

地域包括ケアシステムの課題解決に向けた 取組状況に関する調査研究

平成28年3月

一般財団法人 地方自治研究機構

目次

序章 調査研究の概要.....	1
1 調査の目的.....	3
2 調査内容.....	3
3 調査体制及び調査のスケジュール.....	6
第1章 多職種連携の事例.....	9
東京都世田谷区 世田谷区地域包括ケアシステム	
— 医療連携推進協議会と「医療と介護の連携シート」 —.....	11
日本理学療法士協会の取組（茨城県理学療法士会・北茨城地域自立支援センター）	
— 利害のない立場から地域をコーディネート —.....	37
日本薬剤師会の取組 かかりつけ薬剤師・薬局を通じた地域医療への貢献	
— 最も身近な医療者・医療提供施設として —.....	49
第2章 主治医・副主治医制度の事例.....	59
京都府乙訓地区（長岡京市・向日市・大山崎町） チームドクターファイブ	
— 当番表による相互サポートで主治医も患者も安心 —.....	61
長崎県長崎市 長崎在宅 Dr. ネット	
— 「意志ある医師」が在宅医療を変えていく —.....	75
第3章 地域ケア会議の事例.....	89
兵庫県朝来市 未来を育む地域ケア会議	
— 利用者を中心に置いて考える —.....	91

岡山県総社市 小地域ケア会議	
— 住民が自ら選び取った地域包括ケア —	111
第4章 ICT活用の事例	127
新潟県長岡市 高齢者総合ケアセンター こぶし園	
— 効率化で見えてくる新しい連携のかたち —	129
第5章 地域包括ケアシステムにおける在宅医療を推進するための12の提言	139
調査事例名簿	159

序章 調査研究の概要

1 調査の目的

平成 24 年度施行の改正介護保険法で規定された「地域包括ケアシステム」は、「介護・リハビリテーション」「医療・介護」「保険・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」という 5 つの要素から成り、「自助」「互助」「共助」「公助」という視点から、地域の特性に合った具体的な施策を実施していくことが求められている。

しかし、その構築に向けて検討すべき事柄が明らかでないことや多数の関係者の合意を要すること等から、一部の市区町村を除いて、多くの市区町村は検討段階あるいはそれ以前にとどまっていると考えられる。

そこで、全国の市区町村が施策を検討する際の基礎資料として活用できるよう、規模や立地特性に応じて、先進的な取組について、検討すべき事柄、課題やその解決策について調査研究を行う。

特に、「医療と介護等における多職種連携」「主治医・副主治医制度の必要性・有効性」「地域ケア会議の在り方」「地域包括ケアシステムにおける ICT の有効活用」という視点から、地域包括ケアシステム構築の実態について把握し課題を整理するとともに、その解決策を先進的な取組事例を通じて調査する。

2 調査内容

(1) 現地調査事例

①調査項目

- ・事業の経緯
- ・事業の内容及び特徴
- ・事業の実績
- ・多職種との連携
- ・課題と今後の展望

②調査対象事例

東京都世田谷区

世田谷区では、医療介護連携を進めるための仕組みとして、独自の「医療と介護の連携シート」を用意している。従来、在宅医療側の体制作りや情報共有が難しかったことから、ルール作りの必要性を訴えるケアマネジャーの声契機となり作成を開始した。連携シートは「標準様式」の位置付けであり、区では、各団体を通じて普及を図り、区内ではなるべく使ってもらおうよう努めている。この連携シートはケアマネジャーが医療機関を相手に仕事をする上で、有効な支援ツールとなっている。

公益社団法人 日本理学療法士協会及び公益社団法人 茨城県理学療法士会

平成 25 年には、協会内に地域ケアシステム推進対策本部を設置した。この中では、地域包括ケアシステムを「予防」「地域ケア会議」「渉外」の 3 つに分けて、それぞれ協会としての対応を検討している。同本部を通じ、協会では現在までの約 3 年間で、組織、質、連携（渉外）の強化を図ってきた。特に連携の面では、他職種（特に作業療法士、言語聴覚士）との協力・協調という点を重視しながら、地域包括ケアシステムをどのように進めていくか、検討を重ねている。

公益社団法人 日本薬剤師会

薬剤師会では、地域包括ケアシステムの構築に向けて次のような取組を進めている。

1. かかりつけ薬剤師・薬局の普及・促進
2. 在宅医療の受入体制の整備
3. 健康サポート薬局の推進
4. 行政との連携強化
5. 保険者との連携推進

京都府乙訓地域チームドクターファイブ

チームドクターファイブは、同一地域内において考え方の近い 5 名の医師によるネットワークである。あくまでも主治医が患者を診ることを前提としながら、「当番表」によって相互のサポートを担保し、医師個人の負担を軽減することに成功している。小規模な診療所では、患者の容体が悪化すると、医師の生活が全て犠牲になってしまうことも少なくないが、ネットワークを組むことにより、冠婚葬祭や重要な学会など、医師個人の活動に余裕ができるとともに、患者の安心にもつながっている。

特定非営利法人 長崎在宅 Dr. ネット

長崎在宅 Dr. ネットは、180 名以上の医師が参加する在宅医療ネットワークである。当初は任意団体からスタートしたが、その後、NPO 法人化を経て、現在は認定 NPO 法人として活動している。メーリングリストの有効活用を図り、病院からの退院時には主治医・副主治医を平均 0.77 日という短期間のうちに決定している。また最近では、長崎在宅 Dr. ネットを通さなくても病診連携が可能な環境が整ってきたため、その役割も若手医師への教育・サポートや地域のネットワーク作りなどに移行しつつある。

兵庫県朝来市

兵庫県朝来市は、従来から開催していた4つの会議を地域ケア会議として位置付け、さらに、課題を集約して政策提言につなげる「地域包括ケアシステム推進会議」を新設して全体を再構築した。バラバラに開催されていた会議をつないで連携させたことで、個別課題を吸い上げて地域課題を抽出・検討する仕組みが整い、個別のケースにおける問題点を行政の施策に的確に反映することが可能となった。会議ごとの役割分担を徹底するとともに、ケアマネジャーの支援・育成に注力している点も特徴である。

岡山県総社市

岡山県総社市は、美作大学教授の小坂田稔氏らが提唱する「小地域ケア会議」を市内全21地区で開催している。これは小学校区という身近な地域を単位とし、住民と専門職とが福祉に関して話し合う会議であり、まちづくりの視点を重視した取組である。スタートが早かったこともあり、当初は住民の理解を得ることも難しかったが、市職員の地道な対話が実を結び、現在は福祉に関する地域の合意形成の場として定着している。市の方針として、住民自身の判断や選択を尊重している点も特徴である。

社会福祉法人 長岡福祉法人 高齢者総合ケアセンター こぶし園

高齢者総合ケアセンターこぶし園は「その人の築きあげてきた暮らしを支える」ことを基本方針とする施設である。指定介護老人福祉施設として、短期入所生活介護、通所介護、訪問介護、居宅介護支援などを総合的に手掛ける。同園では、多職種連携の手段としてICTを導入し、効率化に成功している。現場における日々の業務に特化したシステムにより、関係するヘルパー／訪問看護師同士や医師との連携が強化されたほか、請求や報告、監査等に必要な書類作成も大幅な省力化と時間短縮が実現した。

(2) 地域包括ケアシステムにおける在宅医療を推進するための提言

3 調査体制及び調査のスケジュール

(1) 調査体制

①実施主体

本調査研究は、一般財団法人地方自治研究機構の自主研究として実施した。

②実施体制

本調査研究では、アドバイザーとして長岡市で長年在宅医療に取り組んでおられる、医療社団法人ほんだファミリークリニック 本田雅浩医院長（長岡市医師会）に参加いただき、調査方法や調査結果の分析などについて、具体的なアドバイスを受けながら調査研究を実施した。さらに、地域包括ケアシステムにおいて在宅医療を推進するための提言もいただいた。

また、一般財団法人地方自治研究機構（調査研究部）及び基礎調査機関である株式会社粋文堂で構成する事務局を設置し、現地会議での審議に必要な資料の収集並びに各種調査研究を実施した。

(2) 現地会議スケジュール

●平成 27 年 7 月 15 日（水）

京都府乙訓地域チームドクターファイブ

●平成 27 年 9 月 28 日（月）

特定非営利活動法人 長崎在宅 Dr. ネット

●平成 27 年 9 月 30 日（水）

社会福祉法人 長岡福祉法人 高齢者総合ケアセンター こぶし園

●平成 28 年 1 月 12 日（火）

兵庫県朝来市

●平成 28 年 1 月 29 日（金）

公益社団法人 日本理学療法士協会

●平成 28 年 2 月 10 日（水）

岡山県総社市

●平成 28 年 2 月 15 日（月）

公益社団法人 日本薬剤師会

●平成 28 年 2 月 16 日（火）

公益社団法人 茨城県理学療法士会

第1章 多職種連携の事例

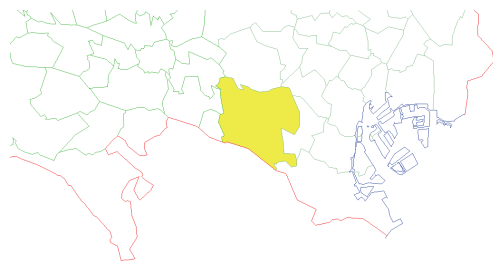
東京都世田谷区

世田谷区地域包括ケアシステム

— 医療連携推進協議会と「医療と介護の連携シート」 —



対象地域の属する地方自治体の概要

地域名	東京都世田谷区	位置図 国土地理院承認 平 14 総複 第 149 号 
人口	877, 138 人 (平成 22 年国勢調査)	
面積	58. 05 km ²	
分類	医療介護連携	
ポイント	医療連携推進協議会 医療と介護の連携シート	
<p>【地域特性】東京都世田谷区は人口約 87 万 7, 000 人の都市である。東京 23 区の南西端に位置し、多摩川を挟んで神奈川県川崎市と接している。かつては農村地帯であったが、都心に近く交通の便が良いことから昭和中期以降は開発が進み、現在は都内でも代表的なベッドタウンの一つとなっている。高齢化率は 19. 7%と 5 人に 1 人が高齢者であり、中でも後期高齢者の割合は全国と比べても高く、約 50%である。</p>		

事例の概要

世田谷区は、従来から在宅介護に力を入れてきた地方自治体である。同区における地域包括ケアシステムの中核を担っているのが、医療連携推進協議会であり、医師会、歯科医師会、薬剤師会などの参加により運営されている。同区ではまた、医療介護連携における特徴的なツールとして、独自の「医療と介護の連携シート」を整備している。医療に対し敷居の高さを感じるケアマネジャーには特に支援効果が大いほか、独居老人や老老介護が多いという都市特有の課題に対しても有効なツールとなっている。

【本事例の特徴】

- ①既存の医療連携推進協議会に地域ケア会議の機能を持たせて運営している。
- ②独自の「医療と介護の連携シート」を整備し「標準書式」として活用している。
- ③ケアマネジャーが医療機関等と連携する上で、大きな効果を上げている。

1 取組の経緯

(1) 取組の経緯

①取組の背景

世田谷区は、従来から在宅介護には力を入れてきた。区内の特別養護老人ホームは現在 18 施設、定員約 1,300 名、待機者は約 2,300 名である（要介護 1～3 を含む）。区では従来、特別養護老人ホームの整備よりも在宅医療の支援を優先していたが、最近では国有地・公有地を借りて大規模特別養護老人ホームの整備を進めている。ただし、小規模特別養護老人ホームは収益の面で参入業者が見当たらないのが現状である。

区内には総合支所が 5 か所、日常生活圏をカバーする出張所・まちづくりセンターが 27 か所あり、この 27 か所の各拠点に地域包括支援センターが置かれ、一次相談窓口となっている。平均すると人口 3 万 2～3,000 人に 1 か所の計算となる。ただし実際はバラツキがあり、人口 5～6 万人を対象とするセンターや、1 万数千人を対象とするセンターもある。なお、地域包括ケアシステムについて、国は主に高齢者を対象としているが、世田谷区では障がい者、子供も含めた取組と捉えている。

②在宅医療の状況

世田谷区内の在宅医療の状況を在宅医療支援診療所の施設数で見ると、平成 19 年が 95 に対し平成 25 年が 128 であり、この「増分」の約 30 施設に関しては在宅医療に熱心に取り組んでいるといえる。諸事情から、区としての実用的な施設リストの作成・公開は難しいが、施設情報をオープンにせず、相談対応等で実質的に活用するような方策を模索中である。

最近では、医師会の在宅担当理事に実際に活動を行っている在宅医が就いたことから、取組が進んでいる。現在、区の部課長級と医師会の会長・副会長で年 2 回程度懇談会を行い、その場でも行政から在宅医療に関する取組を進めるよう求めている。一方で、医師会内にも専門の検討委員会が立ち上がるなど、考え方も前向きになってきている。区では、何でも行政がやれば良いというものではなく、医師会の自発的な取組を促すことも大切と考えている。

③取組の経緯

世田谷区地域包括ケアシステムの核となっているのが、医療連携推進協議会である。平成 18 年度の医療制度改革を契機に、受け皿としての在宅支援の仕組みを整えるため、平成 19 年度に立ち上げたものである。世田谷区では、医療福祉連携には早くから取り組んできたが、医療連携推進協議会はその具体的な取組の一つといえる。

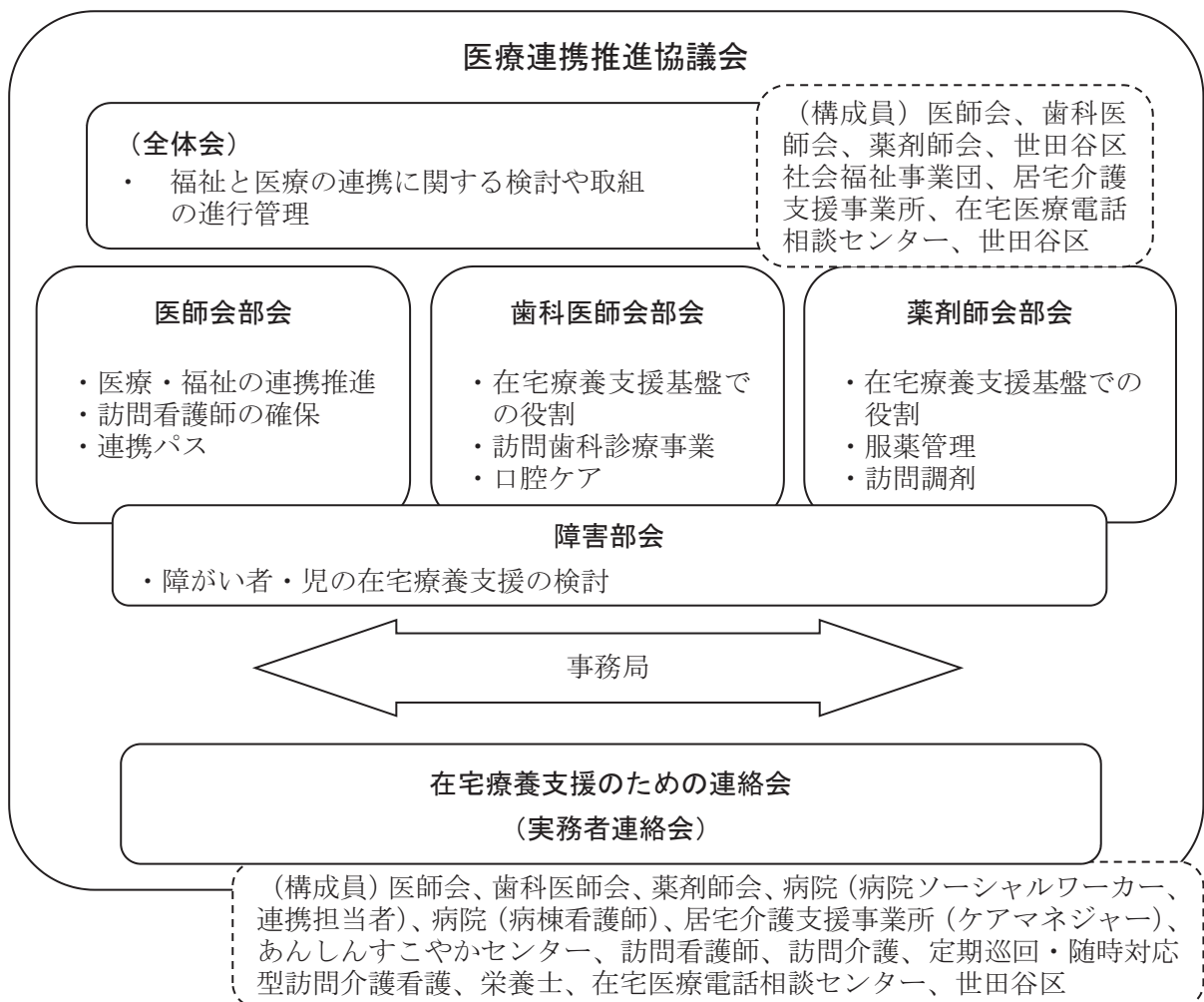
当初の構成メンバーは医師会、社会福祉事業団、区（事務局）であった。現状を本音で語り合う場とするため、比較的限られた範囲でのスタートとしたからである。その後、平成 20 年度に歯科医師会、21 年度に薬剤師会、22 年度にはケアマネジャー連絡会が参加して今日に至っている。リハビリテーション関係の職種の参加が今後の課題といえる。

2 取組の内容

(1) 医療連携推進協議会

現在、世田谷区における地域包括ケアシステムの中核を担っているのが、医療連携推進協議会（以下、協議会）である。協議会には全体会と部会があり、全体会は年1回、部会はテーマごとに集中して、年3～4回程度開催している。協議会に関する区の担当部署は保健福祉部の計画調整課となっているが、必要に応じて関係する担当部署も協力している。全体として行政主導の取組といえる。

また「職種別の会は多いが横の連携が乏しい」という指摘を受け、協議会とは別に、より幅広い構成メンバーからなる「在宅医療支援のための連絡会（以下、実務者連絡会）」を立ち上げ、全体としては図のような体制となっている。



医療連携推進協議会の構成（出典：世田谷区資料）

なお、実務者連絡会は区で呼びかけを行い、参加者の協力で運営する形をとっている。ただし、最近ではマンネリ化も指摘されており、今後は協議会（全体会）への統合も視野に検討を続けているところである。

地域ケア会議については、今ある会議の中に地域ケア会議の機能を持たせることで拡充していくこととし、会議体は現在以上には増やさない方針をとっている。

(2) 医療と介護の連携シート

①連携を進める独自の仕組み

世田谷区では、医療介護連携を進めるための仕組みとして、独自の「医療と介護の連携シート（以下、連携シート）」を用意している。従来、在宅医療側の体制作りや情報共有が難しかったことから、ルール作りの必要性を訴えるケアマネジャーの声契機となり作成を開始した。

当初は「病院から円滑に退院する手順」として想定し、「ケアマネジャーが顔の見える関係作りをするのが難しい」という声に応えるため、多職種の集まった検討会（公募・20名）により作成した。

②連携シートの内容

連携シートの様式は、国とは異なる世田谷区独自のものである。連携シートには、以下の3種類があり、世田谷区のWebサイトからダウンロードできる。また、本稿末にも連携シート及び説明書の全文を掲載するので、内容の詳細はそちらを参照されたい。

1. 入院時／退院・退所情報
2. 主治医・ケアマネジャー連絡票
3. 外来主治医あて連絡票

※ 上記「3」は、大病院等で医師が患者の生活を知らないような場合に、カルテに挟んで活用してもらうことを想定したもの。

様		世田谷区標準様式(改定版)	
医療と介護の連携シート(入院時/退院・退所情報)			
心りがな	性別	生年月日	手術
利用者氏名	男・女	年 月 日 (歳)	無・有(手術名:)
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	認定日	年 月 日
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
主介護者氏名	本人との関係	連絡先	
▼入院時情報提供欄(別添資料 無・有) 一校		▼退院・退所情報記録欄(面談結果をまとめるための欄です)	
情報提供事業者名	担当ケアマネジャー	連絡先	連絡先
電話番号	FAX番号	退院日	年 月 日 所属・職種・氏名
退院年月日	年 月 日	退院日	年 月 日 所属・職種・氏名
入院日	年 月 日	入院時	年 月 日 入院日 年 月 日 退院(予定)日 年 月 日
既往歴	1. 2. 3.	主病名	
備考()		副病名	
かかりつけ医	①医療機関・主治医名	退院時主症状	
連絡先	②医療機関・主治医名	既往歴	
連絡先		職業状況 無・有	
住環境	一戸建 集合住宅 階段(有・無)	(介護:介助なし・一部・全介・その他)	
家族状況	同居世帯 同居者有()	<特記事項>(感染・投薬の注意事項(薬剤名・投与経路等)等)	
サービス	訪問介護 通所介護 他()	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置	
利用状況	訪問看護⇒専業主婦/ Tel. ()	酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 嚥下吸引	
食事摂取	介助なし 見守等 一部 全介	褥瘡の処置 カテーテル その他()	
口腔清潔	介助なし 見守等 一部 全介	<特記事項>(導入予定の医療サービス等)	
移動	介助なし 見守等 一部 全介	介助なし 見守等 一部 全介	
洗身	介助なし 見守等 一部 全介	嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)	
排泄	介助なし 見守等 一部 全介	排便量(日 kcal・水分 ml) 便分・その他()	
夜間の状態	良眠・不眠(状態)	<特記事項>(食事制限などの内容等)	
認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	口腔清潔	介助なし 見守等 一部 全介
リハビリ等	リハビリテーション 無・有	移動	介助なし 見守等 一部 全介 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)
障害高齢者日常生活自立度	J A B C	洗身	介助なし 一部 全介 不可 行っていない(入浴の制限 無・有(シャワー・湯桶・その他))
その他(心身の状況や生活環境に関する特記事項など)		排泄	介助なし 見守等 一部 全介
		夜間の状態	良眠・不眠(状態)
		認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度()
		リハビリ等	リハビリテーション 無・有(強度:)
		障害高齢者日常生活自立度	J A B C
		療養上の留意事項(その他 NS、P1からの注意点など)	

連携シートのイメージ(詳細は本稿末参照)

(3) チェックシートの整備

区では、連携シート以外の取組として「口腔ケアチェックシート」「栄養管理チェックシート」を作成している。

口腔ケアチェックシートは、区のケアマネジャーの基本方針として「口腔ケアが大切」を掲げていることから、チェックシートを作成して啓発を図っているものである。現在、Webサイトからのダウンロードのほか、行事等の際には紙で配付している。ケアマネジャーにも配布しているが、活用度は連携シートの3分の1程度で、今後の普及拡大はケアマネジャーによる活用にかかっている。

栄養管理については、区内で「誰もやっていない」状態（事業者がない）であることから、事業者を発掘・育成する取組の中で作成したものである。チェックシートを基に連絡があれば、栄養士の派遣、ケアマネジャーへの連絡といったアクションをとることとなっている。こちらは、印刷してイベント等で配布したり、保健所に置いたりしている。

口腔ケアチェックシート【入門版】～あなたのお口をチェックしてみてください～			
	チェック項目	チェック	観察のポイント(参考)
清潔	口腔の衛生状態	()	口臭が気になる
			食べかす・歯垢・歯石がある
			舌の表面の色が変わっている
			歯ぐきに出血・腫れがある
			義歯の管理・清掃が不十分
形態	歯の数と咬み合わせ	()	むし歯や根だけの歯がある
			歯が抜けたままになっている
	入れ歯(義歯)の使用	()	痛み・歯や動く歯がある
			歯が欠けている
			義歯を使っていない (こわれた・ゆるい・痛い・噛めない)
機能	食事の状況	()	義歯を持っていない
			インプラントあり
			食事中むせる・咳込む
			食べこぼしが多い
			固いものが噛めない
その他	生活全般	()	飲み込みにくい
			口が渇く
			痰がよくからむ
			口腔清掃の習慣が不十分
			認知機能が低下している
※ チェックがついたら健診をお勧めします。			
↓			
【訪問口腔ケア健診】 世田谷区民で歯科通院が困難な方、年1回無料で受けられます。 問合せ：世田谷保健所健康推進課 電話 03-5432-2442 ※口腔の状態および機能について FAX 03-5432-3022 検査と評価をし、アドバイス致します。			
訪問歯科診療をご希望の方は、電話でお問合せください。			
【かかりつけ歯科医紹介】 世田谷区歯科医師会 電話 03-5376-2111 玉川歯科医師会 電話 03-3708-4618			
【裏面】訪問口腔ケア健診申込書 ⇨			

口腔ケアチェックシートのイメージ

(4) その他の取組

①在宅医療電話相談センター

区では「在宅医療電話相談センター」を運営している。これは、在宅療養の相談や、医療処置が必要な区民の施設入所や入院等の相談に応じ、本人・家族を支援するための施設である。また、ケアマネジャー等からの相談にも応じており、病院等や相談事例に関する情報提供を行っている。

具体的には、資源（病院）、金額のほか、雰囲気などについてもデータベース化（非公開）し、相談内容に応じて情報提供している。隣接区市以外の地域にも施設訪問し、情報の拡充に努めている。これに関連して、医療相談の事例集を作成し、簡単な医療知識（例：リハビリの診療報酬、要支援・要介護の区分など）を提供している。

②その他

これまでに挙げた取組のほか、ケアマネジャー向けの医療研修、多職種の交流会・連絡会、在宅医療の知識を市民に広めるためのシンポジウムなどを開催している。

3 取組の成功要因

(1) 連携シートの特徴

①標準様式の位置付け

連携シートは「標準様式」の位置付けであり、区では、各団体を通じて普及を図り、区内ではなるべく使ってもらおうよう努めている。ただし、各機関で独自に使いやすいフォーマットを作成している場合もあるため、そちらを使用することも妨げていない。

内容については、多数の意見を取り入れた結果、どうしても「最大公約数」的なものとなっている。問題点については使いながら検証し、改善していくこととしている。

実際には、在宅医療に携わる医師は電話連絡が中心、外来中心の医師はFAXが中心、といった棲み分けがある。電話・連携シート・訪問をうまく組み合わせることが肝要であり、その点は連携シートとセットで配布している説明書にも記載してある。また、連携シートがあるからといって、いきなり送りつけるのではなく、日頃のコミュニケーションが大切であるという点では、関係者の意見は一致している。

なお、実際には地域包括支援センターと医師との連携シートとしても活用されており、この場合は情報共有が必須なため、なくてはならないものとなっている。

②診療報酬との関連

連携シートの利用で診療報酬が発生する場合があるが、その点に関しては、制度を作るときに議論を尽くしたのでトラブルは発生していない。連携シートの個人情報の取扱いについては、基本的にはケアマネジャー等と本人の契約時の同意に基づいて、個人情報等を取り扱うこととしている。

(2) 連携シートの導入効果

①ケアマネジャーに対する支援効果

ケアマネジャーにとって、医師を相手にするのは「敷居が高い」ので、区が作成・実施している連絡シートを使うとやりやすい、また中身も使いやすいと好評である。ただし、ケアマネジャーと医師では温度差もある。

区では、病院とケアマネジャーが連携して、対象者の退院を支援する上では、連携シートを通じてフローをルール化し活用することは意義があると考えている。その点において、連携シートはケアマネジャーが医療機関を相手に仕事をする上で、有効な支援ツールとなっている。特に、相手先となる病院（又は医療圏）が固定されている環境下では、作成過程での議論ややり取りを含め、より効果が高いと考えられる。

②都市の事情を背景とした効果

入院時に関して基本となるのは、家族や医療機関が持つ情報（紹介状を含む）であるが、家族の役割が弱く、家族が知らない情報が多い場合や、かかりつけ医がない場合などは役に立つ。これには、独居老人や老老介護が多く、世帯人数が2人未満、あ

るいは民生委員にも人員不足で欠員が出るといった「都市の事情」も背景にある。また、複数の医療機関にかかっている、それぞれ薬を処方されている人が入院するときなどは効果が高い。

退院時の情報が得られることは、あらかじめ必要なサービスの想定ができるので大きな意味がある。

4 人材育成に関する取組

世田谷区では、福祉人材の育成にも力を注いでいる。現在、福祉人材の定義を区としてまとめ、計画又は方針に盛り込むよう準備しており、これに基づく研修等にも反映する予定である。

福祉人材の育成には、潜在看護師の復帰支援や、ヘルパーの育成支援などがあり、また特別養護老人ホーム職員のスキルアップを図るための補助金もある。このほか、社会福祉事業団に委託して、ケアマネジャーのリーダー養成研修、キャリアアップ研修、定着に向けた研修なども実施している。

(1) 潜在看護師の復帰支援

在宅支援は人材に左右される要素が大きいですが、福祉人材、特に正看護師は不足している。そのため、区では「潜在看護師」の現役復帰の取組をしている。具体的には、PR、呼びかけ、実習などの実施である。

最近では小規模の訪問看護ステーションも増えているが、ステーション自体が看護師の定員割れを起こしており、何十人という単位で不足している。潜在看護師等からは保育所に関する要望が高いが、看護師だけを優遇できないので、今後の課題である。

(2) ヘルパーの育成支援

ヘルパー初級（旧2級）を増やす取組として、研究費用の助成をしている。平均8万円かかると想定し、うち9割を助成する。修了後3か月以内に就業し、3か月継続勤務することが条件である。この仕組みは年間100～140名の利用があり、1年後の追跡調査では8～9割が区内で継続勤務していることから、助成の効果が認められる。

一方で現役のヘルパーに関しては、外部の研修に参加した際、本来の職務を離れる間の時給（1,000円）を区が支給する仕組みがある。情報共有とスキルアップを通じて、全体の質の向上を図る取組の一環である。

また、ヘルパーに対しては医療的ケア（オストメイト等）の研修を実施している。例えば、痰吸引の研修等は本来は都道府県だが、区でも実施できるよう、国との調整を進めている。

5 課題と展望

(1) 世田谷区の固有事情

世田谷区固有の事情として、二次医療圏（渋谷区・目黒区・世田谷区で構成）を意識する必要がある。区内では病床数が不足しているが、一方で計画数には達しているため、新規病院の計画はない。二次医療圏内に入院するのは区民の入院患者の約44%に過ぎない。したがって、医療福祉連携に関しても、区内のみでなく二次医療圏や他の隣接区も視野に含める必要がある可能性があり、この点が課題となっている。

一方で、病床数の不足により高齢者の入院が難しくなっている現状がある。このため、急性期の患者を受け入れるためにはベッドを空ける必要があり、そのためには在宅で支える仕組みが必須である。区では、身近な地域で、インフォーマルな仕組みを含めて考えている。

(2) 医療連携推進協議会の課題

世田谷区では、薬剤師会も医療連携推進協議会に参加している。ただし、薬剤師の事業規模の関係から、そもそも薬剤師会への加入率は50%程度であり、その点では課題が残る。また、歯科衛生士、理学療法士等の参加は今後の課題である。

(3) 今後の展望

世田谷区では現在、民間が撤退した梅ヶ丘病院跡地において、医療福祉関連の拠点整備を進めている。この拠点には、人材研修センター、医師会、老健、障がい、初期救急、保険センター等が入る予定となっている。

今後の役割分担としては、地域人材の研修は社会福祉協議会等、事業者や区職員の研修は区を想定している。このほか、平成26年度からの生活支援事業に関する受け皿として、社会福祉協議会、シルバー人材センター等を検討している。



医療福祉連携を担当する保健福祉部計画調整課のメンバー

「医療と介護の連携シート」説明書

I	医療と介護の連携シートの利用	1
II	医療と介護の連携シート概要とルール	
	①医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）	2
	②医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）【診療所との連携】	4
	③医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）【病院との連携】	6
III	Q&A	7

問い合わせ先：世田谷区保健福祉部計画調整課地域医療担当
Tel. 03-5432-2649
Fax. 03-5432-3017
e-mail SEA02014@mb.city.setagaya.tokyo.jp

☞シートのダウンロードは、こちらから

世田谷区ホームページ・トップページ > [くらしのガイド](#) > [福祉・健康](#) > [高齢・介護](#) > [介護保険事業者向け情報](#) > [介護事業に関する報告書・事例集等](#) > [事業者の方が事務](#)
[手続等に使う書式集](#) > [医療介護の連携シート\(世田谷区標準様式\)](#)

<http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/105/880/890/897/d00026164.html>

I 医療と介護の連携シートの利用

1. 目的

区民の方が住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送るには、関係機関の連携による一体的なサービス提供が重要です。このため、医療・看護・介護の連携を推進するしくみづくりや環境整備を目的として、標準となるシート（様式とルール）を作成しました。このシートを使うことで、関係機関の間で、得手不得手や経験年数に因らず、より活発で効果的な連携が進むことをめざしています。

2. 経緯

区では、平成 19 年度から医師会等の参加する医療連携推進協議会において医療と介護が必要な高齢者等の在宅療養支援について検討し、その結果を踏まえ医療と福祉の連携強化などの取組みを進めています。

平成 20 年度には、病院から在宅への円滑な移行を支援するためのモデル事業を病院のソーシャルワーカーを中心に実施しました。これを踏まえ、平成 21 年度より、介護の調整役であるケアマネジャーと医療との連携に焦点をあて、「退院に向けた病院とケアマネジャーの連携」、「在宅におけるかかりつけ医とケアマネジャーの連携」の場面における連携のしくみづくりに取り組みました。

区内で活動するケアマネジャー（世田谷ケアマネジャー連絡会、公募の方）、世田谷区医師会・玉川医師会の医師、区内病院のソーシャルワーカー（世田谷区病院連携実務者ネットワーク・MSWネットワーク）とともに、医療・介護の双方から見て望ましい連携のあり方や、その際に活用する様式についてモデル事業を実施しました。その中で、様式の詳細や使用の際のルールを検討し、「医療と介護の連携シート」を作成しました。

3. シートの種類

シートは次の 3 種類です。病院やかかりつけ医との連携の際、必要な内容を効果的なタイミングでやりとりするためにご活用ください。

(1) 医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）

利用者の入退院時に、病院や有床診療所とケアマネジャーとの連携に使います。

(2) 医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）

在宅療養の利用者について、主に、診療所（有床含む）の医師が主治医の場合に、ケアマネジャーと双方向のやりとりをすることを想定しています。

(3) 医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）

在宅療養の利用者について、主に、病院の外来医師が主治医の場合に、ケアマネジャーから情報提供することを想定しています。

各シートの活用方法・ルールはⅡ章をご覧ください。

※本連携シートは区の標準様式とし、他に独自の様式を用いることを妨げません。

II 医療と介護の連携シート概要とルール

(注：本文中、病院とは、病院及び有床診療所をいいます。)

1. 医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）

◆本シートの用途：退院に向けた病院とケアマネジャーの連携
◆活用の目的：ケアマネジャーと病院が必要な情報を共有し、連携して本人・家族への適切な支援、事前準備を行いながら、円滑に在宅へ移行できるようにする。

(1) シートの概要

①入院時情報（左側）

ケアマネジャーから病院に向けて、患者さんの「入院前の状況」をお知らせする欄です。退院に向けて、ご本人・家族等に対してどのような支援が必要になるかを考えるための情報になります。

※入院直後に、最低限の必要項目を迅速に提供することを目的としています。不足部分は、病院訪問、電話等のやりとりの中で補足してください。

②退院・退所情報（右側）

退院前に、ケアマネジャーが病院スタッフと面談したり、カンファレンスを通じて作成する欄です。聞き取った内容を、在宅でのサービス計画作成やかかりつけ医、介護保険事業者等との情報共有を目的としています。

※本様式には基本的な項目を並べましたが、ケアマネジメントを行う上で必要な情報はケースバイケースで異なるかと思います。適宜、別紙や補足資料等を活用してもれなく把握に努めてください。

※標準様式では左右に入院前と退院時の状況を並べて比較できるようにしました。必要となる支援の変化がわかりやすく見えるのではないかと考えています。

(2) 活用方法とルール

①入院時情報（左側）

本人や家族等の状況から見て、入院時からケアマネジャーが積極的に支援する必要があると判断した場合（*）、事前連絡の上、速やかに病院側へご本人の「入院前の状況」等について情報提供します。

<記入例左側参照>

※積極的に支援する必要があると判断した場合は、単身世帯等で必要な情報が病院側に十分に伝わらないと考えられる場合、退院後の方向性について早期に関係者の協議が必要な場合等が考えられます。

- ・退院までの間、状況に応じて連携・協力しながら、必要な情報（退院・退所情報）を確認し、サービス調整等を行います。
- ・入院後に関わるようになったケースも上記に準じて必要な連携を図ります。

※病院窓口一覧（ホームページ参照*）に記載されている病院については、指定された担当あて連絡の上、別紙・送付票（依頼文）とともにシートを送付してください。
※一覧以外の病院については、この書式とルールに関する取り決めができていません。事前に、病院（代表の電話受付に用件を伝え、担当者につないでもらうと良いでしょう）と連絡を取り、送付先・送付方法を相談してください。

注1：本人や家族等が十分に病院とコミュニケーションを図ることが可能で必要な情報が確実に伝わると判断した場合は、必ずしも入院時情報提供を行う必要はありません。迷う場合や判断が難しい場合などは、ソーシャルワーカー等に相談してください。

②退院・退所情報（右側）

退院に向けて、病院を訪問し、カンファレンスや病院スタッフとの面談などを通して収集した情報（退院・退所情報）を記載します。記載した内容は、サービス計画作成に利用するほか、主治医や介護事業者との情報共有に活用することができます。

<記入例右側参照>

注1：退院時情報収集は直接病院を訪問して行うことが原則です。

注2：退院・退所情報欄は基本的に聴き取った内容をケアマネジャーが記載します。

注3：退院時カンファレンスが行われた場合やソーシャルワーカーや相談室が関わった案件については、退院後の状況を知らせるため、連携シート（退院・退所情報を記載したもの）の写及び「週間サービス計画表」の写を病院に送ってください。

病院に退院支援の結果をフィードバックし、よりよい連携の実現に役立てるためですので、ご協力をお願いします。

※平成24年度の介護報酬改定に伴い、国の退院・退所加算に係る様式例の改正がなされたため、本シートについても、改定を行い、平成26年4月から国の様式に準じた新様式となっています。

2. 医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）【診療所との連携】

- ◆本シートの用途：在宅における主治医（かかりつけ医）とケアマネジャーの連携
- ◆活用の目的：このシートをうまく使いながら、ケアマネジャーと主治医（かかりつけ医）が必要な情報を共有し、医療・介護が円滑に連携しながら在宅療養を支援できるようにする。

（1）シートの概要

①本人・家族等を通してのやりとりを補完し、主治医とケアマネジャーが十分な情報共有を図るためのシートです。主に、診療所との連携用で、主治医・ケアマネジャー双方方向の情報発信（返信）を想定しています。

※病院の外来主治医との連携は③外来主治医あて連絡票を参照してください。

②基本的に病名や診療情報そのものの照会（※）ではなく、それを踏まえた上で、在宅療養生活を支援していくためのやりとりに使うことを想定しています。活用例を参考に、サービス担当者会議開催時など、サービス内容を見直すために有効に活用してください。

※病名等の診療情報を提供してもらう必要が生じた場合は、診療報酬の対象となり、自己負担が発生する可能性があるため、本人・家族と事前に相談してください。

（2）活用方法とルール

在宅で療養中の方について、主治医あて報告・連絡・相談を行う際、または、主治医からケアマネへの連絡、状況確認の際などに使用します。返信が必要な場合はその旨必ず記載してお使いください。

＜記入例参照＞

・連携の中心にいるのは言うまでもなくご本人および家族です。本人・家族等と主治医の間のやりとりだけでは十分な情報共有が難しい場合に、可能な限りその都度同意を得ながらこのシートを活用してください。

・このシートは連携のための1つのツールです。全てを一枚で済ませられるわけではありませんし、文書のやりとりだけにこだわらず、ケースバイケースで、電話・面談等もっとも適切な手段を選ぶ（あるいは組み合わせる）ことが大切です。

注1：はじめに該当者の担当ケアマネジャーである旨を、主治医にしっかり伝えることが必要です。一面識もない状態でいきなりFAXで返信を求めるような相談は控え、本書式を挨拶状として活用したり、通院同行や電話等で自分の氏名・事業所名をしっかり伝えた上で、情報をやりとりしてください。

注2：文字として記録が残ることについて十分配慮が必要ですので、本人に対して開示が難しいと考えられる情報は、できるだけ直接会話の中で補足するようにしてください。

注3：多くの患者を診ている医師の時間と労力を考え、目的を明確にして使ってください。大事なものは量より質、文書のやりとりは必要最低限を心がけましょう。

注4：事前に電話を入れ了解を得てから送付することとします。

注5：個人情報保護の観点から、FAX利用の場合は誤送信がないよう細心の注意を払ってください。万が一に備え、氏名の一部を消したり、直前に電話で知らせた上で個人情報なしで送信するなどの配慮をお願いします。

注6：郵便で送る際、回答を希望する場合は返信用封筒を忘れず同封してください。

(3) その他

①このシートで言う「主治医」とは、意見書を記載している医師とは限りません。複数科目を受診している場合などは、本人同意のうえ、必要に応じて各医師とこのシートを使って連携を図ってください。

②記入者について⇒主治医から話を聞いたうえでスタッフが代理で記載して回答した場合でも、連携の質は確保されるので支障はないと考えています。(相手先から問い合わせがあった場合には、その旨回答してください。)

③各項目の記載内容について主治医側の理解が深まるよう、送付の際には原則として別紙・送付票（依頼文）と一緒に送付してください。

(4) 主治医・ケアマネジャー連絡票の活用例（必要と考えられるケース【例示】）

①ケアマネジャー ⇒ 主治医（→ ケアマネジャー）

- ・利用者の担当ケアマネジャーになった旨の報告
- ・状態が短期間で大きく変わった場合の連絡（→対応の指示）
- ・診察だけでは把握しづらい生活状況の報告・相談（→対応の指示）
（例）処方してもらった薬が飲めていない
ショートステイを利用してみたら夜間頻尿がわかった
認知症が疑われる〇〇〇（言動）があった
- ・サービス（デイサービス、訪問入浴など）導入を検討するに際しての相談
（→医療面からの注意事項など）

②主治医 ⇒ ケアマネジャー（→ 主治医）

- ・心身状態に合わせ、特別な注意が必要な場合（必要になった場合）の連絡
（例）血圧（入浴の可否の基準等）、cal（食事）や水分摂取、服薬等について
（→必要に応じて経過報告）
- ・経過観察の必要な薬剤（認知症、神経内科系、下剤など）処方についての連絡
（→状況把握に努めて報告）

3. 医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）【病院との連携】

- ◆本シートの用途：在宅における主治医（かかりつけ医）とケアマネジャーの連携
- ◆活用の目的：このシートをうまく使いながら、ケアマネジャーと主治医（かかりつけ医）が必要な情報を共有し、医療・介護が円滑に連携しながら在宅療養を支援できるようにする。

（1）シートの概要

本人・家族等を通してのやりとりを補完し、主治医とケアマネジャーが十分な情報共有を図るためのシートです。主に、病院の外来主治医との連携用で、主治医が病院の医師である場合、返信を希望するやりとりは難しいという現状を受け、一方向の情報提供（ケアマネジャーから主治医に在宅の状況を伝える）に活用することを想定しています。（事前に連絡調整がとれている場合はこの限りではありません。）

（2）活用方法とルール

在宅で療養中の方について、主治医あて報告や連絡を行う際などに使用します。病院の医師の多忙な勤務状況を考え、最低限伝えなければならない情報を簡潔に記載することが求められます。内容としては、（要介護認定の更新・変更申請に合わせて）主治医意見書作成の参考となる在宅生活の情報、服薬状況（指定どおり服用できていない）の報告などが想定されます。

<記入例参照>

- ・連携の中心にいるのは言うまでもなくご本人および家族です。本人・家族等と主治医の間のやりとりだけでは十分な情報共有ができない場合に、可能な限りその都度同意を得ながらこのシートを活用してください。

※病院一覧に記載されている病院（ホームページ参照*）については、指定された送付先に別紙・送付票（依頼文）とともにシートを送付してください（送付方法は病院一覧を参照）。

※一覧以外の病院については、この書式とルールに関する取り決めができていません。外来主治医との連携については、個別にソーシャルワーカー等にご相談ください。

注1：同じ病院で複数の診療科にかかっている場合もありますので、伝えたい情報は、どの科の医師宛なのか宛先を明確に記入してください。

（3）その他

- ①勤務日の限られた非常勤の医師も多く、医事課経由でかかりつけ医に情報が伝わるまでには一定の時間がかかることが予想されます。急ぎの場合は、その旨電話で連絡するか、または、通院同行などで伝えるようにしましょう。
- ②状況によって、ソーシャルワーカーとの連携（支援）が必要と考える場合は、本様式の活用方法も含めて相談してください。

Ⅲ Q&A

モデル事業実施の際お問い合わせが多かったものや、特に注意していただきたいことについてまとめました。

Q：どんなときに使えばいいのか？

A：（介護保険サービスに限らず、もっと広い意味で）ケアプランを立てる・見直す際に、医療から介護、介護から医療への情報提供が不可欠と思われる場合に使います。ただし、あくまでもご本人やご家族を飛び越すのではなく、サポートする形で使うことに留意が必要です。

詳しくはⅠ章の3枚のシートそれぞれの解説をお読みください。

Q：医療側の負担が気になるが大丈夫か？

A：当然、相手の負担に配慮することは必要ですが、必要な情報が共有できないためにご本人やご家族にマイナスの効果が出るのは避けたいところです。目的を明確にし、必要性をよく考えることを大原則にした上で、積極的に連携を図ってください。

Q：誰にどうやって送ればいい？

A：①入院時／退院・退所情報

入院時情報は、ホームページの病院窓口一覧を参照し、それぞれ担当者あてに事前に電話連絡の上、指定の方法で送付（FAX・郵送）もしくは持参します。

一覧表にない医療機関には、個別に送付方法を相談してください。

退院・退所情報は、ケアマネジャーが病院スタッフと面談したり、カンファレンスを通じて作成してください。入院時に送付したシートの右側に記入されて戻ってくるというものではありませんので、ご注意ください。

②主治医・ケアマネジャー連絡票

診療所の受付等に電話連絡を入れて、連絡票を送付すること、およびその送付方法についての確認を取ったうえで送付します。FAXや郵送、通院介助のヘルパーに依頼するなどの方法があるかと思います。

③外来主治医あて連絡票

ホームページの病院窓口一覧を参照し、指定の送付先あてに指定の方法で送付します（電話番号が記載されている場合は事前に電話連絡すること）。医事課あて送付の場合、事前の電話は急ぎの場合以外は不要です。

一覧表にない医療機関には、個別に送付方法を相談してください。

※ 個人情報保護の観点から、FAX利用の場合は誤送信がないよう細心の注意を払ってください。万が一に備え、氏名の一部を消したり、直前に電話で知らせた上で個人情報なしで送信するなどの配慮をお願いします。

Q：診療所や病院には周知されているのか？

A：世田谷区医師会、玉川医師会に所属する医療機関には、担当理事を通じて周知をお願いしています。

ホームページの病院窓口一覧に記載の病院には事業の主旨等について了解を得ています。

それ以外の区内・区外医療機関との連携の機会もあると思いますが、基本的に本シートの内容自体は特に相手を選ぶものではないと考えています。実務上の事情を優先の上、個々に相談して進めてください。

また、必要に応じ、区作成の標準様式送付書をご活用ください。

Q：区外でも使えるか？

A：区外の医療機関とのやりとりに利用いただくことについては特に支障のないものと考えています。

ただし、利用者の方が世田谷区民以外の場合、自治体によっては、介護報酬算定に当たっての書式を定めている場合がありますので、ご注意ください。（各自治体の介護保険担当部署にご確認ください。）

Q：特に注意することはなにか？

A：今回作成したシートは、医療と介護の連携の手助けとなることを目的としています。

シートが一人歩きしないよう、お互いが今までどおり、よりよい関係を作っていくために必要なことを考えながら使っていくことが大事だと考えます。例えばシートを送る前に電話する、簡単なことですが、そんな一つ一つの積み重ねがこのシートを、また、連携をよりよいものにしていくのだと思っています。

◆入院時／退院・退所情報

Q：このシートの利用によって入院時情報連携加算、退院・退所加算は算定できますか？

A：本シートは介護報酬の各加算の主旨や厚生労働省標準様式に沿った内容を備えておりますが、介護報酬は、国の定めるところに拠って、必要な情報を提供する、あるいは必要な情報の提供を得て、サービス計画を作成・サービスの利用に関する調整等を行った場合に算定されるものですので、請求に当たっては国の通知等をよくご確認ください。

平成24年度より医療連携加算が、入院時情報連携加算Ⅰと入院時情報連携加算Ⅱにわかれまして。入院時情報連携加算Ⅰは訪問が要件となり、入院時情報連携加算Ⅱはそれ以外の連携となったため、訪問によらないシートによる連携では入院時情報連携加算Ⅰに該当しませんので、ご注意ください。

また、本シートはいずれの報酬についても算定を保証するものではありません。

（介護保険給付に関する疑義照会については、介護保険課保険給付係にお問い合わせください。

電話番号：03-5432-2646、ファクシミリ：03-5432-3042）

Q：項目数（情報量）が足りないのではないか？

A：入院時、退院・退所時とも、本シート 1 枚の中で全てのケースについて、全ての必要な情報が記載できるとは考えていません。様々な検討を経て、考えうる情報を全て項目化するのではなく、様式は基本シンプルにする方向で整理しました。項目をどのケースに対しても確認すべきベーシックなものに絞り込み、それ以外の情報や詳細な内容はケースバイケースで「その他」欄や、別紙資料を活用することを想定しています。

様式の内容、あるいは記入マニュアルなどは、使っていく中で必要なものが見えてきて、より良いものができることを期待しています。

また、紙だけに頼らず、必要に応じて、直接電話や面談等でやりとりすることが大事です。

Q：退院時には看護サマリーをもらえば足りるのではないかと？

A：看護サマリーからケアプランを立てるのに有用な情報が得られるケースが多いのは確かです。ただし、原則的に看護に関する、医療⇒医療の情報提供として作成されるものであり、病院によって考え方が異なりますが、本来はケアマネジャー向けに交付されるものではありません。訪問看護が入らなければ作成されない場合もありますし、自分で「聴き取る」ことを何よりの原則と考えてください。

◆主治医・ケアマネジャー連絡票

Q：医師に返信してもらおうと、診療情報提供料が発生して自己負担が出るのでは？

A：本シートは報酬算定を目的として作成したものではなく、特定の項目を記載する形式にはなっていません。したがって、診療報酬の算定は、あくまでも記載された内容次第になりますが、傷病名や傷病の経過、治療状況などを照会する場合以外は、自己負担は発生しないことを想定しています。

送付票（依頼文）には注釈を入れ、提供する情報の内容が診療報酬の対象となる（または文書料を請求できる）と医師が判断した場合、事前に連絡を入れていただけるようご協力をお願いしています。

＜送付票(依頼文)参照＞

様			
医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）			
世田谷区標準様式（改定版）			
ふりがな	性別	生年月日	手術
利用者氏名	男・女	年 月 日（ 歳）	無・有（手術名： ）
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		認定日 年 月 日
	有効期間 年 月 日～ 年 月 日		
ふりがな	本人との関係	連絡先	
主介護者氏名			
▼入院時情報提供欄（別添資料 無・有→ 枚）		▼退院・退所情報記録欄（面談結果をまとめるための欄です）	
情報提供事業所名		情報収集先機関名	
担当ケアマネジャー		電話番号	
電話番号	FAX番号	面談日 年 月 日	所属・職種・氏名
提供年月日 年 月 日		面談日 年 月 日	所属・職種・氏名
入院日 年 月 日		入院期間 入院日 年 月 日～退院（予定）日 年 月 日	
既往歴	1. 2. 3. 備考（ ）	疾病の状態	主病名 副病名 退院時主症状 既往歴 服薬状況 無・有（内服：介助なし・一部・全介・その他） <特記事項>（感染症・投薬の注意事項（薬剤名、投与経路等）等）
かかりつけ医	①医療機関・主治医名 連絡先 ②医療機関・主治医名 連絡先	特別な医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ（人工肛門）の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 喀痰吸引 褥瘡の処置 カテーテル その他（ ） <特記事項>（導入予定の医療系サービス等）
住環境	一戸建 集合住宅 *階段（有・無）	食事摂取	介助なし 見守等 一部 全介 嚥下状況（良・不良） 咀嚼状況（良・不良）（ペースト・刻み・ソフト食・普通／経管栄養） ・制限 無・有 制限量/日 kcal・水分 ml・塩分・その他（ ） <特記事項>（食事制限などの内容等）
家族状況	単身世帯 同居者有（ ）	口腔清潔	介助なし 見守等 一部 全介
サービス利用状況	訪問介護 通所介護 他（ ） 訪問看護⇒事業所/ Tel.（ ）	移動	介助なし 見守等 一部 全介（見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー） <特記事項>（独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等）
食事摂取	介助なし 見守等 一部 全介 嚥下状況（良・不良） 咀嚼状況（良・不良）（ペースト・刻み・ソフト食・普通／経管栄養）	洗身	介助なし 一部 全介 不可 行っていない ・入浴の制限 無・有（シャワー・清拭・その他）
口腔清潔	介助なし 見守等 一部 全介	排泄	介助なし 見守等 一部 全介 オムツ・リハビリパンツ（常時・夜間のみ） <特記事項>（留置カテーテル等）
移動	介助なし 見守等 一部 全介（見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー）	夜間の状態	良眠・不眠（状態 ）
洗身	介助なし 見守等 一部 全介 行っていない	認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度（ ） ・精神状態（疾患） 無・有（ ） <特記事項>（認知症の原因疾患等）
排泄	介助なし 見守等 一部 全介 オムツ・リハビリパンツ（常時・夜間のみ）	リハビリ等	・リハビリテーション 無・有（頻度： ） ・運動制限 無・有 <特記事項>（リハビリ・運動制限の内容、導入予定サービス等）
夜間の状態	良眠・不眠（状態 ）	障害高齢者日常生活自立度	J A B C
認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 備考（ ）	その他（心身の状況や生活環境に関する特記事項など）	
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有 ・運動制限 無・有	療養上の留意する事項（その他 NS、PTからの注意点など）	
障害高齢者日常生活自立度	J A B C		
その他（心身の状況や生活環境に関する特記事項など）			

【注】入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

記入例

医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報） 世田谷区標準様式(改定版)

ふりがな	せたがや たろう	性別	生年月日	手術
利用者氏名	世田谷 太郎	男・女	大正 3 年 10 月 1 日 (100 歳)	無・有 (手術名:)
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援1・2 要介護1・(2)・3・4・5 認定日 25年 9月 15日			
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
ふりがな	せたがや はなこ	本人との関係	妻	連絡先
主介護者氏名	世田谷 花子			5 4 3 2 - 1 1 1 1

▼入院時情報提供欄 (別添資料 無・有→ 枚)

情報提供事業所名 **△△△居宅介護支援事業所**
 担当ケアマネジャー **居宅 一郎**
 電話番号 **0000-0000** FAX番号 **0000-0000**
 提供年月日 年 月 日

入院日 **25年 10月 1日**
 既往歴 1. **閉塞性動脈硬化症**
 2. **パーキンソン症候群**
 備考 **原則主治医意見書から転記。補足は備考で。**

かかりつけ医
 ①医療機関・主治医名 **〇〇診療所 ●●Dr.**
 連絡先 **0000-0000**
 ②医療機関・主治医名 **△△整形外科 ▲▲Dr.**
 連絡先 **0000-0000**

住環境 **(一戸建) 集合住宅 *階段(有) (無)**
 家族状況 **単身世帯 (同居者有 (長女夫婦))**
 サービス利用状況 **訪問介護 (通所介護 他())**
訪問看護→事業所/ 〇〇看護 S t. Tel. (0000-0000)

食事摂取
 介助なし | 見守等 | 一部 | 全介
 嚥下状況 (良・不良) 咀嚼状況 (良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)
 制限量/日 kcal・水分 ml・塩分・その他 ()

口腔清潔
 介助なし | 見守等 | 一部 | 全介

移動
 介助なし | 見守等 | 一部 | 全介
 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)

洗身
 介助なし | 見守等 | 一部 | 全介
 行っていない

排泄
 介助なし | 見守等 | 一部 | 全介
オムツ・リハビリパンツ (常時・夜間のみ)

夜間の状態
 良眠・(不眠)状態 **眠剤(デパス)の服用有)**

認知・精神面
 認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa (IIb) IIc IIIb IV M
 備考 ()

リハビリ等
 ・リハビリテーション
 ・運動制限 無・有

障害高齢者日常生活自立度 **J A B (C)**
 その他 (心身の状況や生活環境に関する特記事項など)
主介護者の妻も高齢・要介護1の状態であり、ご本人の意思を尊重しつつ、施設入所についても家族間で検討中。治療方針が定まったところでMSWと家族、ケアマネ同席の面談希望。

▼退院・退所情報記録欄 (面談結果をまとめるための欄です)

情報収集先機関名 **〇〇病院**
 電話番号 **0000-0000**
 面談日 年 月 日 所属・職種・氏名 **▲▲病棟 ●●Dr.**
 面談日 年 月 日 所属・職種・氏名 **▲▲病棟 □□Ns.**

入院期間 入院日 **25年 10月 1日** ~ 退院 (予定) 日 **25年 10月 15日**
 疾病の状態
 主病名 **左下肢静脈血栓症**
 副病名
 退院時主症状 **両下肢に力が入らず、立位不可**
 既往歴 **同左**
 服薬状況 無・有
 (内服: 介助なし (一部・全介・その他))
 <特記事項> (感染症・投薬の注意事項 (薬剤名、投与経路等) 等)
嚥下要注意、じよくそう予防対策が必要
在宅診療医を決め、病診連携のもとで療養支援

特別な医療
 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置
 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 喀痰吸引
 褥瘡の処置 カテーテル その他 ()
 <特記事項> (導入予定の医療系サービス等)

食事摂取
 介助なし | 見守等 | 一部 | 全介
 嚥下状況 (良・不良) 咀嚼状況 (良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) ・制限 無・有
 制限量/日 kcal・水分 ml・塩分・その他 ()
 <特記事項> (食事制限などの内容等)

口腔清潔
 介助なし | 見守等 | 一部 | 全介

移動
 介助なし | 見守等 | 一部 | 全介 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー (車椅子・ストレッチャー))
 <特記事項> (独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)

洗身
 介助なし | 一部 | 全介 | 不可 | 行っていない
 ・入浴の制限 無・有 (シャワー・拭拭・その他)

排泄
 介助なし | 見守等 | 一部 | 全介
オムツ・リハビリパンツ (常時・夜間のみ)
 <特記事項> (留置カテーテル等)

夜間の状態
 良眠・(不眠)状態 **夜間不睡時に内服あり**

認知・精神面
 ・認知症高齢者日常生活自立度 (**IIIb**)
 ・精神状態(疾患) 無・有
 <特記事項> (認知症の原因疾患)
入院中幻覚あり(現在は消失)

リハビリ等
 ・リハビリテーション 無・有
 ・運動制限 無・有
 <特記事項> (リハビリ・運動制限等、導入予定サービス等)

障害高齢者日常生活自立度 **J A B (C)**
 療養上の留意する事項 (その他 NS、PTからの注意点など)
Ns. より ベッドから車椅子へのトランスは2人がかりで行うこと。
 その他欄は特記事項を記入するのに活用します。
 面談やカンファレンスについて、入院時から必要性がはっきりしている場合は、「理由」および「誰と」話したいかを明記してここに記載します。

【注】入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の

平成 年 月 日

医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）

医療機関の名称 電話番号 FAX番号 主治医 様	介護事業所の名称 所在地 電話番号 FAX番号 担当居宅介護支援専門員 氏名
-----------------------------------	---

◆利用者の情報（*欄は「ケアマネジャー ⇒ 主治医」の場合のみ記入）

ふりがな		生年月日	M・T・S 年 月 日
氏名			
*要介護度	要支援1・2	要介護1・2・3・4・5	申請中
*他医受診歴の有無	無 有 (科・疾患名)		

◆ケアマネジャー記載欄

本票送付の目的» 報告 連絡 相談 返信 返信希望の有無» 返信願います 返信不要です

<内容>

契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。

改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします。（特記事項： ）

◆医師記載欄

本票送付の目的» 返信 報告 連絡 相談 返信希望の有無» 返信願います 返信不要です

電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後（ ）時頃
 下記のとおり回答します

<内容>

記入例

世田谷区標準様式

平成 23 年 9 月 27 日

医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）

医療機関の名称 〇〇クリニック	介護事業所の名称 ●●居宅介護支援事業所
電話番号 ****-****	所在地 世田谷4-21-27
FAX番号 ****-****	電話番号 5432-1111
主治医 〇〇 〇〇 様	FAX番号 ****-****
	担当居宅介護支援専門員 氏名 居宅 一郎

◆利用者の情報（*欄は「ケアマネジャー⇒主治医」の場合のみ記入）

ふりがな せたがや たろう	氏名 世田谷 太郎	生年月日 (M)・T・S 44 年 10 月 1 日
*要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・(4)・5	申請中
*他医受診歴の有無	(無) 有 ()	科・疾患名 ()

◆ケアマネジャー記載欄

本票送付の目的▶ 報告 連絡 相談 返信 返信希望の有無▶ 返信願います 返信不要です

<内容>

先日、先生にご紹介いただきました皮膚科の受診に立ち会いましたのでご報告いたします。
全身の乾燥が強く保湿剤（プラスチベース 100g）が処方されました。右腰の発赤部分、および背中と下肢全体に塗布するよう指示が出ています。
患部の観察は月～木の朝がヘルパー、金曜日は訪問看護師が対応いたします。

また、介護用ベッドにつきましては、ご家族とも相談の上、ひとまず現在の寝室に設置することといたしました。今週金曜日に納品の予定です。

契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。
 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします。（特記事項： ()

◆医師記載欄

本票送付の目的▶ 返信 報告 連絡 相談 返信希望の有無▶ 返信願います 返信不要です

▶ 電話してください⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後 () 時頃
▶ 下記のとおり回答します

<内容>

記入例

世田谷区標準様式

平成 23 年 9 月 27 日

医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）

医療機関の名称 ○○クリニック 電話番号 ****-**** FAX番号 ****-**** 主治医 ○○ ○○ 様	介護事業所の名称 ●●居宅介護支援事業所 所在地 世田谷4-21-27 電話番号 5432-1111 FAX番号 ****-**** 担当居宅介護支援専門員 氏名 居宅 一郎
--	--

◆利用者の情報（*欄は「ケアマネジャー⇒主治医」の場合のみ記入）

ふりがな	せたがや じろう	生年月日	(M)・T・S 44 年 10 月 1 日
氏名	世田谷 次郎		
*要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・(4)・5 申請中		
*他医受診歴の有無	(無) 有 (科・疾患名)		

◆ケアマネジャー記載欄

本票送付の目的▶ 報告 連絡 相談 返信 返信希望の有無▶ 返信願います 返信不要です

<内容>
 来月（10月）15日～18日、杉並区の▲▲▲のショートステイを利用することになりました。
 施設側から一日の水分摂取量（最低量）について主治医から指示を受けるよう話がありましたので、ご回答よろしくお願いたします。
 現在の摂取量は800cc程度、ツインラインは1000kcalです。

契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。
 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします。（特記事項： ）

◆医師記載欄

本票送付の目的▶ 返信 報告 連絡 相談 返信希望の有無▶ 返信願います 返信不要です

▶ 電話してください⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後（ ）時頃
 ▶ 下記のとおり回答します

<内容>
 基本的には、ツインライン1000プラス水分200（最低）でもOKだと思います。
 尿量や痰の様子などを観察し、必要に応じて増やしてもらうと良いでしょう。

平成 年 月 日

医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）

医療機関の名称
 電話番号
 FAX番号
 主治医 様

介護事業所の名称
 所在地
 電話番号
 FAX番号
 担当居宅介護支援専門員
 氏名



◆利用者の情報

ふりがな		生年月日	M・T・S 年 月 日
氏名			
要介護度	要支援1・2	要介護1・2・3・4・5	申請中
他医受診歴の有無	無 有 (科・疾患名)		

◆ケアマネジャー記載欄

<本票送付の目的>

<内容>

- 契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。
- 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします。（特記事項： ）

記入例

世田谷区標準様式

平成 23 年 9 月 27 日

医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）

<p>医療機関の名称 ○○病院</p> <p>電話番号 *****</p> <p>FAX番号 *****</p> <p>主治医 ▲▲科 ●●●● 様</p>	<p>介護事業所の名称 △△サービス</p> <p>所在地 △△1-2-3</p> <p>電話番号 *****</p> <p>FAX番号 *****</p> <p>担当居宅介護支援専門員 氏名 居宅 -</p>
--	---

◆利用者の情報

ふりがな	せたがや さぶろう	生年月日	(M)・T・S 44 年 10 月 1 日
氏名	世田谷 三郎		
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・(4)・5 申請中		
他医受診歴の有無	(無) 有 (科・疾患名)		

◆ケアマネジャー記載欄

<本票送付の目的>
近況報告（更新申請による意見書作成の参考に）

<内容>
このたび介護保険の更新申請手続きをいたしましたので、近日中に先生に意見書の作成依頼が届くかと思えます。最近の在宅生活の様子を簡単にご報告させていただきますので、ご参考になれば幸いです。

現在利用しているサービス
①訪問リハビリ 週1回（毎週木曜午後）
②通所介護 週3回（月・水・金） ※入浴（全介助での機械浴）あり
③福祉用具貸与 車椅子、介護用ベッド、じょくそう予防マット

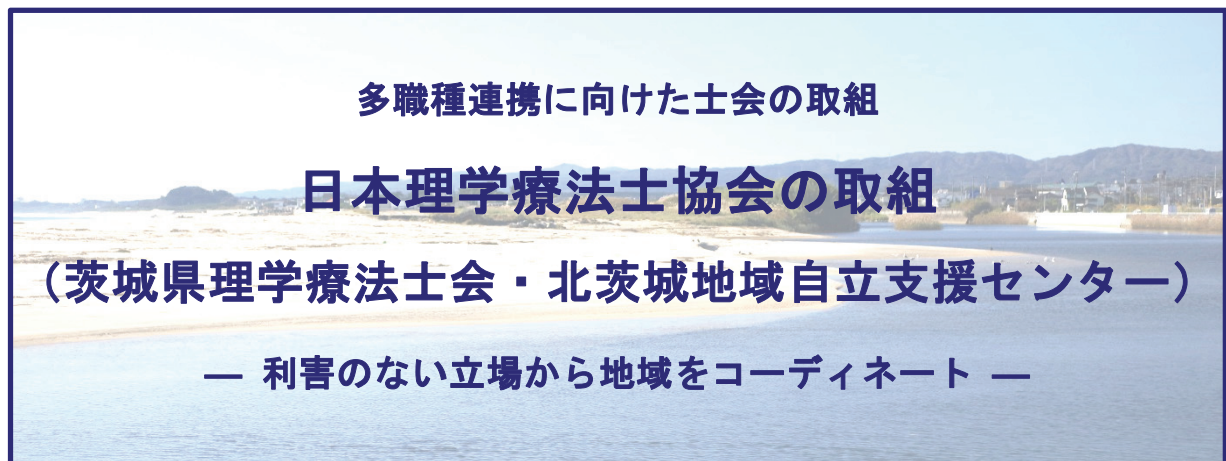
室内外とも車椅子で過ごされ、ベッドからの移乗、移動、排泄、着替えなど日常生活の介護は奥様が行っています。（ほぼ全介助）

契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。
 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします。（特記事項： ）

日本理学療法士協会の取組

(茨城県理学療法士会・北茨城地域自立支援センター)

— 利害のない立場から地域をコーディネート —



1 取組の内容

(1) 協会の方針

①組織の強化

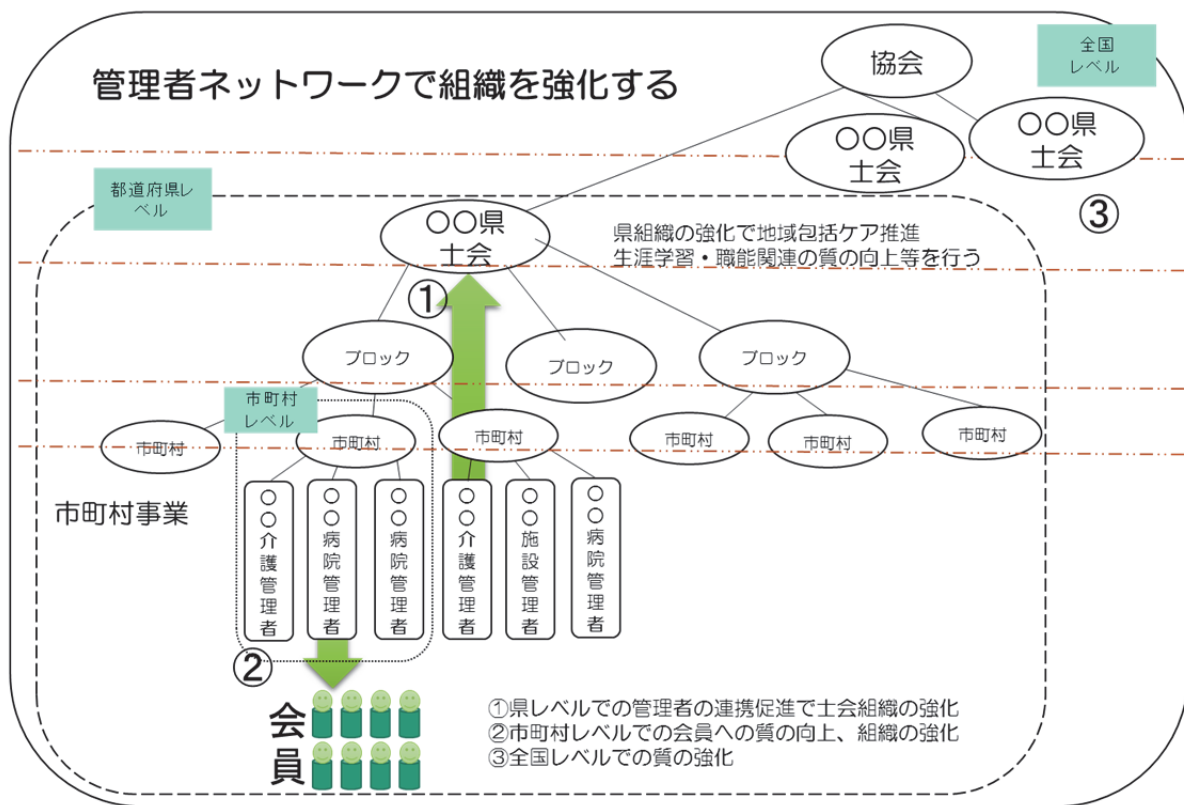
公益社団法人日本理学療法士協会では現在、組織の強化を大きな課題として挙げている。「今後はより組織的な取組に注力したいと考えています」と語るのは、同協会の常任理事・森本榮氏だ。組織強化の具体的な内容について、森本氏は全国レベルから都道府県レベル、さらに市町村レベルへと、取組をシフトしていくことだと語る。「地域包括ケアシステムを考える上では、日本中を網の目のように網羅していくことが必要だからです」。

理学療法士はこの15年間で急増し、現在は全国で約13万人が活躍している。理学療法士はもともと、学校を卒業してから専門家として独り立ちするまでに時間がかかる職種である。その上、人数が増えてくると、一人ひとりの技能の向上が追いつかなくなりがちだ。地域包括ケアは市町村が主体であり、地域ケア会議、介護予防などへの依頼を受けた際に、質の高い支援が行えることが重要だ。さらに、危機管理（災害支援）の場面でも、上部組織からの要請に対してその地域に応じた適切な活動を期待されている。

協会では、こうした状況に対応するには、地域全体でフォローする体制が必要だと考えている。「質の向上に資する体制を整え、広い意味で地域に貢献できる仕組みが必要なのです」と森本氏。そのために、協会から各都道府県の理学療法士会、さらに、各地域ブロック、市町村へと、よりきめ細かな対応ができる形で組織を強化していくのだという。



日本理学療法士協会
常任理事 森本 榮氏



日本理学療法士協会の組織強化

②地域ケアシステム推進対策本部

取組の一環として、平成 25 年には、協会内に森本氏を本部長とする地域ケアシステム推進対策本部を設置した。この中では、地域包括ケアシステムを「予防」「地域ケア会議」「渉外」の 3 つに分けて、それぞれ協会としての対応を検討している。

同本部を通じ、協会では現在までの約 3 年間で、組織、質、連携（渉外）の強化を図ってきた。特に連携の面では、リハビリ専門職種である作業療法士・言語聴覚士との協力・協調という点を重視しながら、関連団体のほか多様な団体（医師会・介護支援専門員協会など）の意見や活動を参考に、地域包括ケアシステムをどのように進めていくか、検討を重ねているという。

現在、理学療法士のおよそ 8 割が医療保険の領域で活躍しており、そのほとんどが病院勤務である。そのため、平成 25 年の段階では、理学療法士の中でも地域包括ケアシステムへの理解度は低かった。そこで、協会の会長が全都道府県の理学療法士会を行脚して啓発に努めたという。その後、平成 26 年の診療報酬改定で大きくクローズアップされたこともあり、現在は理学療法士の間でも地域包括ケアシステムへの認識は深まっており、取組にも熱が入っている状況である。

③人材育成

介護予防や個別ケアの場面では、理学療法士の仕事にもより高い質が求められる。そこで協会では、理学療法士の中でキャリアのある者にはリーダー研修を行って人材

バンク的な仕組みを形成し、一方でキャリアのない者には e-ラーニングを通じた教育等を行い、質の底上げを図っていくこととしている。

例えば、個別ケア会議のためのプログラムでは、地域に溶け込むための「入り方」や、地域分析といった内容を盛り込んでいる。現在、全国で約 1 万人が参加しており、協会では今後、こうしたプログラムへの参加を協会内の資格に準ずる位置付けとしていく方向である。

「以前は、厚生労働省から『理学療法士はあいさつもきちんとできない』という指摘を受けたこともありましたが」と語る森本氏。そうしたことを繰り返さないためにも、人材育成には今後も力を入れていく方針である。一例として、大分県理学療法士会では、研修会の中に模擬カンファレンスを取り入れた。すると、それまで要介護者発生率ナンバー 1 だった同県が、減少率ナンバー 1 に転じたのだという。このことから、教育や研修の重要性がうかがえる。

また、平成 27 年 7 月までに、全 47 都道府県の理学療法士会が中心となって、全国の主要都市で一般市民に向けて介護予防に資する研修会を企画・開催した。これは、理学療法士独自の視点から、介護予防を考える弾みになった。

(2) リハビリテーション専門職の連携強化

① 3 職種連携

リハビリテーション専門職の連携強化という視点では、厚生労働省からの働きかけもあり、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の 3 つの職種がまとまって、いわゆるワンストップ化——窓口の一本化を図る取組が進んでいる。

平成 26 年 8 月には、3 職種による士会長会議を開催し、その後、30 都道府県にリハビリテーション専門職の協議会が設置された。現在、40 都道府県では窓口の一本化が既に完了している。これは、窓口となる組織を中心とした人材バンクと考えると分かりやすい。

「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の 3 職種は、互いに近しい領域で仕事をする関係でありながら、これまでは『互いに口をきいたこともない』というケースもあったのです」と森本氏は語る。しかし、地域包括ケアシステムへの対応という大きな課題を前にして、相互に連携する体制が構築されつつある。協会では今後、市町村行政・地域の医師会・歯科医師会・看護協会・介護支援専門員協会などとも関係を強化したいと考えている。

② 地域リハビリテーション活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業としては、市町村などとの協力により、1 次予防への参入を行っている。また、2 次予防の領域では、要介護 1～2 の人たちが悪化しないための、短期集中リハビリテーション事業などへの人材派遣を行っている。これらの取組では、ADL や IADL への対応が中心となる。