能に適した食形態の見直しを行います。
◇誤嚥性肺炎の既往がある方	誤嚥性肺炎を繰り返すことで、身体機能や抵抗力が低下します。肺炎になった原因を特定し、嚥下機能に適した食形態の見直し、摂食機能療法、口腔内を清潔に保つための口腔ケアを行います。
◇経管栄養の方で口腔環境が悪い方	口から食べていない状態でも、口腔内は不潔になり、誤嚥性肺炎などの原因になります。口腔ケアによる保湿や保清を行います。

**<経管栄養の方へ>**  
胃管から栄養摂取されている方も、検査やリハビリテーションによって、口から食べられるようになる可能性があります。「口から食べたい」というご希望がある場合は**歯科介護支援センター**までご相談ください。

**<費用の月額目安 >** 2,000円～4,000円前後（医療保険が1割負担の方の場合）  
※ 訪問先や、訪問回数、嚥下レベルなどにより金額が変わります。当センターに確認のうえ  
※ 歯科治療が必要な方は別途治療費がかかります  
※ 特定疾患認定や身体障害者手帳(1, 2級)をお持ちの方は負担金が減額される場合がありますのでご確認ください

**<歯科医師及び歯科衛生士ができること>**  
○医療保険による訪問診療や介護保険による在宅医療管理指導の範囲内、一人ひとりの口腔機能の状態を評価し、機能訓練を含めた専門的な口腔ケアを行います。

### (3) 在宅医療に向けた退院調整

I) 柏地域医療連携センターがチーム編成をしない場合	II) 柏地域医療連携センターがチーム編成をする場合
<p>①病院が在宅チームを選定し、退院時共同指導の日程を調整。</p> <p>②退院時共同指導の様式（別紙1）のうち、既存の書式（※1）と重複しない内容について退院時共同指導前に確認した上で退院時共同指導を実施。（※2）</p> <p>（※1）診療情報提供書および看護サマリーなど。</p> <p>（※2）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の記録用紙を用いることも可。</p>	<p>①病院からの連絡を受け、柏地域医療連携センターがチーム編成をすることなどについて患者同意を得る。</p> <p>②柏地域医療連携センターが在宅チームを選定（※）し、同時に、退院時共同指導の日程を調整。</p> <p>（※）医師会等と連携し、主治医のほか、副主治医、歯科医師、訪問看護師等を選定</p> <p>③退院時共同指導の様式（別紙1）のうち、既存の書式（※1）と重複しない内容について退院時共同指導前に確認した上で、退院時共同指導を実施。（※2）</p> <p>（※1）診療情報提供書および看護サマリーなど。</p> <p>（※2）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の記録用紙を用いることも可。</p>

在宅移行時に必要な情報 様式

平成 年 月 日  
 記録者

氏名 様 キーパーソン 様 続柄( ) 連絡先

開催場所		病院		室		
開催日時		平成 年 月 日 ( ) : ~ :				
資料で確認	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"/> ( 級 障害種類: )・ <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) <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査	HBV(B型肝炎) <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査	HCV(C型肝炎) <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査	MRSA(耐性黄色ブドウ球菌) <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査	TB(肺結核) <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 その他本人の要望について		【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 その他本人の要望について		
		退院日知 平成 年 月 日 ( ) : 頃				
担当看護師に確認	薬剤 材料等 <small>*1週間分 処方方が 望ましい</small>	退院時処方薬: __週間分 ( __月__日分まで)・__日分( __月__日分まで)				
		麻薬処方: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		IVH: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	医療 処置	<input type="checkbox"/> 酸素 : L <input type="checkbox"/> 気切:サイズ Fr 最終交換日: 月 日 <input type="checkbox"/> 吸引: 回/日 サイズ Fr <input type="checkbox"/> 胃薬 : <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 <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"/> できてない ) <input type="checkbox"/> その他 )			内容			
備考						

※ 看護サマリ等で提供する情報については省略します  
 ※ 「本人家族の要望等」欄は、がん患者については記載必須。

退院時共同指導時 記録

平成 年 月 日

記録者

氏名 様 日時:平成 年 月 日 ( ) : ~ :

病状について										
看護について										
決定事項	退院日 平成 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 (自家用車・一般タクシー等)				
	緊急時の対応									
	その他									
備考										
出席者	病院主治医:	科								
	病院看護師:	病院MSW:								
	在宅主治医:	診療所名	担当	様	電話	FAX				
	在宅副主治医:	診療所名	担当	様	電話	FAX				
	歯科医師:	診療所名	担当	様	電話	FAX				
	歯科衛生士:	診療所名	担当	様	電話	FAX				
	薬剤師:	薬局名	担当	様	電話	FAX				
	訪問看護師:	事業所名	担当	様	電話	FAX				
	PT OT ST:	事業所名	担当	様	電話	FAX				
	ケアマネジャー:	事業所名	担当	様	電話	FAX				
	その他:									
署名	患者様:									
	ご家族:									

## (4) 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、在宅の主治医又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・家族の意向について情報提供する。（FAX 又は電話）

### (2) 病院側に関するもの

#### ①急性増悪時の対応

- 患者の状態や意向に即し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。
- 市外の病院から退院して市内の在宅医療に移行した場合など、バックアップ病院が決まっていない患者については、バックアップ病院をつくるため、可能な限り、一度、外来で病院の診察を受けていただく。

#### ②急性増悪時以外の対応

- 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ら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、在宅への復帰を可能とするよう、在宅主治医と病院とで相談して決める。

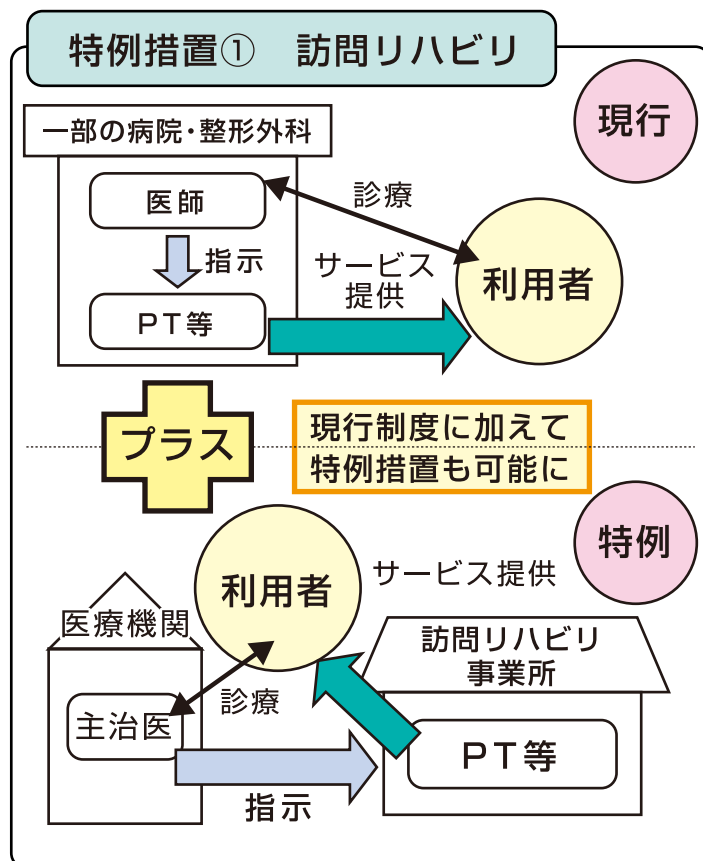


## (5) 総合特区法に基づく特例措置

### 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と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に加えて，総合特区による要件を満たすことが必要。（医療保険によるサービスを提供することは不可）



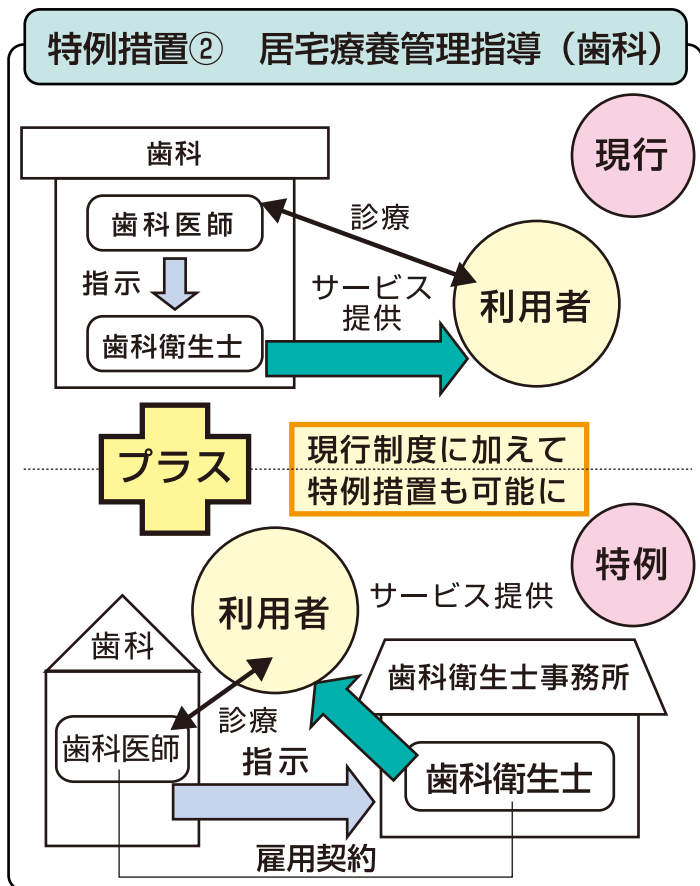
#### <人員・運営設備に関する要件（主なもの）>

- 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（平成23，24年は，東京大学高齢社会総合研究機構が主催する）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。
- 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

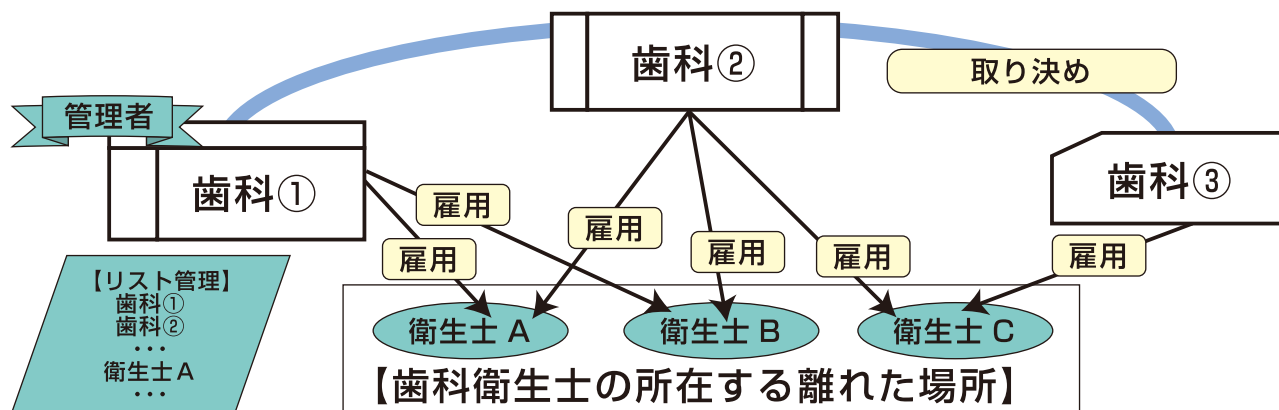
### <基本的な仕組み>

- 総合特区法に基づく特例措置により，歯科医療機関から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に加えて，総合特区による要件を満たすことが必要。（医療保険によるサービスを提供することは不可）
- 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・設備運営に関する要件（主なもの）>

- 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（平成23，24年は，東京大学高齢社会総合研究機構が主催する）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。



# 4. 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（退院時等）

### 1 カルテ等資料で確認する事項

#### 1-1 保険情報について

病院 ↓ 全職種	<b>【保険情報】</b> ・医療保険の種類等の患者の基本情報や、介護保険の申請状況、障害手帳の有無などの福祉サービスに関する情報を共有する。	(背景) ・保険情報を共有することで患者の利用できる介護保険および福祉サービスを知ることができ、サービス内容が検討できる。また、患者が利用できる制度の申請を退院までにできる。
----------------	--	--

### 2 病院主治医に確認する事項

#### 2-1 感染症の検査結果について

病院 ↓ 全職種	<b>【感染症の検査データについて】</b> ・治療や診断に関わる血液検査データを在宅で支援する多職種と共有する。	(背景) ・患者が訪問入浴を利用する際に診断書が必要になった。在宅主治医が診断書を作成するにあたり、病院で行った血液検査データを活用することで、速やかにサービスが利用できた。
----------------	--	--

#### 2-2 本人，家族について

病院 ↓ 全職種	<b>【病状・予後余命の説明とそれに対する本人の希望】</b> ・患者に説明した病状，予後在宅での支援者と共有する。	(背景) ・主治医が，病状や予後について患者にどのように説明したか共有できていなかったため，患者に対する説明にずれが生じ，患者が退院に不安を感じてしまった。
病院 ↓ 全職種	<b>【病状・予後余命の説明とそれに対する家族の希望】</b> ・家族に説明した病状，予後在宅で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正確に把握し，支援することができた。
ケアマネ ↓ 病院 全職種	<b>【患者・家族に関する情報】</b> ・患者が入院する前から知っている患者の性格や家族の希望などの患者や家族の情報を多職種と共有する。	(背景) ・ケアマネは，患者が最後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，自宅で独りになった患者が不安になり，退院翌日に再入院した。 ・患者の性格や家族関係，経済状況等をケアマネが多職種と共有することで患者や家族の希望に沿ったサービス内容の提案ができる。

### 3 担当看護師に確認する事項

#### 3-1 薬剤, 材料について

病院 ↓ 全職種	<b>【薬剤の処方について】</b> ・薬剤（IVH等）の処方内容および、退院後すぐに使用する薬剤（IVH等）、衛生材料等の（1週間程度）準備状況を在宅で支援する多職種と共有する。	（背景） ・混注したり、麻薬を取り扱える薬局が限られているため、準備に時間がかかってしまう薬剤がある。 ・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準備した。
----------------	---	--

#### 3-2 医療処置について

病院 ↓ 全職種	<b>【医療処置についての説明】</b> ・在宅酸素など継続が必要な医療処置があるときは、家族に説明し、説明した内容を在宅で支援する多職種と共有する。	（背景） ・家族は、患者が自宅に戻っても在宅酸素が継続すると思っていたので、退院後数日で在宅酸素になってしまい困惑した。 ・退院時共同指導当日に退院した患者が、病室で在宅酸素を使っていたので、在宅主治医が急遽、在宅酸素と吸引の手配をした。
----------------	--	---

病院 ↓ 全職種	<b>【排便コントロールについて】</b> ・退院前に排便状況を確認し、在宅で支援する多職種と共有する。	（背景） ・退院した次の日、訪問看護師が訪問した時に排便状況を家族に確認したところ、5日間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

病院 ↓ 全職種	<b>【家族への介護方法の指導状況および家族の習得状況について】</b> ・家族への介護方法（オムツの交換）の指導状況とその習得状況を、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、サービス内容が検討できる。
----------------	---	---

病院 ↓ 全職種	<b>【家族への医療処置の管理指導の状況および家族の習得状況】</b> ・点滴の管理、ストマの交換等の医療処置の指導状況と家族の習得状況を、在宅で支援する多職種と共有する。また、自宅で行える方法や自宅にある物品を使って指導する。	（背景） ・医療処置の管理指導の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、サービス内容が検討できる。 ・在宅は病院のように物品がそろっていないため、病院と同じ物品を購入する家族がいる。
----------------	---	---

※上記1～3の事項はP.13の様式に反映済

## 4 その他

### 4-1 退院について

病院 ↓ 全職種	<b>【退院日について】</b> ・退院日が決定次第，在宅で支援する多職種に連絡する。また，患者の病状や家族の希望により退院が早まる場合は，できるだけ在宅主治医，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患者受け入れの準備をする期間がなかった。 ・退院時共同指導の時に，患者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ので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，退院日を早めることになったことを，病院が在宅主治医，訪問看護師に話し，患者受け入れ準備が進められた。
病院 ↓ 全職種	<b>【日曜日の退院日について】</b> ・サービス提供できる事業所数が少なく，また，連絡が取りづらいため日曜日の退院は避ける。	(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数が少ないため，サービス調整が上手くつかず，退院当日にサービス利用できず患者が不安になってしまった。
病院 ↓ 全職種	<b>【緊急時の連絡について】</b> ・退院前に，緊急時の連絡先を患者や家族，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) ・転倒し不安になった患者が，在宅主治医やサービス提供者に連絡しようとした所，連絡先がわからず救急車を呼んでしまった。

## 4 その他

### 4-2 退院時共同指導について

病院 ↓ 全職種	<b>【退院時共同指導の開催について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>退院時共同指導や担当者会議をできるだけ開催し、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在宅で支援する多職種と退院時共同指導の内容を共有する。</li></ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"><li>退院時共同指導で病院医師や在宅主治医、副主治医、ケアマネジャーなど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。</li><li>患者の病状、予後、生活状況等を知らないため服薬指導ができないので薬剤師は、訪問時に患者から病状などを聞き取っているが、体調が悪い時は聞き取ることがなかなか難しい。</li></ul>
病院 ↓ 全職種	<b>【退院時共同指導の日程について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>退院時共同指導の日時が決定次第、在宅で支援する多職種に連絡する。</li></ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"><li>担当患者数によっては、全ケースの参加は時間的に調整が難しくなってくる。</li><li>患者によってはヘルパー・デイサービスなどサービス事業者にも参加して欲しいという場合があり日程調整が必要になる。</li></ul>
病院 ↓ 全職種	<b>【退院時共同指導後に患者の状態が変化したとき】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>退院時共同指導後に、患者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、病院は、在宅主治医、副主治医等在宅での支援者と共有し、退院日など再度検討する。</li></ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"><li>退院時共同指導後に、患者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。</li><li>患者の状態が安定したため、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ケアへの不安を話していた。</li></ul>

### 4-3 ケアプランの作成について

ケアマネ ↓ 病院 全職種	<b>【ケアプランの作成について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>患者や家族の希望を聞き、医療職と相談して患者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。</li></ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"><li>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が、患者の病状を考えると体力的に合わない計画だったため、主治医からケアマネジャーに助言し、サービス内容を見直した。</li><li>患者の状態に合わないベッドやマットを使用していたため、訪問看護師がケアマネジャーに助言しベッドやマットを交換した。</li></ul>
------------------------	--	---

### 4-4 口腔ケアについて

病院 ↓ 全職種	<b>【口腔内ケアの状況】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>口腔内の状況やケア方法を共有する。</li></ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"><li>退院後、口腔内汚染、乾燥が強かったため、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。</li></ul>
----------------	---	---

## (2) 在宅療養中の多職種連携ルール

### 1 患者に関する情報

全職種 ↓ 全職種	<b>【退院直後の状況】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院直後は病院から在宅への環境の変化が生じるため、初回訪問時に患者の様子を確認し、共有する。(例：痛みの程度、食事摂取、気持ちなど)</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>退院直後に患者の状態や家族の介護方法等を確認し、多職種間で共有することで、サービス内容の見直しや支援策の検討につながった。</li> </ul>
全職種 ↓ 全職種	<b>【患者・利用者の病態（認知症による変化も含む）の理解】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症などによるこだわりや攻撃性など、患者の病態に関する情報とその対応方法について共有する。</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>患者の性格や病態を知ることにより、多職種がそれに配慮しながら支援できた。また、指導内容をメモ書きにする事で共通の対応ができ、患者も混乱することなく生活している。</li> </ul>

### 2 家族に関する情報

全職種 ↓ 全職種	<b>【家族の介護方法の習得状況】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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、おむつ交換)</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤師が家族にエンシュアリキッド(栄養剤)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、ケアマネジャーからヘルパーに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。</li> </ul>
訪問 看護師 ↓ 全職種	<b>【家族の医療処置・管理の習得状況】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>家族の医療処置・管理の習得状況を把握し、共有する(例：痰の吸引、在宅酸素の管理)</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>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から聞かれることがあった。</li> </ul>
全職種 ↓ 全職種	<b>【家族の状況の変化とその対応】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>家族の介護力低下状況を共有する。(例：体調不良など)</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>家族が引越しの準備や心身の変化等の事情により、介護状況に変化が生じた事を共有することで、患者が自力で出来ていたことが出来なくなるなどの状況の変化を一時的なものとして判断し、関係者間で一貫した支援ができた。</li> <li>ヘルパーの訪問回数の見直し等のサービス内容の見直しにつながる。</li> </ul>
薬剤師 ↓ 全職種	<b>【家族の薬剤管理】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬の内服方法および保存方法に関する家族の理解状況を把握し、共有する。</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>坐薬を常温で保存している患者がいた。</li> <li>患者や家族が理解している内服方法と、薬局で渡す内服方法が記載されている書面に書かれている事が、違うときがある。</li> </ul>

## 2 家族に関する情報

<p>全職種 ↓ 全職種</p>	<p><b>【家族の看取り意向を共有】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の看取りの意向の変化を情報共有する。(病状が変化すると、当初は看取りを希望していた家族も思いが揺れる場合があるため。)</li> </ul>	<p>(背景)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・最初は疼痛管理ができれば最後まで自宅で看取る意向の妻が、患者の呼吸苦や咳嗽を見ていられないので入院させたいと主治医に電話した。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するが、妻が入院を強く希望し、入院となった。</li> </ul>
--------------------------	--	---

## 3 サービスに関する情報

<p>ケアマネ ↓ 全職種</p>	<p><b>【介護保険の更新に関する状況】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険更新（手続きの）状況や認定結果を情報提供する。</li> </ul>	<p>(背景)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険更新（手続きの）状況を共有することで、申請から認定までの手続きが速やかに行えた。</li> </ul>
<p>全職種 ↓ 全職種</p>	<p><b>【介護保険以外のサービスの状況】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療の費用面の不安や経済的負担を軽減するための手続（障害、難病、福祉サービス等の申請など）について共有をする。</li> </ul>	<p>(背景)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族等が持つ医療・介護の費用面の不安を把握し、多職種で共有することにより、障害者手帳の申請方法などについて助言を得ることができた。</li> <li>・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が検討することが可能となった。</li> </ul>
<p>医師 訪問 看護師 ↓ 全職種</p>	<p><b>【医療アドバイスの状況】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的に関わる家族やヘルパー等の多職種に療養時の注意事項について情報共有する。 (例：脱水予防、拘縮予防等)</li> </ul>	<p>(背景)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、患者の日常的な病状低下予防につながった。</li> </ul>
<p>ケアマネ ↓ 全職種</p>	<p><b>【ケアプランの変更状況】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療職に相談して患者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。</li> </ul>	<p>(背景)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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が、患者の病状を考えると体力的に合わない計画であったため、主治医からケアマネジャーに助言し、サービス内容を見直した。</li> <li>・週間計画を主治医と共有していなかったため、主治医が訪問した時に他の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。</li> </ul>



### 3 サービスに関する情報

全職種 ↓ 全職種	<b>【サービス提供日時について】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供日時を共有する。また、変更した時は訪問日が重ならないように共有する。</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供日時が変更となり、二つのサービスの提供時間が重なることがある。</li> <li>介護サービス事業者の中には、サービス提供時間が遅れると違約金を取る所もある。</li> </ul>
医師 ↓ 全職種	<b>【主治医不在時の対応について共有】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>主治医が対応できない場合、緊急時の対応について共有する。</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>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、関係者間での緊急時の対応が統一でき、安心して緊急時に備えることができた。</li> </ul>
ケアマネ ↓ 全職種	<b>【施設等へ入所したことを共有】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者が施設等に入所を予定していることや、入所したことを共有する。</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>施設入所の申し込みをしており、施設入所までの期間を自宅で介護したいという家族の思いがあったことをケアマネジャーが多職種と共有できておらず、入所後に多職種が突然知ることとなった。</li> </ul>
全職種 ↓ 全職種	<b>【死亡の共有】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者・利用者の死亡を共有し、支援を終了する。</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>患者が死亡したことを知らずにサービス提供者が訪問してしまった。</li> </ul>

### 4 診療・治療に関する情報

医師 ↓ 全職種	<b>【病状・予後余命の説明】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>家族に説明した病状や今後予測される症状について共有する。</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>また、家族の不安等を正確に把握し、支援することができた。</li> </ul>
医師 ↓ 全職種	<b>【病状の受け止め状況】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族に対して、現状や予後の説明をした際の受け止め状況について共有する。</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>患者及び家族の受け止め状況を多職種で共有することにより、患者や家族の不安等を把握し支援することができた。</li> </ul>
医師 訪問 看護師 ↓ 全職種	<b>【新たに使用する医療機器の説明・準備状況】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>新たに使用する医療機器の準備状況と家族への説明内容を共有する。</li> </ul>	(背景) <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機器を新たに使用することや家族への説明内容を共有することにより、患者の病状を把握し、今後予測される症状に備えることができた。</li> </ul>

## 4 診療・治療に関する情報

医師 薬剤師 ↓ 全職種	<b>【薬剤や輸液の指示とその準備、使用状況】</b> ・特殊な薬剤（麻薬、輸液、栄養剤）の準備状況を共有する。	（背景） ・主治医が薬剤の準備状況を共有することで多職種は安心して支援することができた。
医師 ↓ 全職種	<b>【家族が選択した治療方針の共有】</b> ・家族が選択した治療方針等について共有する。（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。
全職種 ↓ 医師	<b>【病状変化、疼痛の状態を共有】</b> ・発熱や咳き込み、疼痛の増幅等の病状変化があった場合、主治医に報告する。	（背景） ・訪問看護師が患者の咳き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開始し、患者の症状が緩和した。
医師 ケアマネ 病院 ↓ 全職種	<b>【再入院したこと、入院中の病状経過の共有】</b> ・患者が急性増悪により再入院したことや入院中の病状経過（再退院の見込）を共有する。	（背景） ・患者が入院したことを知らずに歯科等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などが訪問してしまった。

## 5 口腔に関する情報

歯科医師 歯科 衛生士 訪問 看護師 ↓ 全職種	<b>【口腔ケアの状況】</b> ・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ケア方法を共有したことにより、ヘルパーからも患者や家族に口腔ケアの方法を話すことができ、患者の口腔内衛生を日常的に保つことができた。 ・誤嚥性肺炎の予防につながる。
歯科医師 ↓ 全職種	<b>【歯科の診療結果】</b> ・訪問歯科診療での治療内容や服薬・嚥下リハの必要性、今後の方針等について共有する。	（背景） ・嚥下リハビリの必要性や入れ歯の調整等の治療方針を多職種と共有することで、食事形態の工夫や嚥下状態の確認を関係者間で行うことができた。

## 6 薬剤に関する情報

医師 ↓ 全職種	<b>【薬剤の処方】</b> ・患者の生活リズムを把握し患者が飲みやすい方法で薬を処方する。また、処方内容を多職種と共有する。	(背景) ・1日2食しか食べない患者に、1日3回、毎食後に飲む薬が処方された。患者は3回飲まなくてはと思い食事をとらずに内服したり、内服するため変な時間に軽食をとり、食事の時間がずれる等生活のリズムが崩れてしまった。
全職種 ↓ 医師	<b>【処方薬の内容・効果・副作用】</b> ・処方薬剤の内容・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眩暈、気分不快感等の副作用を主治医と共有することにより、治療方針やケア方針を検討し、患者の症状緩和につながった。
医師 薬剤師 訪問看護師 ↓ 全職種	<b>【薬の整理】</b> ・服薬管理が困難なときは、共有する。また、薬が変更になった時も共有し、残薬を処分する。	(背景) ・薬の一包化や服薬カレンダーを利用するなど管理方法を検討できる。 ・処方に変更になったことを多職種は知らないことがある。 ・家族から、自身の腰痛がひどい時に、患者に処方されていた麻薬を使っているか？と聞かれたことがあった。
全職種 ↓ 医師 薬剤師 訪問看護師	<b>【残薬状況】</b> ・内服状況や残薬を確認し、共有する。	(背景) ・患者の内服状況を把握し共有していたため、主治医が薬を処方する際に適切な量の薬が処方できた。

## 7 リハビリに関する情報

医師 リハビリ職 ↓ 全職種	<b>【リハビリの目標や患者のADL状況】</b> ・患者のリハビリの目標やADLの状況を共有する。	(背景) ・理学療法士が日常生活動作の中での目標を共有したことで、訪問看護師との情報共有が始まり、患者のADLや心情に合わせたケアが提供できた。
-------------------------	---	---

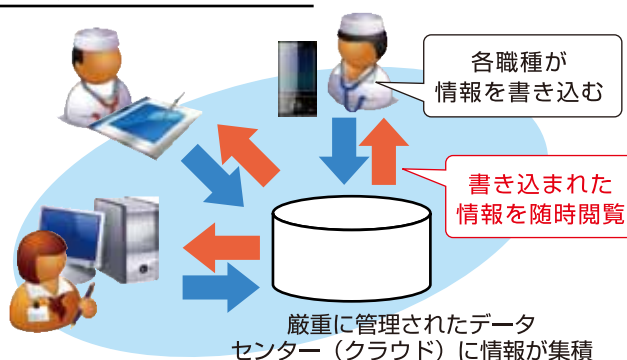
## 8 栄養状態に関する情報

管理栄養士 ↓ 全職種	<b>【栄養状態の確認】</b> ・患者の食事の摂取状況や体重の変化、目標を共有する。	(背景) ・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、各職種が食形態など様々な視点から患者の状態に合ったケアが提供できた。
-------------------	--	--

## 5. 情報共有システム

柏市では、在宅医療・多職種連携を推進していくために、情報共有システムを活用した連携を推進。

### 情報共有のイメージ



### 主な特徴

- ・電話と違って相手の状況を気にする必要がありません
- ・メールより安全性が高いです（法令に準拠）
- ・一度に複数名とやり取りができます
- ・写真や書類を添付できます
- ・パソコンでもスマートフォンでも使うことができます（※事前に設定が必要）

### < 情報共有システムの利用対象 >

（前提）在宅療養をする（予定の）患者を支援する医療・介護専門職

- 1-1 病院から退院するケース
- 1-2 外来通院中で、訪問診療に切り替わるケース
- 2 既に各職種が決まっていますサービス提供しているケース

※職種が決まっていない場合、柏地域医療連携センターによる各職種のコーディネートも可能（P. 7, 8参照）

### 【情報共有システム利用の手順】

- ① 柏地域医療連携センターへ連絡
- ② 患者様・利用者様、ご家族様へ、柏市の取り組みと情報共有システムを使用することを打診
- ③ 柏地域医療連携センター職員が患者宅へ訪問し、本人同意書を受領
- ④ 柏地域医療連携センターが情報共有システムの部屋を開設
- ⑤ 情報共有システムを利用した連携を開始

### 利用者の声

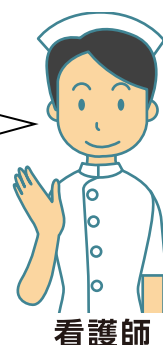


他の職種が何やっているかよく知らなかったけど、こんなにも多くの情報を持っていることに驚いた。

先生には遠慮して連絡するのに二の足を踏んでしまっていたが、距離感が縮まった。



創傷の様子など、言葉で伝えにくい情報が写真だと一目瞭然に伝えられるので、先生の指示を得やすい。毎日入っているヘルパー等からタイムリーに患者さんの変化についての情報が入ってくると、早期の対処ができる。



# 5. 情報共有システム<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入れる。

患者ごとの定型化された連携情報  
 ・フェイスシート(連携基本情報)  
 ・アセスメントシート(アセス情報)  
 ・温度板(日々の変化情報)  
 ・カレンダー(関係者予定)  
 ・お薬手帳(薬剤情報共有)

日々の変化を共有するケアレポート  
 ・連絡帳  
 ・ケアプラン  
 ・訪問看護指示書  
 ・診療情報提供書 等

## 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 ->
- ・F I M評価結果



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 (電子共有ノート)>



**おはようございます** 重要度: ★★★★★

投稿No. 0006  
看護師 榎美 サンプル病院  
投稿日時 2012/03/22 15:06  
実施日時 2012/03/22 10:00

物に読んでほしい人: [参加者全員](#)

こんにちは、看護師榎美です。  
現在の褥瘡状態を写真で添付いたします。




褥瘡部 pe 追加ファイル 2つ  
【分類】[写真] 【分類】なし

---

**排泄記録** 重要度: ☆☆☆

投稿No. 0005  
ヘルパー 千恵子 サンプル事業所  
投稿日時 2012/02/16 11:19  
実施日時 2012/02/16 10:15

物に読んでほしい人: [参加者全員](#)

■排泄  
【排便】200cc 【排便量】普通 【便の硬さ】4 【排便】(排便)の使用状況なし 【失禁】なし

---

**バイタル情報** 重要度: ☆☆☆

投稿No. 0005  
ヘルパー 千恵子 サンプル事業所  
投稿日時 2013/07/31 16:43  
実施日時 2013/07/15 13:00  
即時通知

物に読んでほしい人: [参加者全員](#)

■バイタル  
【体温】35.5℃ 【血圧】150/90mmHg 【脈拍】60回/分 【呼吸】60回/分 【SpO2】100%

文字の書き込み

ファイル添付 (写真/動画/書類)

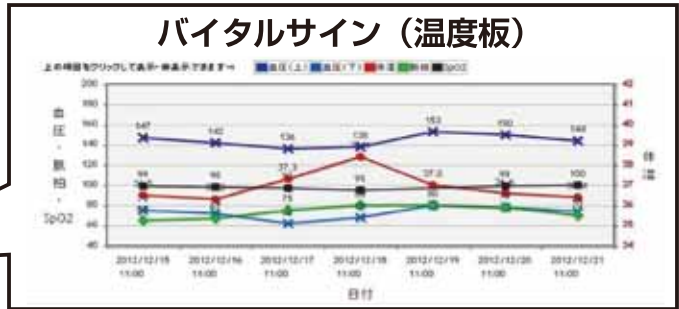
介護 カナさんの部屋



本人家族招待

**食事・水分・排泄 (in-out)**

日付	2013年 3月26日			2013年 3月26日			2013年 3月27日			計
時間	08:30	07:30	12:00	18:30	07:30	11:00	17:30	21:15	12:00	計
食事										
水分										
主食量(総計)	10	10	8	7	10	8	7	10	8	
副食量(総計)	9	9	8	5	9	8	5	9	8	
水分・点滴(総量)	200cc		1100cc							
排泄 (排便/総量/回数)	200cc/1		700cc/3				1200cc/5			6
排泄回数	3		3				3			
インアウトバランス	+ 50		+ 400				- 300			



# システム画面 <患者カレンダー>

患者ごとの出来ごとのカレンダー管理 (実施記録, 業務帳票, 往診予定, ケアプラン予定など)



TRITRUS

サービスカレンダー

2013年4月

日	月	火	水	木	金	土	日
30	31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29	30

**ケアレポート**

投稿No. 3 / 投稿日 2013/04/24 10:07  
投稿者: サンプル病院

本記録は公開されています。物に書き込みはできません。お気に入りやお気に入りリストから削除することができます。

投稿No. 3 / 投稿日 2013/04/24 10:08  
投稿者: サンプル病院

本記録は公開されています。物に書き込みはできません。お気に入りやお気に入りリストから削除することができます。

**排泄記録**

2013年4月15日 排便

排便量: 200cc  
排便回数: 1回  
排便性状: 軟便



## 6. 在宅医療・多職種連携に関する研修

### <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促進するために実施。

### <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

協力・後援：東京大学高齢社会総合研究機構 ほか



### <総合型研修>

- 年1回程度，1コース2日間で開催
- 内容
  - ・在宅医療導入
  - ・多職種の役割，資源把握
  - ・多職種連携ワークショップ 等  
(緩和ケア，認知症等のテーマに沿って)

### <在宅医療実地研修>

- 総合型研修を受講した医師等を対象に実施
- 在宅医療を行う診療所，訪問看護ステーション，居宅介護支援事業所等で半日の同行研修

## 7. 市民啓発

### 目的

市民に、在宅医療・介護について知っていただくとともに、「自分が取り組むこと」「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。

### 実施方法

- 地区社協単位で行う勉強会**  
地域ぐるみで在宅医療・介護について学び、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た在宅医療の実際について理解を深める。
- 在宅医療情報誌「わがや」等、情報ツールを利用した啓発活動**  
情報誌の作成や、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。
- 地域医療・健康等に関する講座の開催**  
柏地域医療連携センターを活用した、市民と協働で行う、健康に暮らすための各種講座の開催。
- その他効果的な啓発を検討し、適宜実施**



## <医療 WG> 平成22年5月～平成24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

(平成24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
	理事	石橋 正樹
	会員	平野 清
	会員	遠藤 久人
	会員	古田 達之
	会員	金 重輝
柏市立柏病院	院長	小林 憲明
東京慈恵会医科大学附属柏病院	総合診療部長	野坂 俊壽
柏厚生総合病院	総合診療部長	多田 紀夫
千葉大学	地域連携担当部長	十束 英志
	医学部 教授	高林 克日己
	医学部 准教授	藤田 伸輔

## <連携 WG> 平成22年7月～平成23年7月 全10回

医療・介護の多職種団体の代表者等で構成し、多職種連携のルールを議論

(平成23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
	会員	遠藤 久人
	会員	古田 達之
	会員	金 重輝
	会員	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 副委員長	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
	豊四季ケアセンターそよ風	山崎 久枝
柏市介護支援専門員協議会	コミュニケーション24リハビリデイサービス柏	野上 勢津子
	ケアプラン とぎわ	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

～「在宅医療・介護多職種連携柏モデル」に向けてご尽力をいただいた皆様②～

＜(新) 連携WG＞平成23年10月～平成26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

(平成26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＞平成23年11月～平成26年1月 全10回

＜試行WG評価チーム＞平成23年11月～平成25年5月 全8回

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

＜試行WG＞ 日時 ・ 参加者数		
第1回	平成23年11月19日	33名
第2回	平成24年1月19日	31名
第3回	平成24年3月15日	34名
第4回	平成24年5月18日	44名
第5回	平成24年7月20日	56名
第6回	平成24年9月21日	46名
第7回	平成25年1月18日	53名
第8回	平成25年4月19日	52名
第9回	平成25年7月19日	35名
第10回	平成26年1月28日	90名

＜試行WG評価チーム 構成員＞	
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
訪問看護ステーションこすもす・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

～「在宅医療・介護多職種連携柏モデル」に向けてご尽力をいただいた皆様③～

## <10病院地域連携会議> 平成23年10月～平成25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

(平成25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 / 医療連携室	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 副センター長	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 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 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
辻仲病院柏の葉	副院長	大橋 一雅
	地域連携室 係長	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

## <顔の見える関係会議> 平成24年6月～平成26年2月 全8回

柏市の医療・介護関係者が一堂に会し, 顔の見える関係を構築

日時 ・ 参加者数			延べ参加人数：1, 325名			
第1回	平成24年6月21日	144名	医師(診療所)	73名	医師(病院)	42名
第2回	平成24年9月26日	158名	病院MSW等	89名	訪問看護師	102名
第3回	平成24年11月28日	174名	病院・診療所看護師	51名	歯科医師・歯科衛生士	81名
第4回	平成25年2月6日	157名	薬剤師	80名	ケアマネジャー	90名
第5回	平成25年7月4日	186名	地域包括職員	102名	管理栄養士	72名
第6回	平成25年9月26日	166名	介護サービス事業者	70名	リハビリ職	76名
第7回	平成25年12月5日	162名	老健・特養職員等	64名	市民・傍聴者・関係者	333名
第8回	平成26年2月5日	178名				

### <豊四季台地域高齢社会総合研究会>

東京大学高齢社会総合研究機構・都市再生機構・柏市

【作成】

平成 26 年 3 月 1 7 日

豊四季台地域高齢社会総合研究会

在宅医療委員会 連携ワーキンググループ