

令和5年度第3回流山市在宅医療介護連携会議

**千葉県地域生活連携シートの必須事項等の共有と活用
および流山版ACPに関する取り組みについて**

流山市役所健康福祉部介護支援課
令和5年9月15日

千葉県地域生活連携シートの必須事項等の共有と活用および 流山版ACPに関する取り組みについて

＜第3回在宅医療介護連携会議での検討事項＞

① 病院との連携

⇒千葉県地域生活連携シートの活用について

～第2回医療と介護をつむぐ会で聞こえた声～

② ACP⇒きっかけづくりや普及啓発のためACPシート作成

流山版ACPシート（案）の作成について

取り組み計画1～病院との連携：情報連携の必要性

病院側が生活に問題ないと判断した時
急な退院
感染症対応の時の退院の時など

在宅支援者側は、本人の
状態がわからず退院とな
ることがある

在宅支援者が思い描いていた状態とかけ離れた状態での退院となり、急遽サービスを追加しなくなったり、場合によっては、再入院、施設入所を検討しなくなってしまう

連携が取れていない

取り組み計画1～病院との連携：情報連携の必要性

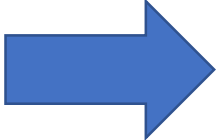
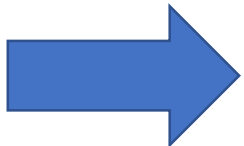
このような状況を防ぐには

ケアマネがついている場合：入院前と状態変化みられるときには、退院前カンファレンス、退院時情報を提供する
状態変化ない場合、退院前カンファレンスを行えない場合、急な退院時には、ケアマネがついている場合は事前に連絡を取り状況を伝え、退院時情報を提供する

ケアマネがついていない場合：退院時、何かしらの支援が必要と思われるとき本人に退院時情報を出すことでサービスが必要になったとき活用することができる

取り組み計画1～病院との連携：情報連携の必要性

情報を途切れさせないために

- 入院時には、ケアマネから病院へ
 **千葉県地域生活連携シートA表**
- 退院時には、病院から在宅支援者へ
 **千葉県地域生活連携シートB表**
もしくは看護サマリー、退院サマリー

(参考) 退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬

入院時の確認

医療機関

- 入院したら、介護保険認定有無やケアマネの有無を確認。本人・家族の同意を得てケアマネに連絡し情報共有

- 退院支援の開始

入院時
支援加算

加算1:一般病棟
600点
加算2:一般病棟
190点

入院

ケアマネ

- 入院を把握したら、千葉県地域生活連携シートA表を本人家族の同意を得て病院に提供

入院時情報
連携加算

3日以内:
200単位
7日以内:
100単位

退院の
方向性

退院の方向性が決まったら

病院

- 自宅への退院の方向性が決定したら、本人・家族の同意を得てケアマネに連絡
- 看護サマリーを病院からケアマネに提供
- 本人の同意を得てケアマネに居宅介護サービス計画書の提供依頼

ケアマネ

- 病院職員と面談し必要な情報の提供を受けたうえで居宅サービス計画を作成し、サービス利用の調整
- 必要に応じ、介護サービス事業者等に退院カンファレンスへの出席を依頼

退院カンファレンス

- 居宅サービス計画書の写しを病院に提供

退院・退所加算

退院・退所加算

退院・退所加算

介護支援等連携指導料
(初回)
400点

介護支援等連携指導料
(2回目)
400点

退院時共同指導料

指導料2：400点
在宅担当医と共同して指導300点加算
多職種協働指導加算:2000点

カンファレンス参加	なし	あり
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	—	900単位

千葉県地域生活連携シートA表に対する 意見

必須記載事項

- ▶生活歴に本人の性格、嗜好、家族とのかかわりを入れてほしい。例えば「怒りっぽい」というだけでなく、声のかけ方に注意がしているのか、疾患、認知症に起因しているのか情報が欲しい
- ▶家族の介護力及び特記事項について内縁関係者、インフォーマルな介護者、**家族にメンタル疾患あるか**の情報が欲しい
- ▶服薬情報に関しては、おくすり手帳が欲しい
- ▶その他（介護上特に注意すべき点等）介護保険区分変更をかける必要をケアマネが感じているか意見が欲しい

あったほうがいい事項

- ▶療養、生活に関する受け止め方について入院後状態は変化していると思う
- ▶リビングウィル等の意思表示に「不明」欄が欲しい
- ▶入院前の食形態、嚥下状況が知りたい

なくてもいい事項

- ▶本人職業
- ▶要介護度、日常生活自立度
- ▶在宅での生活状況

千葉県地域生活連携シートA表記入について

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	病院・診療所名
担当者名	担当部署・担当者名
電話番号	電話番号

※事業所（施設）名は、〒記号を省略し、〒記号は省略して記入してください。

本シートは、医療・介護関係者が個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。提供日 年 月 日
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。 入院日 年 月 日

氏名	姓	名	生年月日	年	月	日	年齢	性別	男	女	
住所	必須	〒	市区町村	番	組	番	号	必要			
住居形態	戸建	集合住宅	（	隣	コーポレーター	無	有	）			
緊急連絡先	氏名	住所	電話番号								
家族構成	本人	配偶者	子供	兄弟姉妹	同居の親	同居の祖父母	同居の孫				
健康保険種別	国民年金	厚生年金	産科年金	障害年金	介護保険	社会保険	その他				
介護保険自己負担割合	割1	不明	経済的支援	有	無	医療保険	有	無			
障害等級	1級	2級	3級	4級	5級						
障害種類	身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	その他						
家族の介護力及び特記事項	必須	家族の介護力、メンタル疾患あるか、家族の力関係、話をするうえで気を付けなければならないことなど									
本人の生活状況	あったほうがいい										
リハビリ等の実施状況	あったほうがいい										
紹介状	申請中	区分変更中	変更済	有効期間	年	月	日	～	年	月	日
障害高齢者の日常生活自立度	自立	半自立	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5				
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	軽度	中重度	重度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
介護サービス利用状況	訪問介護	訪問看護	訪問診療	訪問リハビリ	訪問看護ステーション	訪問介護ステーション	訪問看護ステーション	訪問診療ステーション	訪問リハビリステーション	訪問看護ステーション	訪問介護ステーション
かかりつけ医療機関	① 病院	② 診療所	③ 訪問診療	④ 訪問看護	⑤ 訪問診療	⑥ 訪問看護	⑦ 訪問診療	⑧ 訪問看護	⑨ 訪問診療	⑩ 訪問看護	⑪ 訪問診療
診療方法・療法	① 通院	② 訪問診療	③ 訪問看護	④ 訪問診療	⑤ 訪問看護	⑥ 訪問診療	⑦ 訪問看護	⑧ 訪問診療	⑨ 訪問看護	⑩ 訪問診療	⑪ 訪問看護
既往歴	無	脳性麻痺	急性呼吸器感染症	脳血管障害	骨折	その他					

必須記載事項

- 氏名、生年月日、年齢
- 住所、電話番号
- 緊急連絡先
- 健康保険情報、生活保護受給の有無、手帳の有無
- 生活歴、家族状況
- 家族の介護力及び特記事項
- 処方薬
- 介護上特に注意すべき点
- 受取サイン

裏面

利用者の氏名		生年月日		住所		電話番号	
<input type="checkbox"/> 必要事項が記入されていない <input checked="" type="checkbox"/> 必要事項が記入されている							
<input checked="" type="checkbox"/> あったほうがいい事項							
<input checked="" type="checkbox"/> なくてもいい事項							
<input checked="" type="checkbox"/> 必須事項							
<input checked="" type="checkbox"/> 必要事項が記入されていない <input checked="" type="checkbox"/> 必要事項が記入されている							
<input checked="" type="checkbox"/> あったほうがいい事項							
<input checked="" type="checkbox"/> なくてもいい事項							
<input checked="" type="checkbox"/> 必須事項							
<input checked="" type="checkbox"/> 必要事項が記入されていない <input checked="" type="checkbox"/> 必要事項が記入されている							
<input checked="" type="checkbox"/> あったほうがいい事項							
<input checked="" type="checkbox"/> なくてもいい事項							
<input checked="" type="checkbox"/> 必須事項							

必須

あったほうがいい事項

- 療養・生活に関する受け止め方、意向
- リビングウイル等意思表示
- 介護サービス利用状況
- かかりつけ情報、既往歴
- 在宅での生活状況（嚥下状態、食形態）

なくてもいい事項

- 本人職業
- 要介護度、日常生活自立度
- 在宅での生活状況

千葉県地域生活連携シートB表 看護サマリーに対する意見

必須事項

- 新患についてはすべての情報必須
- 情報シートA表を病院側に提出している利用者であれば**状態が変わったところ**の項目を教えてください
- 病棟内の様子について「チェックシートではなく状態がわかるような自由記載が欲しい

(たとえば、歩行はできるが立ち上がるまで時間がかかる、トイレ動作時間がかかるが自分でできる、食事中気が散り進まない等)

- 服薬状況に関し、薬情、入院中の服薬変更事項が知りたい
- 今後の生活に対し医師、リハビリの考えが知りたい

あったほうがいい事項

- リビングウィルに関し、病院で意思確認したのであれば情報が欲しい。なかなか医療機関からそのような情報が聞けない

なくてもいい事項

- 聞き取り欄についてはケアマネが記入する事項なので
- 介護サービス等変更になると思うので

千葉県地域生活連携シートB表 看護サマリー記入について

千葉県地域生活連携シート (退院時) B表

氏名	住所	電話番号	緊急連絡先
性別	年齢	入院期間	現在治療中の疾患
家族の介護力	家族の理解度、力関係、メンタル疾患あるか、 訴をする上での注意事項	療養、生活に関する受け止め方、意向等	感染症
処方薬情報	退院後必要な事項欄	その他 (退院後の生活で注意すべき点、在宅 復帰のため整えなければならない要件等)	

※ 必須事項は、退院前記入し、退院時に提出してください。

新規の時は必須

本人の性格、かかわり方、家族とのかかわり

必須事項

- 氏名、生年月日、年齢、性別、
- 住所、電話番号、緊急連絡先
- 入院期間、現在治療中の疾患入院の経緯・原因となった病名等疾患の経過及び治療経過
- 家族の介護力、および特記事項
- 本人家族への退院前指導の内容
- 療養、生活に関する受け止め方、意向等
- 感染症
- 処方薬情報
- 退院後必要な事項欄
- その他 (退院後の生活で注意すべき点、在宅復帰のため整えなければならない要件等)

千葉県地域生活連携シートB表／看護サマリー記入について

裏面

利用者氏名		記入日： 年 月 日	
病棟での様子			
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
服装	<input type="checkbox"/> 浴衣 <input type="checkbox"/> 浴衣 <input type="checkbox"/> 浴衣 <input type="checkbox"/> 浴衣 <input type="checkbox"/> 浴衣 <input type="checkbox"/> 浴衣	新規の時は必須	
起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助	A表提出があれば 変化があったときのみでいい	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助	A表提出があれば 変化があったときのみでいい	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助	A表提出があれば 変化があったときのみでいい	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助	A表提出があれば 変化があったときのみでいい	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助	A表提出があれば 変化があったときのみでいい	
移動管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助	A表提出があれば 変化があったときのみでいい	
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	新規は必須	
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助	A表提出があれば 変化があったときのみでいい	
行動・精神状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助	A表提出があれば 変化があったときのみでいい	
形態等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	必須	
家族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	必須	
看護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	必須	
生活目標	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	必須	
リハビリ(目標や内容等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	必須	
留意事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	必須	
介護サービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	なくてもいい	
その他(連携後の生活で留意すべき点、在病棟のために整えなければならない要件等)			
必須 日中の生活で連携すべき事項、病棟内での立ち上がり、排せつ、食事においてどの程度の介助が必要だったか本人にどのような介助をすることで本人の力が発揮されるかなど			

あったほうがいい事項

- ・リビングウィル等の意思表示について

変更があったときでいい事項

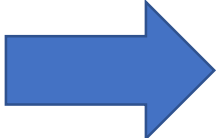
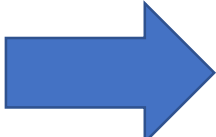
- ・ 家族構成、住環境、
- ・ 医療保険、障害等認定
- ・ 身体状況

なくてもいい事項

- ・ ケアマネジャー記入欄
- ・ 聞き取り日
- ・ 情報提供を受けた職種
- ・ 要介護度、日常生活自立度
- ・ 介護サービス

取り組み計画1～病院との連携：情報連携の必要性

情報を途切れさせないために

- 入院時には、ケアマネから病院へ
 **千葉県地域生活連携シートA表**
- 退院時には、病院から在宅支援者へ
 **千葉県地域生活連携シートB表
もしくは看護サマリー**

**必須記載事項、本人の様子がよりわかる情報記載
病院⇔在宅支援者の情報連携を徹底**

取り組み計画1～病院との連携：情報連携の必要性

検討事項

• 記載項目事項について

- 必須記載事項の項目の提案
- その他欄に本人状況がわかりやすい記載を追加することの提案

• 周知方法について

- 介護事業所、病院への一斉メール通知の提案

取り組み計画2 急変時の連携：ACPへの取り組み

ACPに対する関わりと考え、受け止め方

病院受診歴や入院歴がある、訪問診療や訪問看護を受けているなど何かしらの形で医療につながっている方への関わり



スライド17へ

医療の介入なく在宅介護関係者のみの関わりの方もしくは何のサービスにもつながっていない方への関わり



スライド18へ

取り組み計画2 急変時の連携：ACPへの取り組み

病院受診歴や入院歴がある、訪問診療や訪問看護を受けているなど何かしらの形で医療につながっている方への関わり

- ・ 介入開始時など適切なタイミングで、医師が口火を切ってACPが行われている
 - ・ 事前に急変を予想しての話がされており、急変のイメージがわき、スムーズな対応につながる
 - ・ 急変時の対応や連絡先など、関係者間で情報共有ができており、連携を図った対応につながる
- 適切なタイミングでACPがなされており、急変時の対応方法について多職種連携が図れ、問題は生じていない

取り組み計画2 急変時の連携：ACPへの取り組み

医療の介入なく在宅介護関係者のみの関わりの方
何もサービスにつながない方

どう関わるか
が課題

- 医療につながっておらず、医師の治療、今後について聞くななどの関わりがなく意思確認の機会がないため、ACPについて考えるきっかけがない。
- 最期の話をするとう具合が悪くなる、死の話など縁起でもないなど、最期をどうしたいかなどを考えることに対し、抵抗がある方もおり、ACPを話題にしにくいなどの現状がある

取り組み計画2 急変時の連携：ACPへの取り組み

流山市高齢者支援計画第9期策定のための介護サービス事業所調査
(令和5年5月実施) 居宅介護支援事業所への調査表

ACPに関する項目のアンケート結果

★利用者に対しACPを取り入れている 70.8%
取り入れていない 29.2%

★取り入れる際に支障があるかの項目
ACPの考え方が一般に浸透していない 75.0%

ACPの話を切り出した時の利用者・家族の反応に不安がある 70.8%

 **ACPを話題にしやすく、話を切り出すための関わりが必要**

取り組み計画2 急変時の連携：ACPへの取り組み

医療の介入なく在宅介護関係者のみの関わりの方や何もサービスにつながっていない方への関わりとして必要なのは、

ACPについての口火を切るための**きっかけづくり**が必要

検討 事項

きっかけづくりとして**流山版ACPシート**の作成

表...厚労省ACPリーフレットの活用

裏...流山市おうち療養情報紙（令和2年3月21日号）
神戸大学作成パンフレット（平成29年厚労省委託事業）
他市作成のきっかけづくりを主眼とした広報誌など
参考にチェックボックス形式のリーフレット作成

検討
事項

流山版ACPシートについて

委員の皆様には2点、お伺いいたします。

- **流山版ACPシート作成の必要性について**
- **作成する場合、掲載する内容について**
ご意見いただきたいと思います。
ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

取り組み計画2 急変時の連携：ACPへの取り組み

流山版ACP シート 普及啓発

市民が自分事
として考える
きっかけ

ACPを話題にし
やすく、取り
入れるための
一助

- ・ 介護支援課や高齢者支援課など市役所の窓口に設置
- ・ 地域包括支援センターや公民館など公共施設の窓口に設置
- ・ 会議の際に資料と一緒に配布する
- ・ 委員の皆様の職域での配布・活用
- ・ イベントの際に配布する
- ・ 千葉県地域生活連携シートのA表のリビングウイルの欄を活用する
- ・ おうち療養情報紙の発行
- ・ 出前講座、市民公開講座の開催