



在宅医療・介護連携推進事業の進め方

地域包括ケア新任担当職員研修

「在宅医療・介護連携推進事業について」

千葉市在宅医療・介護連携支援センター

久保田 健太郎

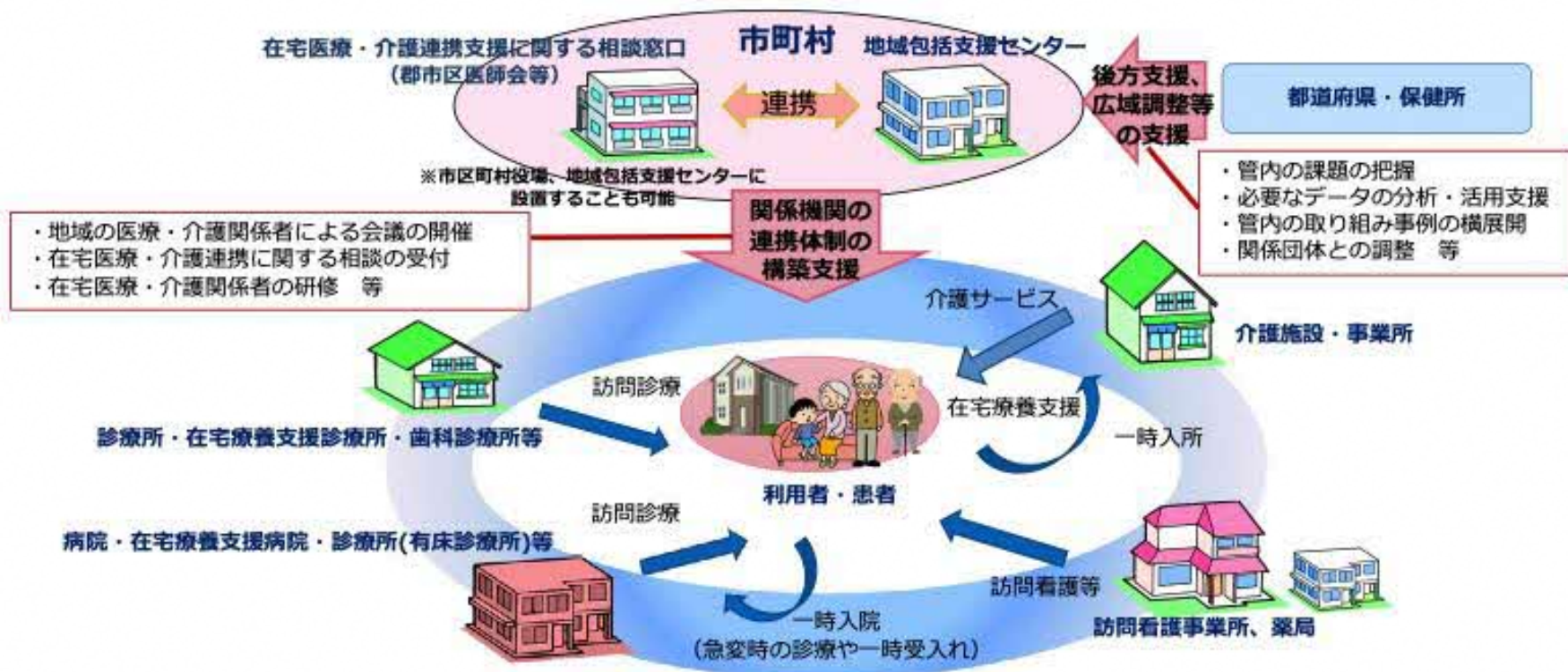
在宅医療・介護連携の推進

- 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。

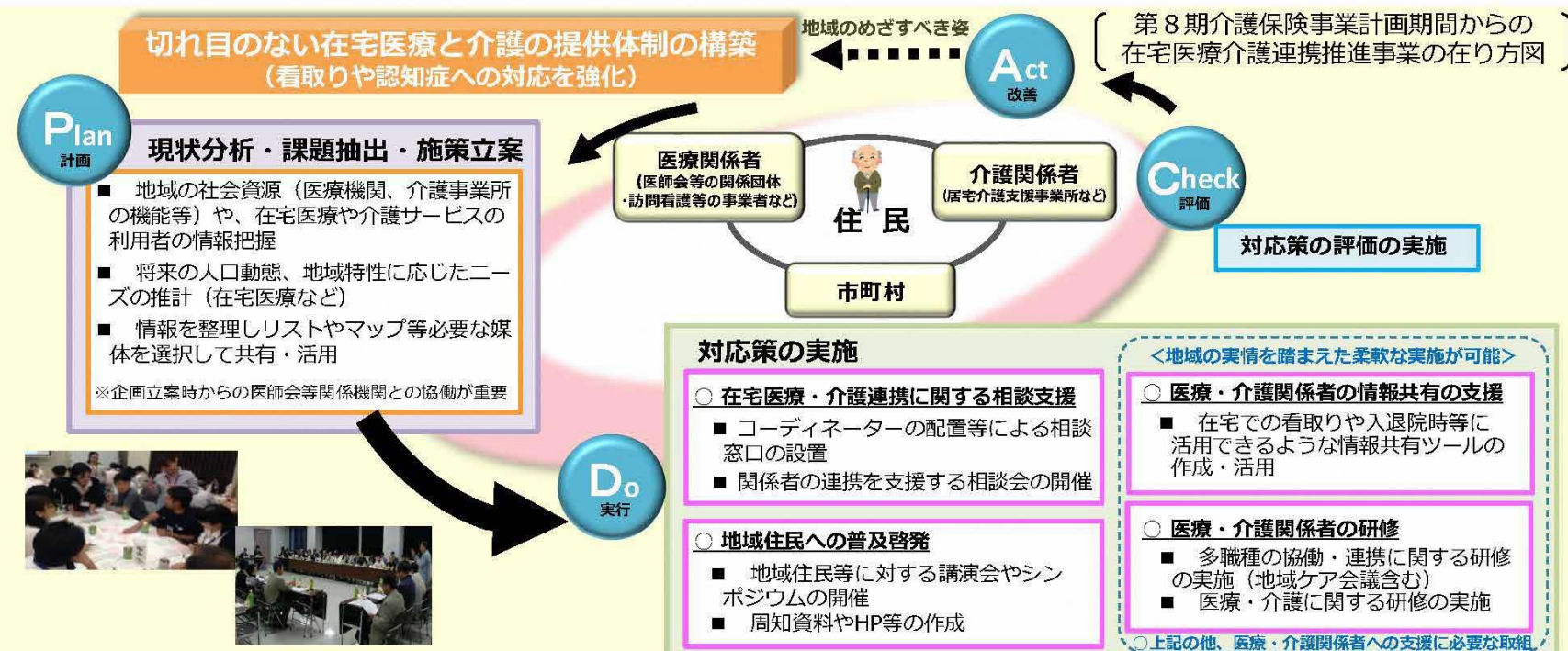
(※) 在宅療養を支える関係機関の例

- ・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）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- 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。



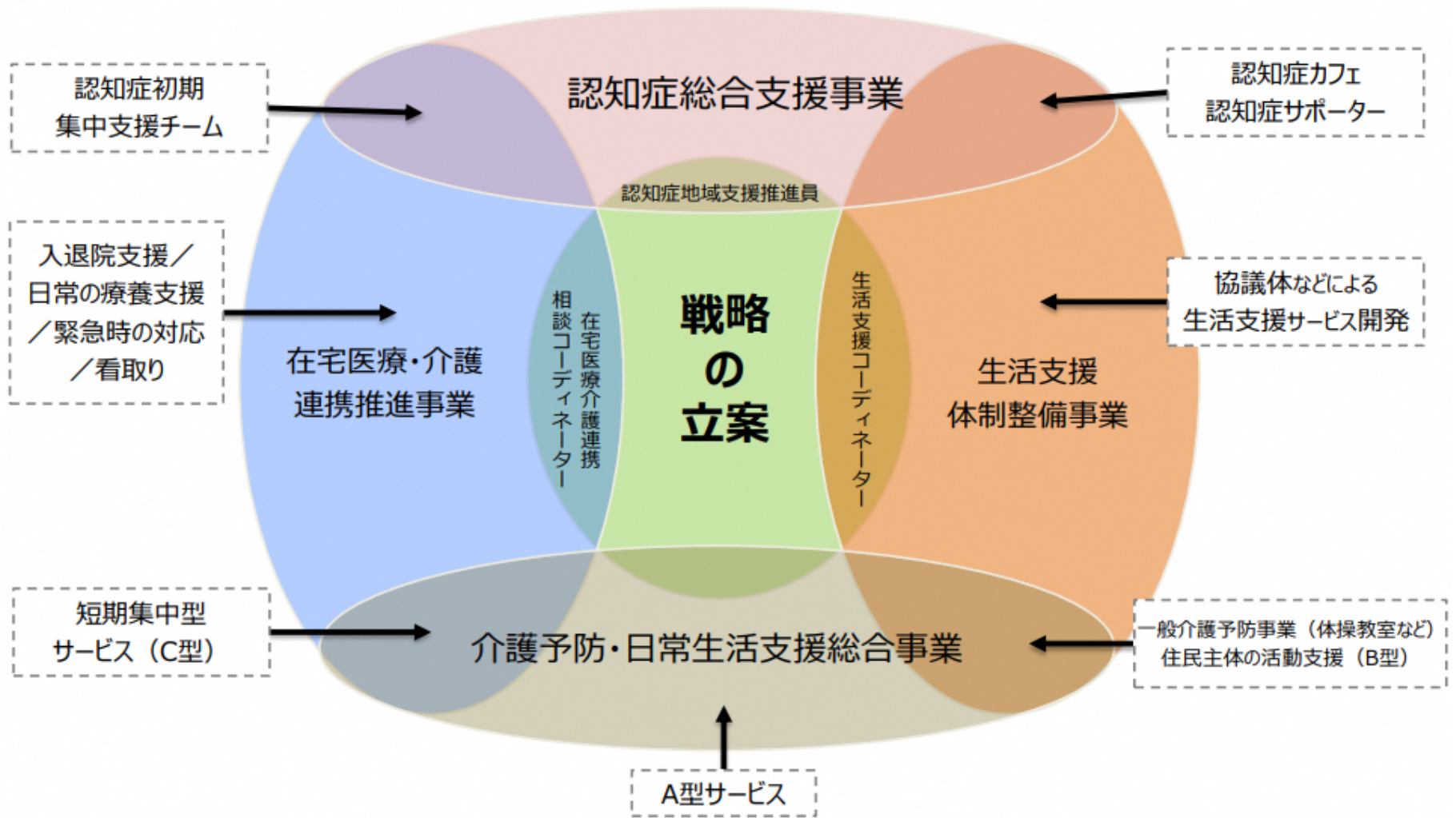
- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合



出所：三菱UFJリサーチ & コンサルティング (2019)
「地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」

あなたの「業務マニュアル」

新任担当者の日常業務の「何をすべきか」を定義する、最も基本的な**業務マニュアル**。

PDCAサイクル

- Plan（計画）：地域の現状分析、課題抽出、具体的な施策立案。
- Do（実行）：計画に基づいて具体的な対応策を実施。
- Check（評価）・Act（改善）：施策の効果を評価指標に基づいて検証し、改善策を検討。

連携を推進する「7つの場面」

- ① 入退院支援
- ② 日常の療養支援
- ③ 急変時の対応
- ④ 看取り
- ⑤ 認知症の対応
- ⑥ 感染症発生時
- ⑦ 災害時対応



在宅医療・介護連携の推進

国の施策・審議会等

先行研究・研修等

その他

在宅医療・介護連携を 推進しましょう

このプラットフォームは、在宅医療・介護の連携に関する
国の施策や先行研究等の情報を提供しています。

都道府県・市町村の担当者向け
ログインはこちら



千葉市在宅医療・介護連携支援センターの特徴

- 市職員と委託先のコーディネーターが一体となって、在宅医療・介護連携支援センターを構成している。市の職員と事業団の職員は、同じ居室で仕事をしており、密に連携しながら業務を行っている。
- 約98万人の人口を抱える千葉市において、センター1カ所（職員6人）で在宅医療・介護連携の推進を担当していることから、伴走型のアウトリーチ支援など、市民への直接支援は実施せず、医療・介護専門職などの支援者への支援のみ実施している。
- 地域に密着した地域包括支援センターが、医師会など関係団体の協力を得ながら、医療・介護専門職の顔の見える関係性の構築を進めることが重要であり、センターは、地域包括支援センターの側面的支援を担っている。

千葉市 3人	所長（課長級：事務） 主査（主査：事務福祉） 担当（主任薬剤師）
事業団 3人	コーディネーター（看護師）1人 コーディネーター（社会福祉士）2人

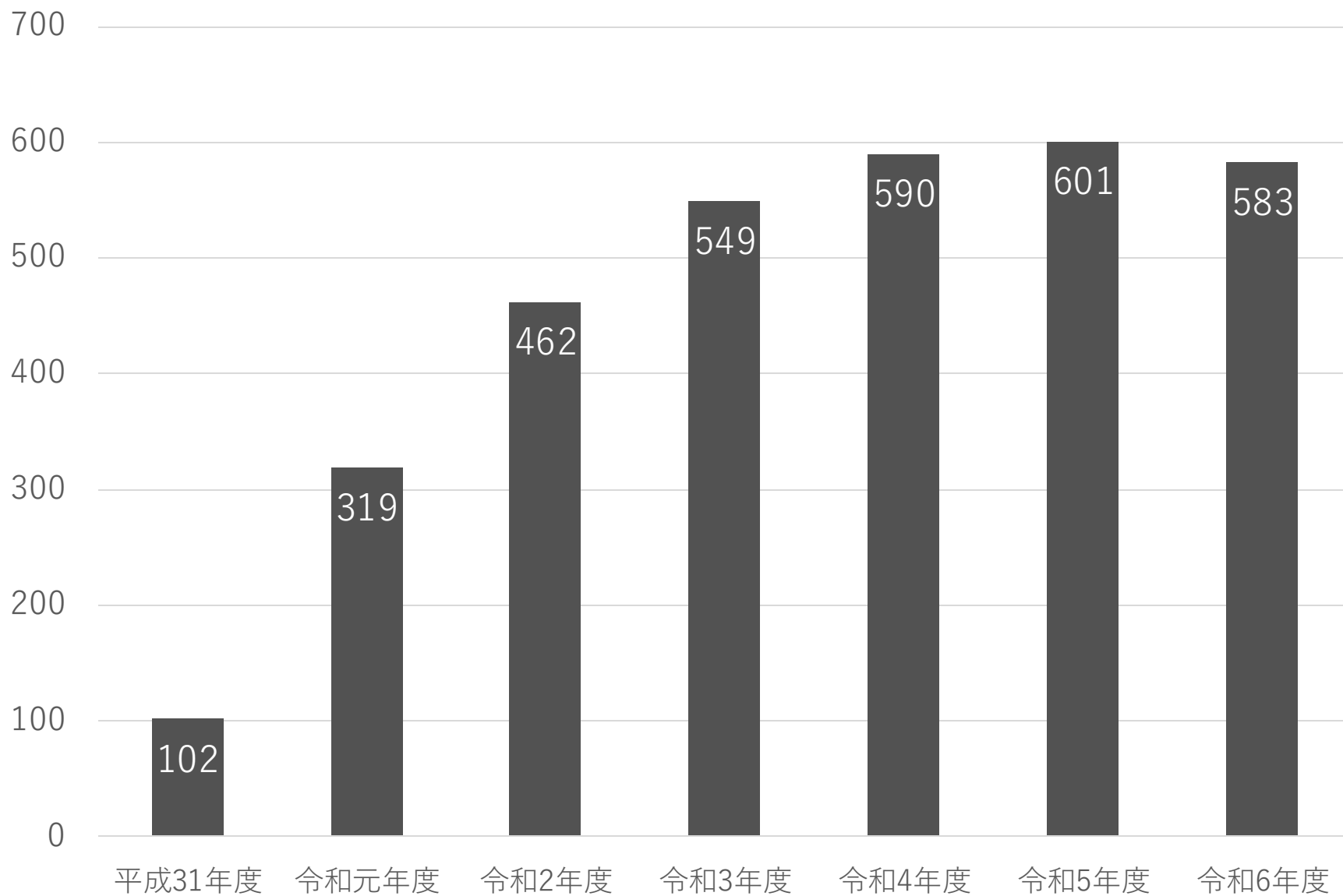


地域包括支援センターとの連携

包括的・継続的ケアマネジメント支援を担当する地域包括支援センター（28圏域・32センター）と在宅医療・介護連携推進事業を担当する在宅医療・介護連携支援センター（市内に1箇所）が密に連携し、在宅医療・介護連携を進めている。

在宅医療・介護連携支援センター	あんしんケアセンター（地域包括支援センター）
○医療介護連携に関する相談窓口を設置 ○多職種連携会議の開催を支援 ○在宅医療推進連絡協議会（市単位）を開催 ○地域包括支援センターや地域の団体などが主催する研修会の開催を支援	○個別の困難ケース（医療介護連携も含む）に対応 ○行政区及び圏域単位が多職種連携会議を開催 ○地域の専門職向け研修会を開催

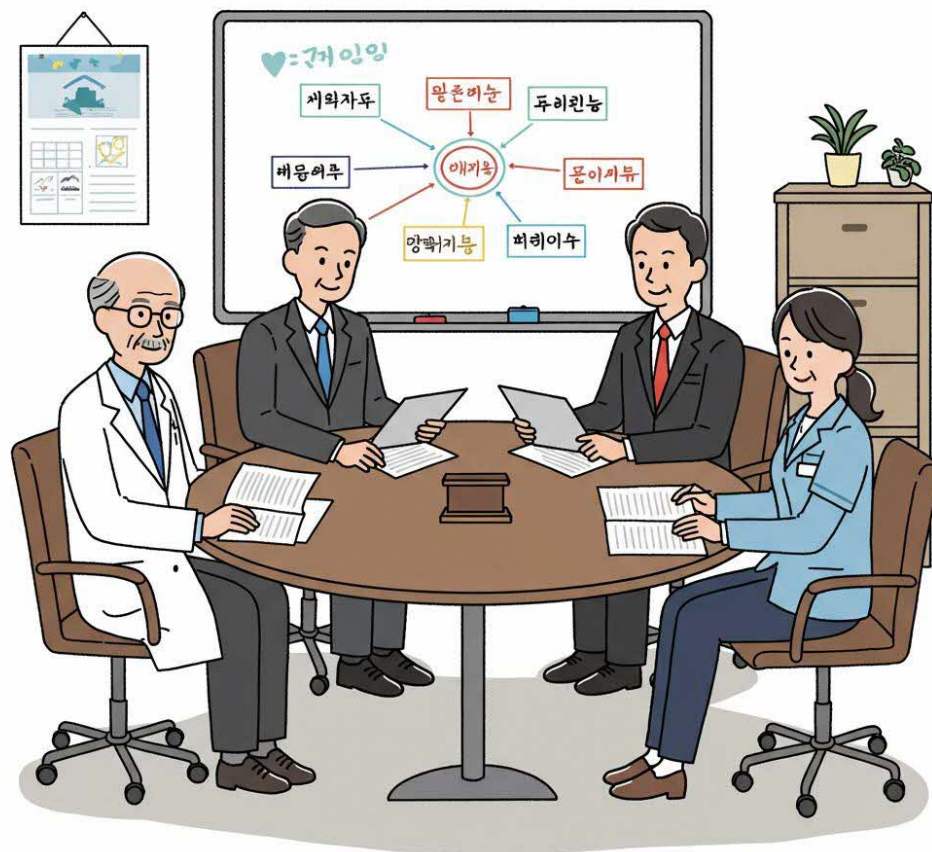
専門職からの相談件数の推移



相談事例の振り返り

現役を引退した訪問診療医師、医療・介護に精通した弁護士をアドバイザーに迎え、毎月、在宅医療・介護連携支援センターに寄せられた相談事例の振り返りを行っている。

振り返りでは、相談内容の分類分けをしているほか、なぜそのような相談が寄せられたのかなど、相談の背景の深掘りを行っている。



課題抽出・解決のスキーム

在宅医療推進連絡協議会

構成員：千葉市医師会等の職能団体
及び庁内関係課

提言

多職種連携会議

(行政区及び圏域単位)

主催：各地域包括支援ケアセンター
参加者：地域の医療・介護専門職等

在宅医療・介護連携支援センター
に寄せられる日々の相談事例から
見えてくる問題・課題

令和2年	入退院支援の手引き
令和3年	おひとりさま支援の手引き
令和4年	カスタマーハラスメント対策リーフレット
令和5年	ご本人の思いをみんなで繋ぐ意思決定支援の手引き
令和6年	人生会議啓発リーフレット



入退院支援の手引き

(令和2年度)

千葉県の入退院支援事業をきっかけに、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携して手引きを作成した。
※令和6年度に改訂

入退院時連携に係る診療・介護報酬

在宅

ケアマネジャー

入院時情報連携加算
入院医療機関へ、利用者の情報を提供(提供方法は問わない)。
(1)入院当日 250 単位 / 月
(2)入院した日の翌日・翌々日 200 単位 / 月
(3)※入院日以前の情報提供を含む。
※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。
(4)※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

ケアマネジャー

退院・退所加算	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
退院退所加算(1)連携1回	450 単位	600 単位
退院退所加算(2)連携2回	600 単位	750 単位
退院退所加算(3)連携3回	×	900 単位

入院医療機関から情報を得て、ケアプランを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」の※に該当するもの

【訪問看護、定期巡回、看多機、訪問リハ・通所リハ】
介護・退院時共同指導加算
600 単位 (退院時1回)

【訪問看護】
医療・退院時共同指導加算
8,000 円 (退院時原則1回)

ケアマネジャー

緊急時等居宅カンファレンス加算
200 単位(月に2回)
病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等とともに利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じ介護サービスの調整

病院

入院前

入退院支援加算
1:700点(退院時1回)
2:190点(退院時1回)
入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるように、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定

入院時支援加算(入退院支援加算)
1:240点(退院時1回)
2:200点(退院時1回)
入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施

地域連携診療計画加算
300点(入退院支援加算)

介護支援等連携指導料
400点(入院中2回)
退院後に介護サービスを導入することが適当であると判断される場合、患者に対しケアマネジャーと連携し退院後の介護サービス等について指導

退院時共同指導料2
400点※2,000点(入院中1回)
病院の医師等と在宅療養を担う医師等が共同して退院後の在宅療養に必要な説明・指導
※医師等の職種は3名以上と共同して指導を行う場合

退院前在宅療養指導管理料
120点(1回の入院につき1回)

退院前訪問指導料
580点(1回の入院につき1回)

退院時リハビリテーション指導料
300点(1回の入院につき1回)

退院時薬剤情報管理指導料
90点(1回の入院につき1回)

退院後訪問指導料
580点

※訪問看護同行加算 20点

※加算については、最新の要件・基準を確認してください

参考:大阪府入退院支援ガイド

令和6年度
千葉市
入退院支援
の手引き

目的
千葉市では入退院の際に病院と介護事業者が連携し、情報共有を行うことで、スムーズに退院・介護サービスの提供につなげ、サービスや支援を受ける高齢者が安心して治療や生活の支援が受けられるように関係者の連携を促進していきたいと考えています。
新たに資格を取得したケアマネジャーさんや、新しく配属された病院の地域連携担当のソーシャルワーカーさんに特に活用いただければと思います。

手引きの活用について
本書は千葉市内の病院、診療所、あんしんケアセンター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、各介護サービス事業者、介護保険利用の介護施設、各保健福祉センター等を対象とした入退院支援の手引きです。
なお、患者・利用者の支援を円滑に行うために、今まで当該事業者間で了解されている方法や、当該入退院時に別途調整した連携方法については本書に示した内容に優先するものとします。

病状・障害

緊急入院・骨折・がん末期・がん以外の終末期・難病・脳血管疾患・呼吸器系疾患・認知症(理解力の低下)・精神疾患・退院後に新たな医療処置が必要・入退院を繰り返している。

日常生活動作

入院前と比較し明らかにADLが低下した場合。立位、歩行に介助または補助具を要する状態。食事、排泄、入浴等の見守りまたは介助を要する。

入退院支援を要する状態

(多職種と率先して連携をとる目安)

介護者

同居者の有無に関わらず、必要な介護を受けられる状況でない、虐待の疑いがある。

保険制度

介護保険の新規利用または区分変更申請を要する。医療保険・介護保険の未加入者、生活困窮者(要保護者等)。

その他

住宅改修の必要性がある。他の関係者から要望があった時。



<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkofukushi/renkeicenter/documents/nyuutaiinn.html>

おひとりさま支援の手引き

(令和3年度)



在宅医療・介護連携支援センターに寄せられた相談事例（身寄りのない方の看取り事例）を多職種連携会議で取り上げ、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携して手引きを作成した。

人生の最終段階に向けて

人生の最終段階に向けて、在宅医療・介護連携支援センターに寄せられた相談事例（身寄りのない方の看取り事例）を多職種連携会議で取り上げ、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携して手引きを作成した。

急変・死亡後の遺体・遺品の引き取りについて

急変・死亡後の遺体・遺品の引き取りについて、在宅医療・介護連携支援センターに寄せられた相談事例（身寄りのない方の看取り事例）を多職種連携会議で取り上げ、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携して手引きを作成した。

項目	確認したいポイント	注意すること
意思決定について	<ul style="list-style-type: none"> 本人が今後どのようにしたいかを考えられているか。 現在の病状、生活環境の把握について □ 亡くなった後、どのようにしたいのか □ 心のケアについて □ 遺体の引き取りについて 	<ul style="list-style-type: none"> 「生活保護、日常生活自立支援事業、延命施設制度、訪問の命延命施設等利用している場合は、担当者へ連絡し、調整を行います。」 「本人に希望が正しい場合は、医師等から病状の説明、本人の病状を把握しながら、今後の方向性を確認すること 중요합니다。」
緊急連絡先について	<ul style="list-style-type: none"> □ 家族や親戚の有無 □ 緊急時に連絡して欲しい人等 □ ケーパースタッフ □ 友人（あつておられる人など） 	<ul style="list-style-type: none"> 「家族や親戚がいない場合、緊急時に連絡し、本人の病状を把握しながら、今後の方向性を確認すること 중요합니다。」 「本人に希望が正しい場合は、医師等から病状の説明、本人の病状を把握しながら、今後の方向性を確認すること 중요합니다。」
金銭面について	<ul style="list-style-type: none"> □ 銀行の出入金 □ サービス利用料の支払い 	<ul style="list-style-type: none"> 「本人が銀行に行けなくなった場合、生活費や療養費の確保が困難になります。支援してくれる人がいない場合は、本人の病状を把握しながら、今後の方向性を確認すること 중요합니다。」 「本人に希望が正しい場合は、医師等から病状の説明、本人の病状を把握しながら、今後の方向性を確認すること 중요합니다。」
家屋について	<ul style="list-style-type: none"> □ 大家との連絡の取組 □ アパートの契約について確認 □ 家の修繕等 	<ul style="list-style-type: none"> 「居宅で生活が困難な場合、大家に連絡が必要となる場合があります。」 「本人に希望が正しい場合は、医師等から病状の説明、本人の病状を把握しながら、今後の方向性を確認すること 중요합니다。」
地域との関わり	<ul style="list-style-type: none"> □ 民生委員など □ 地域関係者との連携 □ 医療機関との連携 □ 福祉センターとの連携 	<ul style="list-style-type: none"> 「身寄りのない高齢者の支援で終末期に不安を抱えている場合、民生委員や地域関係者との連携が重要です。」 「本人に希望が正しい場合は、医師等から病状の説明、本人の病状を把握しながら、今後の方向性を確認すること 중요합니다。」

いざという時のための3つの事前確認

いざという時のための3つの事前確認

事前

いざという時のための3つの事前確認

死亡

いざという時のための3つの事前確認

千葉市

<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkofukushi/renkeicenter/ending.html>

カスタマーハラスメント対策リーフレット

(令和4年度)

介護保険サービスをご利用になる

市民・介護サービス事業者の 皆様へ

本書の
目的

介護保険給付による各種のサービスは、高齢に伴う心身の老化によって生じる生活上の問題に対して、国民の共同連帯の理念に基づく適切な保健医療・福祉サービスにより、支援を必要とする方の健康・福祉の増進を図るものとされています。〔介護保険法第1条〕

一方で、最近、介護の現場において、サービス事業者に対する無理な要求や威圧的な言動等、いわゆるハラスメントが問題になっていました。

また、そのようなハラスメントを受けて、サービス事業者が対応に苦慮する場面や、心身に負担を感じ難堪する従業員が発生しているといった実態も報告されています。

そこで、千葉市では、適切な介護保険サービスの提供のため、利用者及びご家族の皆様とサービス事業者の皆様と、知っていただきたい基本情報のリーフレットを作成しました。

介護現場におけるハラスメントの例とともに、利用者及びご家族の皆様へのお願いと、サービス事業者の皆様が取り組むべき対策などを示すことにより、ハラスメント防止の一助となること、ひいては持続可能な介護保険制度の構築を目的としています。

ハラスメントとは

サービス事業者との応対や、サービスの要望や依頼を行なう際、次のような行為はハラスメントに該当し、サービスの提供が難しくなる場合があります。

身体的暴力 (器物破壊を含む)	物理的な力を使って、相手の身体や所有物に危害を加える、またはその恐れのある行為 【例】・たたく、ける、つねる ・物を投げる、つばを吐く
精神的暴力	個人や所属する組織の尊厳や情緒を言葉や態度で傷つける行為 【例】・大声を発し、威圧的な態度で接する・土下座を強要する ・制度上不可能な要求を行い、行政に報告するなど脅迫したり、 ・計りだすまで何時間も要求し続ける ・時間を問わず、執拗に電話やメールを送り続ける ・事業者の悪評等を、一方的にSNSなどに投稿し、不特定多数の人に晒す
セクシャル ハラスメント	性的な言動や行為 【例】・むわいな言動を繰り返したり、関係を迫る ・必要もなく身体を触る ・必要以上に身体を触るよう要求する

ような行為が、認知症や障害の症状として認められる場合はハラスメントではありません。や関係機関と連携し、症状への対応を検討しましょう。

在宅医療・介護連携支援センターに寄せられた個別相談事例（複合的課題を有する3世代家族への困難支援事例）を多職種連携会議で取り上げ、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携してリーフレット・ポスターを作成した。

注意 これらはハラスメントに該当します

相手に危害を加えたり、脅すつもりがなくとも、相手が脅威・不快に感じれば、それはハラスメントに該当します。

物を投げる	つばを吐く	体や物に危害を与える
大声で怒鳴る威圧的な態度	理不尽な要求	長時間拘束する
身体を触る	いやらしい話をする	つきまとう

※令和4年度千葉市カスタマーハラスメントに関する実態調査

過去3年間に利用者及びご家族からハラスメントを受けたことがある人の割合

	認知系	運動系	入居系	全体
本人から	62.1%	57.5%	57.1%	59.0%
家族から	50.9%	45.0%	42.9%	46.2%

約半数の介護サービス事業者が、何らかのハラスメントを受けていると回答しています。

○○○な対応で、H○Tな信頼関係をつくりましょう

千葉市

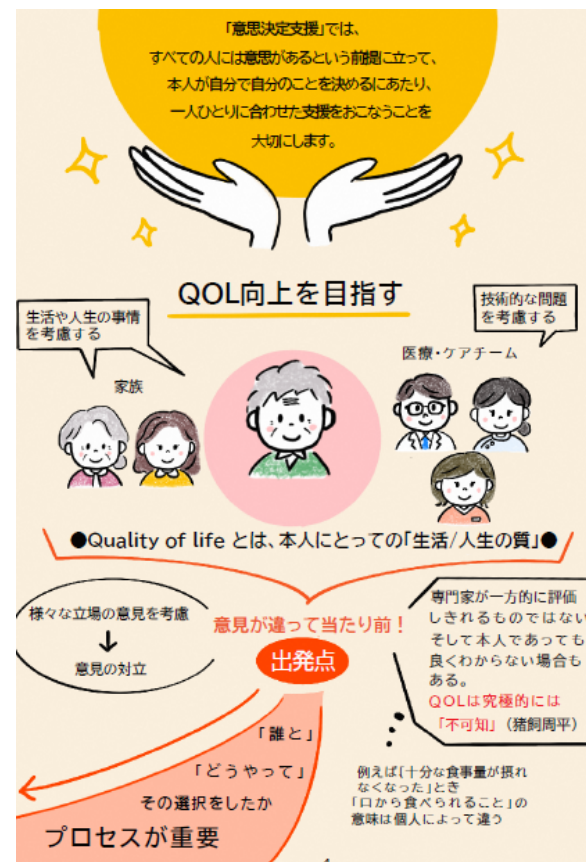


<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkofukushi/renkeicenter/kasuhara.html>

ご本人の想いをみんなで繋ぐ意思決定支援の手引き

(令和5年度)

多職種が連携し、質の高い意思決定支援を実践できるよう、現場の声を反映した手引きを作成した。

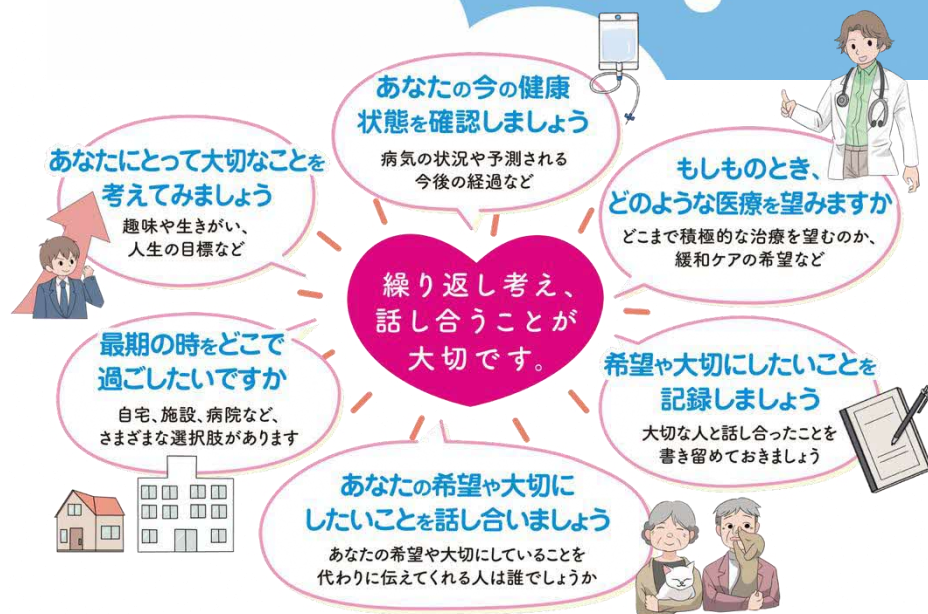


<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkofukushi/renkeicenter/ishikettei-shien.html>

「こころづもり」伝えていますか？聴いていますか？

(令和6年度)

「こころづもり」 聴いていますか？ 伝えていますか？



「人生会議」について考えるきっかけとなるよう、あんしんケアセンターなどで市民に配布するためのリーフレットを作成した。

いざという時のための

「こころづもり」を話し合う場を
「人生会議」といいます

話し合う内容やタイミングに決まりはありません。
例えば、下の図のような内容を話し合ってみてはいかがでしょうか。
どこからでも始めることができます。



お近くの





あんしんケアセンターは
こちらから



「人生会議」について
詳しく知りたい方はこちらから



私が考える地域づくり※のための4つの戦略的アプローチ

A	新しく「作り上げる」	
B	既存の資源を「活用・展開する」	
C	ニーズとシーズを「組み合わせる」	
D	他者の取り組みに「乗っかる」	

※「地域課題を見つけ、関係者を巻き込んで取り組むこと。」と考えています。

A 新しく「作り上げる」

介護サービス事業所向け医療機関窓口一覧の作成

き つ か け 経 緯	<p>ケアマネジャーや訪問看護ステーションより、「入退院時連携シートの提出先が病院によって違うので苦労している。」や「訪問看護指示書をどこに依頼してよいのかわからず困っている。」といった相談を受けた。</p> <p>一方、病院の連携室でも、報酬改定により病院とケアマネジャーの連携が評価され、ケアマネジャーの連携などのさらなる連携の必要性を感じていることがわかった</p> <p>そこで、在宅医療・介護連携支援センターが市内医療機関（病院及び有床診療所）の窓口一覧を作成し、ケアマネジャーや訪問看護ステーションに配布することとした。</p>
	<p>入退院時など情報連携のストレスが軽減され、連携促進が図られた。</p>

千葉市内医療機関連携窓口一覧（中央区）

行政区			中央区	中央区	中央区
施設名			○▽病院	☆◇病院	●■病院
郵便番号			260-0000	260-0001	260-0002
所在地			中央区〇〇〇	中央区〇〇〇	中央区〇〇〇
入院時	連携シート提出先	シート送付先	地域医療連携室	地域連携室	医療相談室
		TEL/FAX	999-9999 / 999-999	999-9999(代) / 999-1111 (直)	999-9999 / 999-1111
		送付方法	FAX・郵送	FAX・郵送 感染症対策のため持参は不可	FAX・郵送・持参
		対応可能な日時	平日8:30-17:00 土 8:30-13:30	平日9:00-17:00 土 9:00-17:00	平日9:00-16:00 土 9:00-16:00
	看護サマリー提出先	連携シートと同じ・異なる場合	連携シートと同じ	入院病棟でも可。	連携シートと同じ
	入院前・入院時 相談先	部署又は担当者	地域医療連携室	地域連携室(事前に電話連絡を入れてください)	医療相談室
	備考			全ての入院患者にSWが介入していない為対応できないこともあり。個人情報に関する診療内容等は回答できないこともあります。	まずはTELにてお問い合わせください。
退院時	退院時の調整に関する相談先		カンファレンス等の相談は担当者が日程調整等対応致します。地域医療連携室宛にご連絡下さいませお願い致します。	地域連携室にて連絡があれば対応します。退院前カンファレンス等は原則不可。	医療相談室
退院後・外来通院時	訪問看護指示書について	相談先	地域医療連携室	医事課	医療相談室
		TEL/FAX	999-9999 / 999-999	999-9999(代)	999-9999 / 999-1111
		対応可能な日時	平日8:30-17:00 土 8:30-13:30	平日9:00-17:00 土 9:00-17:00	平日9:00-16:00 土 9:00-16:00
		送付先	地域医療連携室	医事課	医療相談室
		送付方法	郵送・FAX	原則郵送(それ以外は事前に連絡)	郵送
	退院後のケアプラン送付先	必要性の有無	必要	患者ごとに応じて	
		送付先	地域医療連携室 ○〇宛	地域連携室	医療相談室
	外来通院患者に関する問い合わせ先		外来処置室 TEL: 999-9999	外来受付もしくは地域連携室 ※個人情報に関する診療内容等は回答できないこともあります。	医療相談室
備考					

B 既存の資源を「活用・展開する」

障害福祉サービス事業所に医療機関窓口一覧を配布

きっかけ経緯	<p>「精神疾患にも対応した地域包括ケアシステム」という事業の会合で、障害福祉サービス事業所からは病院の敷居が高いとの意見があり、まずは、連絡先一覧を作成しようとの話が持ち上がった。</p> <p>その会合には、在宅医療・介護連携支援センターの職員も参加しており、介護サービス事業所向けには、すでに窓口一覧があることをと伝えた。</p> <p>その結果、一から窓口一覧を作るのではなく、既存の窓口一覧を、障害福祉サービス事業所に配布することとした。</p>
	<p>少ない労力で窓口一覧を配布することができた。</p>

千葉市内医療機関連携窓口一覧（中央区）

行政区		中央区	中央区	中央区
行政区	施設名	○▽病院	☆◇病院	●■病院
	郵便番号	260-0000	260-0001	260-0002
	所在地	中央区〇〇〇	中央区〇〇〇	中央区〇〇〇
	連携シート提出先	地域医療連携室	地域連携室	医療相談室
入院時	TEL/FAX	999-9999 / 999-999	999-9999(代) / 999-1111 (直)	999-9999 / 999-999
	送付方法	FAX・郵送	FAX・郵送 感染症対策のため持参は不可	FAX・郵送・持参
	対応可能な日時	平日8:30-17:00 土 8:30-13:30	平日9:00-17:00 土 9:00-17:00	平日9:00-16:00 土 9:00-16:00
	看護サマリー提出先	連携シートと同じ・異なる場合	連携シートと同じ	入院病棟でも可。
入院前・入院時	相談先	部署又は担当者	地域医療連携室	地域連携室(事前に電話連絡を入れてください)
	備考		全ての入院患者にSWが介入していない為対応できないこともあり。個人情報に関する診療内容等は回答できないこともあります。	まずはTELにて
退院時	退院時の調整に関する相談先	カンファレンス等の相談は担当者が日程調整等対応致します。地域医療連携室宛にご連絡下さいませお願い致します。	地域連携室にて連絡があれば対応します。退院前カンファレンス等は原則不可。	医療相談室
退院後・外来通院時	訪問看護指示書について	相談先	地域医療連携室	医事課
	TEL/FAX	999-9999 / 999-999	999-9999(代)	999-9999 / 999-999
	対応可能な日時	平日8:30-17:00 土 8:30-13:30	平日9:00-17:00 土 9:00-17:00	平日9:00-16:00 土 9:00-16:00
	送付先	地域医療連携室	医事課	医療相談室
退院後・外来通院時	送付方法	郵送・FAX	原則郵送(それ以外は事前に連絡)	郵送
	必要の有無	必要	患者ごとに応じて	
	送付先	地域医療連携室 ○〇宛	地域連携室	医療相談室
	外来通院患者に関する問い合わせ先	外来処置室 TEL: 999-9999	外来受付もしくは地域連携室 ※個人情報に関する診療内容等は回答できないこともあります。	医療相談室
備考				

C ニーズ（連携の課題）とシーズ（解決のタネ） を「組み合わせる」

他分野に関する研修会の開催

き っ か け 経 緯	<p>ケアマネジャーから、ケアマネジャー向けにパーソナリティ障害に関する研修会を開催してほしいとの相談があった。</p> <p>同時に、障害者基幹相談支援センターより、障害福祉サービス事業所向けに、発達障害に関する研修会をオンラインで開催するので、支援をしてほしいと相談された。</p> <p>そこで、障害者基幹相談支援センター主催研修のオンライン開催を支援し、ケアマネジャーなど高齢分野の支援者も参加できるよう調整した。</p>
効果	<p>オンライン開催をスムーズに実施できたことから、高齢分野の支援者も含め、例年の倍以上の参加者となった。</p>

主催：千葉市障害者基幹相談支援センターネットワーク・行動障害を考える会

「発達障害・自閉症の理解と対応～ 行動障害を引き起こさないために～」

◆行動障害の理解を目的とした研修講座（行動障害の基礎知識習得の機会）◆
課題行動には知的・発達障害に起因するものも多いと考えられます。
基本に立ち返り、自閉症の特性や対応について考えます。
障害の基礎理解と基本的対応の知識は、日々の支援にもきっと役立つはずです。
予防的な観点で児童期対象の福祉サービスに携わる方から成人対象の方まで、困難の解決の糸口になれば幸いです。

日 時：令和6年7月17日（水）
10：00～12:00（ZOOMオンライン）

講 師：千葉市発達障害者支援センター
所長（相談支援員） 仲村美緒 氏

内 容：「発達障害の理解と対応」「発達障害の基礎知識」
「発達障害の特性」「コミュニケーションの基礎」
「特性に基づいた支援」「支援者として大切なこと」等

対 象：千葉市内の障害福祉に従事する方
定 員：先着200名（参加費無料）
申 込：二次元バーコードorURLよりお申し込みください

D 他者の取り組みに「乗っかる」

市外団体の研修会を市内専門職に周知する

きっかけ経緯	<p>たまたま、SNSで訪問看護師向けの連続WEB研修を見つけた。</p> <p>素晴らしい内容で、ぜひ千葉市内の訪問看護師にも受講してもらいたいと考え、主催者に連絡し、千葉市内の訪問看護ステーションに周知して良いか問い合わせた。</p> <p>主催側としても、参加者が少なく周知に苦慮しているとのことで快諾いただけ、千葉市内の訪問看護ステーションに周知することができた。</p>
効果	<p>千葉市内の訪問看護師に、良質な研修の受講機会を提供できた。</p>

訪問看護師の皆さん必見！

看護専門外来から在宅で“使える” 看護の情報をお伝えします

各領域の専門性の高い看護師から最新のトピックスや質疑応答、
当院の外来看護相談窓口（外来師長）の紹介をします。*当日参加者限定

開催日時

第4木曜日 17:00～18:00

参加方法

Zoom開催 無料

申込方法

開催前日までにQRコードからお申込みください



8/22 (木) がん看護外来 「リンパ浮腫のケア」リンパセラピストの資格を持たない私たちが行えるケアについて一緒に考えましょう。 乳がん看護認定看護師：	12/26 (木) 小児看護外来 「病気の親と子どもをつなぐケア」在宅で療養する親と過ごす子ども達への接し方について一緒に考えてみませんか？ 小児看護専門看護師：
9/26 (木) 入退院支援室 「大学病院のACPとは」 当院のACPを地域につなぐ取り組みをご紹介します。 慢性疾患看護専門看護師：	2025年 1/23 (木) CAPD外来（腹膜透析外来） 「腹膜透析のポイントをおさえましょう」 意外と融通が利く治療です。 透析室看護師：鹿川(CKDLN)。 * CKDLN:慢性腎臓病療養指導看護師 クロージングセッション 「訪問看護師さんと外来看護師のオンライン座談会」これまでの発表のまとめと参加者同士の交流を行います。 発表担当の外来看護師全員
10/24 (木) 糖尿病看護外来 「重症化予防のためのフットケア」 足の観察・対処方法について。 糖尿病看護認定看護師：	2/20 (木)
11/28 (木) 感染制御部 「感染管理認定看護師と地域連携」 生活環境での感染対策を一緒に考えたいと思います。 感染管理認定看護師：	* 参加登録をしてくれた方には当日発表のZoomの録画データを期間限定で公開します。（視聴後アンケートにご協力をお願いします）

最後に、

在宅医療・介護連携推進事業の担当者として心掛けたいこと 地域課題を見つけ、育てるためのヒント

- 「困りごと」へのアンテナを張る
- 構造を理解し、人を繋げる
- 小さな成功を評価し、諦めない