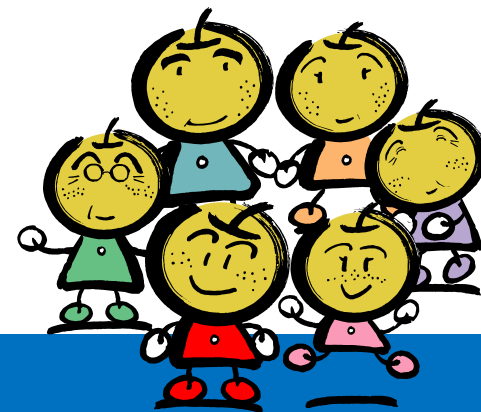




令和7年度 第1回白井市在宅医療・ 介護連携、認知症対策推進協議会

2025.5.22(木)

在宅医療・介護連携、認知症 対策推進協議会とは

- ・ 在宅医療・介護連携、認知症対策の現状や課題、あるべき姿（目標）今後の方針について話しあう
- ・ 在宅医療・介護連携、認知症対策の取組みについて検討し、課題ワーキングの提案を協議決定する
- ・ 在宅医療・介護連携、認知症対策の取組みを評価する

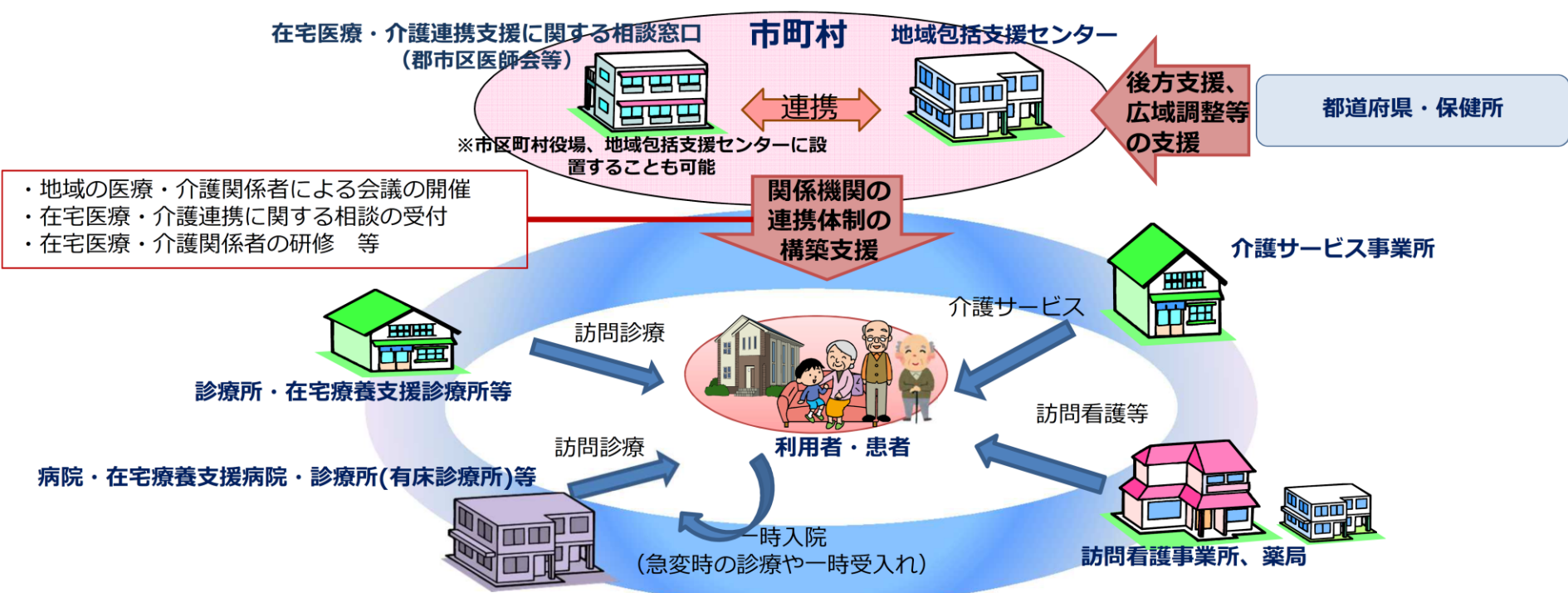
<目次>

1. 令和6年度在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業の実績報告
2. 令和6年度認知症初期集中支援チーム実績報告
3. 令和7年度在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業の実施計画
4. 意見交換「入退院時の医療と介護の連携について感じる
こと」

1. 令和6年度在宅医療・介護連携 推進事業、認知症総合支援事業の 実績報告

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
（※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



令和6年度 検討の体制

在宅医療・介護連携、
認知症対策推進協議会

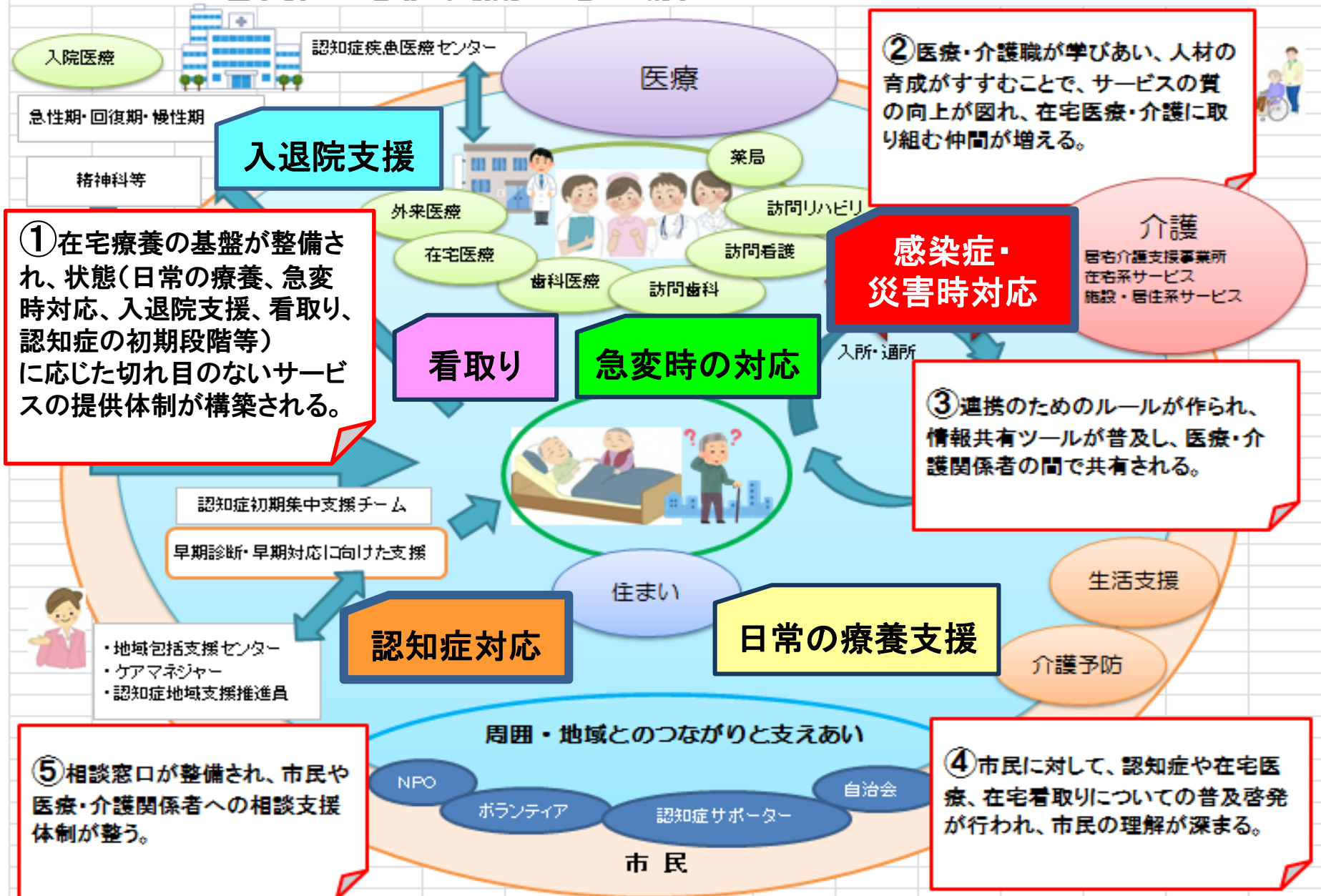
病院長会議

(在宅医療後方
支援体制)

入退院時連携
WG

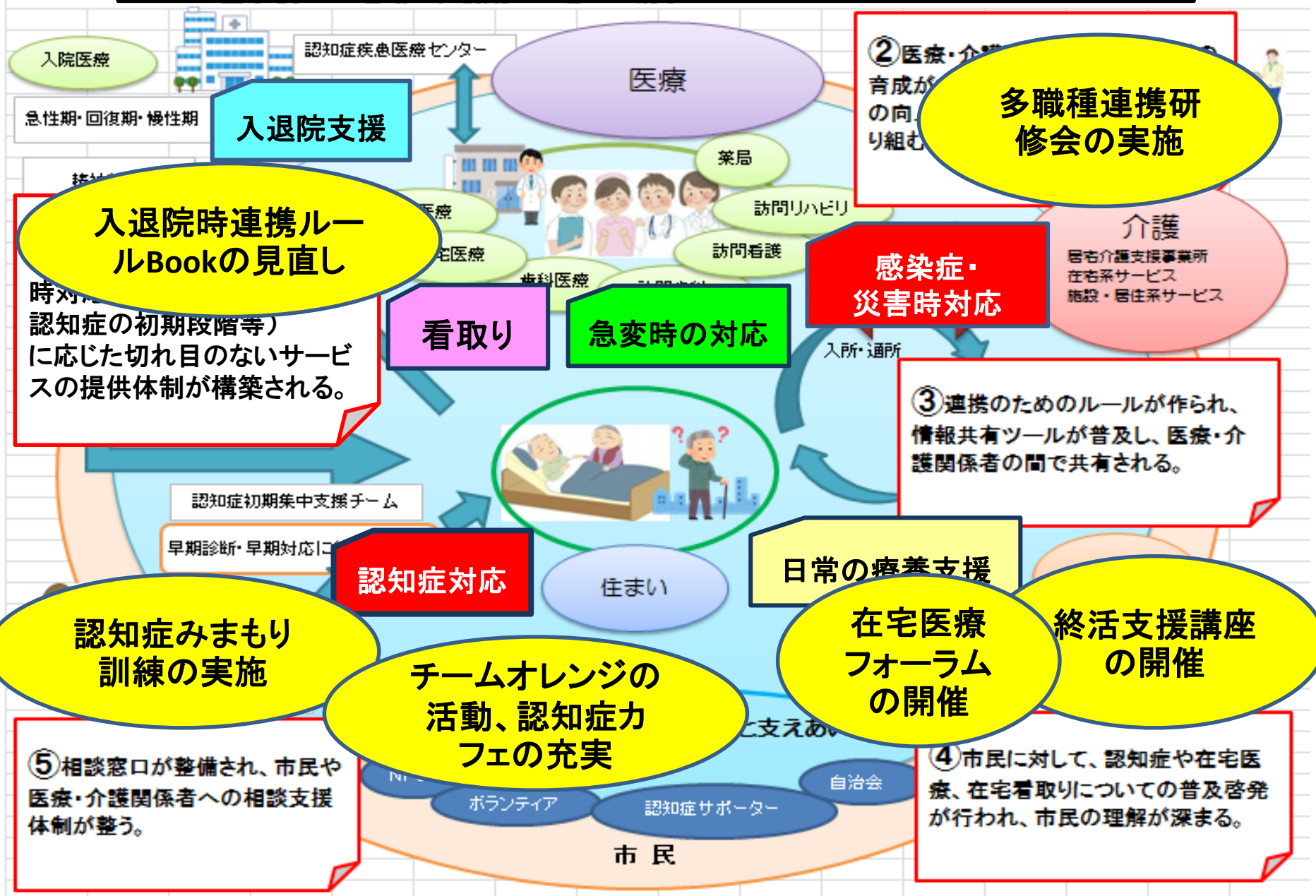
認知症
支援体制WG

住み慣れた地域で、最期まで暮らし続けることができるためには・・・



白井市の目指す姿（5つの柱）

令和6年度の主な実績



資料1

令和6年度実績報告

※資料の見方

目指す姿(5つの柱)	事業名	実施内容	評価と課題
①状態に応じた切れ目のないサービス提供体制の構築	目指す姿ごとに関連する事業を記載		
②顔の見える関係づくりと人材の育成			
③情報共有ツールの普及			
④市民への普及啓発			
⑤相談支援体制の整備			

本人ミーティングの開催 (認知症カフェで実施)

日程：令和7年2月18日（火）

白井駅前センター老人憩いの家

令和7年2月20日（木）

西白井複合センター

**対象：認知症カフェ（お楽しみ処）に参加して
いる本人と家族**

計14人

（ほか、認知症パートナー8人）

希望をかなえるヘルプカードをつくってみよう

カードは、人に何を伝えたいか、中身が肝心です。本人が、自分に役立つ、持ちたくなるカードを楽しみながらつくってみましょう。

仲間や支援者、家族など誰かと話をしながらつくと、書く内容がはっきりして使いやすくなります。

● 自分の暮らしを思い浮かべてみましょう

- ・具体的に書き出したり、話したりしてみましょう。
- ・季節や状況によって内容が変わってくるはず。その時々にあったカードをつくって日々を暮らしやすくしていきましょう！

言えなかったり、あきらめかけたりしていませんか？
この機会にゆっくり話しあってみましょう

ステップ① 今、自分が続けたいこと、やりたいこと、行きたいところは・・・？



ステップ②

その途中で、不安なこと、ヒヤリとすること、困ることがある場面を、書き出したり、話したりしてみましょう

ステップ③

その場面で、周りにわかってほしいことやお願いしたいことを、書いてみましょう

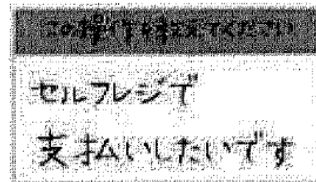
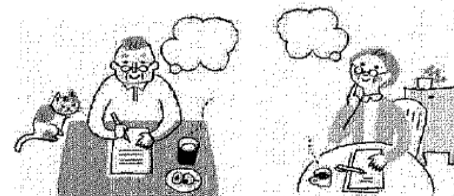


● さっそく書いてみよう！

話し合ったり、書き出したりしたことをもとにヘルプカードを書いてみましょう。自分がやりたいこと、周りにわかってほしいことや、お願いしたいことを書いていきます。

＊カードの書式の入手方法は、22 ページを参照

- ・自分で書くのが苦手な場合、書きたいことを言葉にしながら、誰かに代筆してもらいましょう。
- ・写真やイラストを入れて、わかりやすくする工夫もできます。
＊16,18,19,21 ページ参照



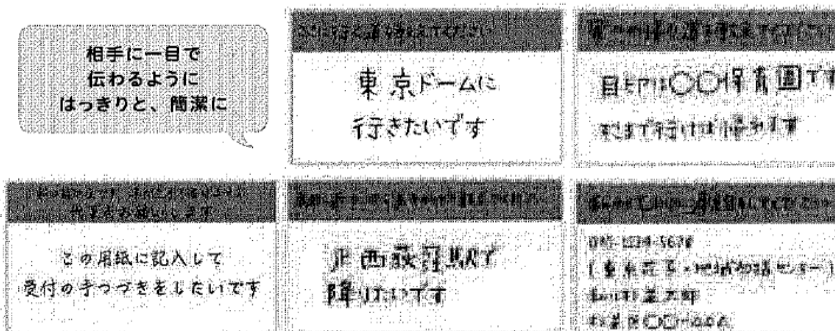
③ わかってほしいこと、お願いしたいこと

① 自分がやりたいこと

- ・認知症と書くかどうかは本人が決めます

「はっきり書いた方が伝わりやすいし、みんな親切」という人が増えています

- ・書きたい内容にあわせて何枚かつくり、目的にあわせて選んで使っている人もいます



本人ミーティングで出た意見

続けたいこと、やりたいこと、行きたいところ

★温泉、バス旅行、墓参り、家庭菜園、ボーリング大会、お楽しみ処のメンバーと外出、散歩、元気で長生きしたい・・・

その途中で不安なこと、困ること

★交通手段、足が弱ってきたため遠出が心配、一緒に外出や活動を行う家族や仲間がいない、電車の乗り方や道がわからなくなるため一人での外出は不安

本人ミーティングで出た意見

その場面で、周りにわかってほしいことやお願いしたいこと

★一緒に外出や活動ができる仲間が欲しい・誰か付き添ってほしい

★温泉に行く場合は家族風呂があると安心

★公共交通機関で出かけるために、バスの本数やルートが増えるといい

2. 令和6年度認知症初期集中 支援于一人実績報告

資料 2

3. 令和7年度在宅医療・介護連携 推進事業、認知症総合支援事業計画

資料 3

令和7年度 検討の体制

在宅医療・介護連携、
認知症対策推進協議会

病院長会議

(在宅医療後方支援
体制)

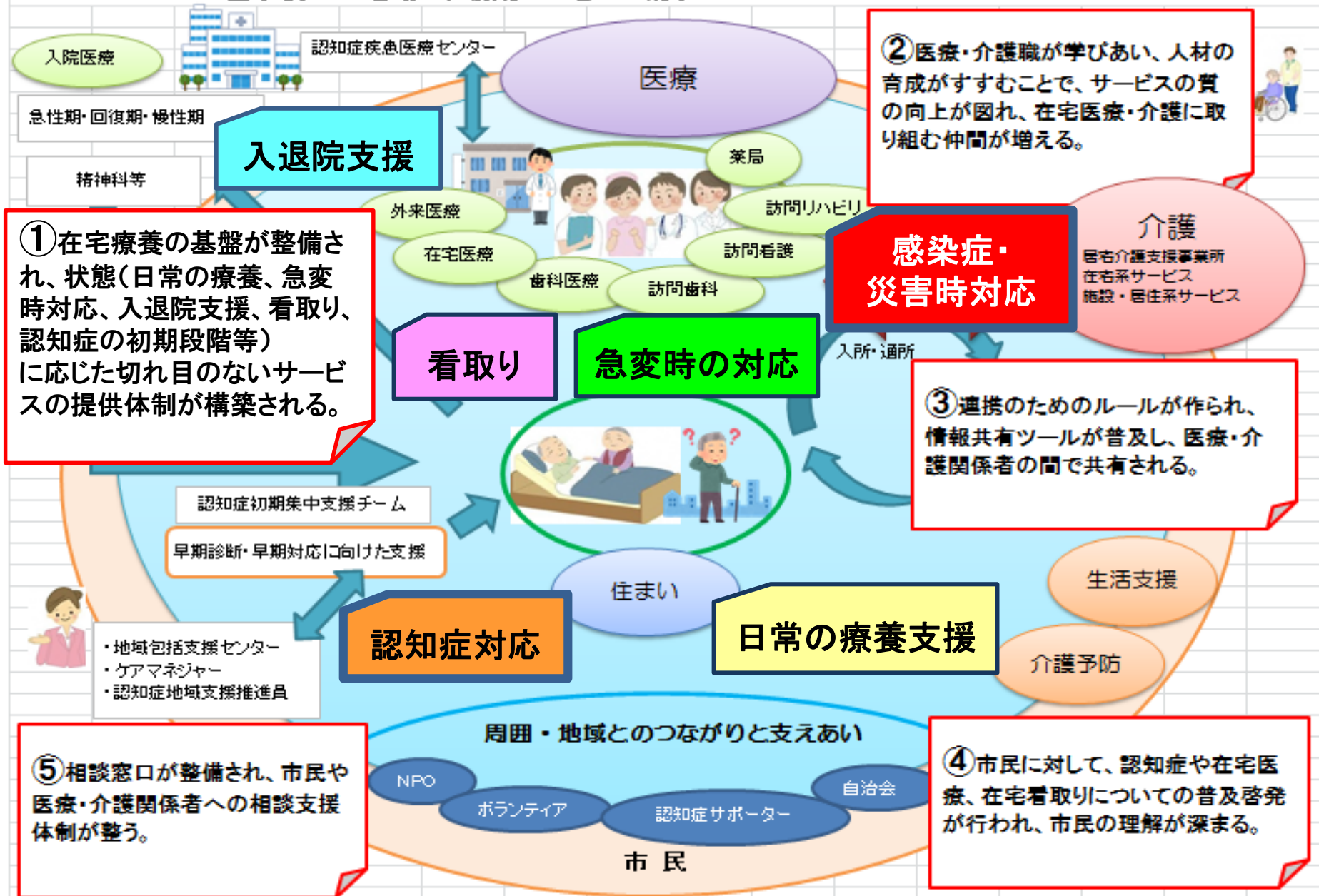
介護施設での
救急時連携・
看取りWG

認知症支援
体制WG

随時

ICT普及啓発

住み慣れた地域で、最期まで暮らし続けることができるためには・・・



白井市の目指す姿（5つの柱）

令和7年度の事業実施方針

日常の療養支援

在宅医療後方支援制度の普及、情報共有の推進、在宅療養への市民理解促進、**在宅医療・介護の連携状況の分析、ICT（多職種連携情報共有システム）の活用促進**

入退院支援

入退院時連携ルールBook活用の周知、**入退院時連携に関する多職種連携研修会の開催**

急変時の対応

救急医療情報キットの普及、**医療・介護・消防（救急）の意見交換会又はワーキングの実施**

看取り

終活支援ノートやACPについて市民への普及啓発、介護関係者のACPへの理解醸成のための講座の開催

認知症対応

認知症パートナーの養成・活動、認知症カフェの充実、本人ミーティングの開催、**認知症みまもり訓練の実施**

感染症・災害時対応

災害時の在宅療養者への対応検討（関係課、消防(救急)、介護事業所等）

4. 意見交換

「入退院時の医療と介護の連携について感じること」

※参考資料

市の入退院時連携の取り組み

- H31年度に入退院時連携ルールBOOKを作成
(ワーキンググループでの取組)
- R5～6年度に入退院時連携ルールBOOKの見直し、修正。千葉県地域生活連携シートを有効活用し入退院時連携を進めるためにできることについてグループディスカッション
(ワーキンググループでの取組)

市の入退院時連携の取り組み

R6年度 入退院時連携ワーキング

- ・市内3病院の相談員、看護師、ケアマネジャーが参加
- ・入退院時連携ルールBOOK見直し
- ・入退院時連携において日ごろ課題や疑問に感じていることや、ケアマネ、病棟スタッフ、相談員、行政それぞれの立場でできることについて、千葉県の連携シートの活用状況についてディスカッション



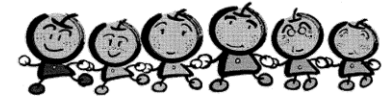
白井市
入退院時における医療と介護連携ルール BOOK

円滑に医療と介護が連携を図るための3つのルール

その1. 入院患者の担当ケアマネジャーを把握しましょう

その2. フローチャートを確認して、お互いに連携しましょう

その3. 情報連携シートを活用して、お互いに情報共有しましょう



第2版
令和6年7月

市の入退院時連携の取り組み

入退院時連携ルールBOOK(中身抜粋一例)

(2) 入院前に担当ケアマネジャーがいない場合、不明な場合

	病 院	ケアマネジャー (以下、ケアマネ)
入 院 	本人・家族への聞き取りや介護保険証の確認等により、担当ケアマネが決まっていないことを確認 ※「要介護認定を受けているか」不明の場合は、 白井市高齢者福祉課 (047-497-3484) へ問い合わせる	
入院中 	①退院調整の必要性を判断する ●「退院調整が必要な患者の基準」(p.5)に基づき、退院調整が必要かどうかを判断する ②本人・家族への介護保険等についての説明、申請の支援をする ●①により退院調整(介護保険等の利用)が必要と判断された本人・家族に介護保険等の説明をし、申請等を支援する ●本人・家族へ申請できたかどうかを確認する。本人・家族の理解が難しい場合は、住所地域を担当する地域包括支援センター(p.17)へ相談する ③ケアマネの選定を支援する ●必要に応じ、住所地域を担当する地域包括支援センターと相談・調整し、ケアマネの選定を支援する ・要介護と思われる者→居宅介護支援事業所(市内事業所一覧 P.16) ・要支援等と思われる者・判断に迷う者→住所地域を担当する地域包括支援センター ※担当する地域包括支援センターが不明な点は、白井市高齢者福祉課(047-497-3484)へ問い合わせる ⑤患者の退院見込みを連絡 ●ケアマネの準備期間を考慮して速やかにケアマネに連絡	④担当ケアマネは病院へ連絡する ●患者の担当となることが決まったケアマネは、速やかに病院に連絡する ⑥患者情報の収集と在宅退院に向けた調整開始 ●病院から在宅退院見込みの連絡があったら、退院調整のための患者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する
退院調整	(以降の流れは、前掲(1)入院前に担当ケアマネジャーがいる場合と同じ) ⑦入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施	
退院日決定	⑧退院日をケアマネに連絡する	⑨速やかに介護サービスの調整を行い、医療機関へ連絡する
退 院	⑩看護サマリー等を提供する ●退院時に、本人・家族経由でケアマネに提供する	⑪必要に応じて、ケアプランを提供する ●退院後、病院からの求めがあればケアプランを提出する

市の入退院時連携の取り組み

入退院時連携ルールBOOK(中身抜粋一例)

近隣病院 連携方法 (白井・印西・船橋No.1)

病院名	担当部署	電話番号・FAX番号	入院時の連携			退院時の連携			
			病院への情報提供方法	電話対応時間	FAX受付時間	退院支援部署	電話番号	希望連絡方法	電話対応時間
白井聖仁会病院	地域医療連携室	TEL 047-491-3111 FAX 047-498-1107	連携室あてに電話の上、情報連携シートをFAX ※急ぎであれば、先にFAX可	月曜～土曜 9:00～17:00	24時間可	入院時と同じ	入院時と同じ	連携室あてに電話	月曜～土曜 9:00～17:00
北総白井病院	地域医療連携課	TEL 047-492-1001 (代表) FAX 047-492-8140	地域医療連携課あてに電話の上、情報連携シートをFAX	月曜～金曜 8:30～17:00 土曜 8:30～13:00	月曜～金曜 8:30～17:00 土曜 8:30～13:00	医療福祉科	入院時と同じ	医療福祉科あてに電話	月曜～金曜 8:30～17:00 土曜 8:30～13:00
千葉白井病院	医療相談室	TEL 047-497-6802 FAX 047-404-1880	医療相談室あてに電話の上、情報連携シートをFAX	月曜～日曜 8:30～17:00 ※祝日不可 ※火曜は不在あり	24時間可 ※必ず「医療相談室宛」でFAX	入院時と同じ	入院時と同じ	医療相談室あてに電話	月曜～日曜 8:30～17:00 ※祝日不可 ※火曜は不在あり
日本医科大学千葉北総病院	医療連携支援センター	TEL 0476-99-1111 (代表) FAX 0476-99-1991 (直通)	医療連携支援センターの退院支援者へ電話の上、情報連携シートをFAXか郵送。直接持参の場合、事前に担当の支援者に連絡	月曜～金曜 9:00～17:00 土曜 9:00～16:00	月曜～金曜 9:00～17:00 土曜 9:00～16:00	入院時と同じ	入院時と同じ	退院支援者は病棟担当のため、家族等に入院病棟を確認の上、代表電話へ連絡。カンファレンスを希望する場合は、担当退院支援者に事前連絡。	月曜～金曜 9:00～17:00 土曜 9:00～16:00
印西総合病院	地域連携室	TEL 0476-33-3531 FAX 0476-47-5614	地域連携室あてに電話、もしくは情報連携シートをFAXのみでも可 サインが必要な場合は窓口持参可	月曜～土曜 8:30～17:30	24時間可	入院時と同じ	入院時と同じ	地域連携室あてに電話	月曜～土曜 8:30～17:30
セコメディック病院	相談室	TEL 047-457-9900 FAX 047-457-9910	SWに電話の上、情報連携シートをFAX	月曜～土曜 8:30～17:00	24時間可	入院時と同じ	入院時と同じ	SWあてに電話	月曜～土曜 8:30～17:00
船橋市立医療センター	患者支援センター	TEL 047-438-3321 FAX 047-430-2651	患者支援センターあてに電話の上、来院もしくは情報連携シートをFAX	月曜～金曜 9:00～17:00	24時間可 ※確認可能な時間は、月曜～金曜 9:00～17:00	入院時と同じ	入院時と同じ	患者支援センターあてに電話後、病棟の退院支援看護師が対応	月曜～金曜 9:00～17:00

市の入退院時連携の取り組み

千葉県地域生活連携シート（入院時等）

A表

記入日 年 月 日	事業所（施設）名	病棟・診療所名
	担当者名	担当部署・担当名
	電話番号	電話番号

※担当ケアマネ以外から本シートを受け取った場合は、遅くとも入院翌日には担当ケアマネに連絡しましょう。

本シートは、医療・介護関係者が本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。
以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得て提供しています。
なお、入院先の医療機関は、転院時に、転院先に本シートの写しを送付するよう努めましょう。

提供日 年 月 日
入院日 年 月 日

氏名	生年月日	男 女	年齢	職業
住所	TEL（自宅）			
	TEL（携帯）			
住環境	戸建 □ 集合住宅 □	階 エレベーター □ 無 □ 有 □	施設等 □	
氏名	続柄	住所	電話番号	
緊急時連絡先				
家族構成	年金等の種類 □ 国民年金 □ 厚生年金 □ 障害年金 □ 生活保護 □ その他			
◎本人 □ 男性 □ 女性 ●●● 死亡 主：主介護者 副：副介護者 ☆：ケアパーソン	介護保険自己負担割合 □ 割 □ 不明 □ 経済的支援 □ 要 □ 医療保険 □ 未加入			
	障害等認定 □ 身体 □ 精神 □ 療育 □ 特定疾患 □			
	生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）			
□ 独居 □ 日中独居 □ 子と同居 □ 高齢者世帯 □ その他				
ケアマネジャーとしての意見	家族の介護力及び特記事項			
本 人	家 族			
リビングウィル等の意思表示 □ 無 □ 有	確認相手 □ 本人 □ 家族 □ その他 □			
確認日 年 月 日	連絡先 氏名		電話番号	
要介護度 □ 申請中 □ 区分変更中 □ 未申請	有効期限（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）			
事業対象者 要支援 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5	要介護 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5			
障害高齢者の日常生活自立度 □ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2	医師等の判断			
認知症高齢者の日常生活自立度 □ 自立 □ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M	ケアマネジャー等の判断			
訪問 □ 介護（ / 週 ） □ 入浴（ / 週 ） □ リハビリ（ / 週 ） □ 看護（ / 週 ）				
通所 □ 介護（ / 週 ） □ リハビリ（ / 週 ）				
短期入所 □ 生活介護（ ） □ 療養介護（ ）				
福祉用具 □ 福祉用具貸与（ ） □ 特定福祉用具販売（ ）				
その他				
かかりつけ情報（医師、歯科、薬局）	主病名	医療機関名等	診療科目・主治医等	電話番号
① □ 通院 □ 訪問診療 □ 往診 頻度： 回/月				
② □ 通院 □ 訪問診療 □ 往診 頻度： 回/月				
③ □ 通院 □ 訪問診療 □ 往診 頻度： 回/月				
既往歴 □ 無 □ 悪性腫瘍 □ 急性呼吸器感染症 □ 脳血管障害 □ 骨折 □ その他 □				

千葉県地域生活連携シート（退院時）

B表

記入日 年 月 日	病院・診療所名	事業所（施設）名
	担当部署・担当名	担当者名
	電話番号	電話番号

○ケアマネジャー記入欄	情報提供を受けた職種（氏名）	会議出席
項目		
1 年 月 日		□ 有 □ 無
2 年 月 日		□ 有 □ 無
3 年 月 日		□ 有 □ 無

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

氏名	生年月日	男 女	年齢	職業
住所	TEL（自宅）			
	TEL（携帯）			
住環境	戸建 □ 集合住宅 □	階 エレベーター □ 無 □ 有 □	施設等 □	
氏名	続柄	住所	電話番号	
緊急時連絡先				
家族構成	年金等の種類 □ 国民年金 □ 厚生年金 □ 障害年金 □ 生活保護 □ その他			
◎本人 □ 男性 □ 女性 ●●● 死亡 主：主介護者 副：副介護者 ☆：ケアパーソン	介護保険自己負担割合 □ 割 □ 不明 □ 経済的支援 □ 要 □ 医療保険 □ 未加入			
	障害等認定 □ 身体 □ 精神 □ 療育 □ 特定疾患 □			
	生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）			
□ 独居 □ 日中独居 □ 子と同居 □ 高齢者世帯 □ その他				
家族の介護力及び特記事項				

要介護度 □ 申請中 □ 区分変更中 □ 未申請	有効期限（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）
事業対象者 要支援 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5	要介護 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5
障害高齢者の日常生活自立度 □ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2	医師等の判断
認知症高齢者の日常生活自立度 □ 自立 □ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M	ケアマネジャー等の判断

入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日	手術 □ 無 □ 有
現在治療中の疾患 ① □ 安定 □ 不安定	② □ 安定 □ 不安定
入院の経緯・原因となった病名等	③ □ 安定 □ 不安定

療病の経過及治療経過	
------------	--

千葉県地域生活連携シートの活用状況や有効活用についてディスカッション

□ 本人 □ 家族 □ その他 □
□ 本人 □ 家族 □ その他 □
電話番号：
□ 血病 □ 尿 □ 創部 □ その他 □

入退院時連携ワーキングで出た意見

連携シートの活用について

- ・ケアマネは、入院時のシートを早めに作成、提出を心掛けたい。病院としては、入院時のシートを早めにもらえると助かる
- ・簡易版のシートがあったら便利だと思う

病院内の連携について

- ・病院内で情報共有しておくことが必要、病棟看護師にも知識をつけてもらうことが必要

その他

- ・ケアマネが退院カンファに参加する
- ・顔の見える関係をつくっておくことが大事

入退院時の医療と介護の連携において の課題、取り組めそうなこと

ICT(多職種連携
システム)バイタ
ルリンクの活用

退院時カンファレ
ンスに在宅で関
わる職種も参加

在宅医療の実際
を伝えたり家族
の思いを把握

「在宅医療後方
支援制度」の
周知・活用

普段から連携
がとりやすいよ
うな関係づくり

病院での生活
や様子、リハビ
リ状況の把握

次回の日程

令和7年12月11日（木）

午後2時から