

在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議 I

松戸市における 在宅医療・介護連携の推進について

シンポジウム

「在宅医療・介護連携推進事業の推進にむけて求められること」

2025年10月22日
松戸市医師会 川越 正平



本日の内容

1. 地域資源の把握
2. 情報共有の支援
3. 相談支援と地域課題の抽出
4. 研修や普及啓発
5. まとめ 人生の軌道に基づき必要な支援をイメージする

本日の内容

1. 地域資源の把握

2. 情報共有の支援

3. 相談支援と地域課題の抽出

4. 研修や普及啓発

5. まとめ 人生の軌道に基づき必要な支援をイメージする

ケアマネタイム作成のためのアンケート調査票(2011年)

医療機関名	〇〇診療所		院長名	〇〇 △△		窓口担当者 医師の代理で主に 対応できる担当者 名をご記入ください		△△ □□						
在宅医療への 取り組み	主治医意見書の記載		対応している		対応していない		TEL・FAX		047-×××-△△△△					
	訪問診療		定期的に行っている		行っていない				047-×××-〇〇△△					
	外来かかりつけ患者の臨時往診		対応している		対応していない									
	在宅療養支援診療所の届出		有		無		メールアドレス		□□□ @ △△△. ××. jp					
医師が面談等対応可能な時間帯や外来受診付き添い等を 避けてほしい時間帯 (外来診療時間や往診時間をご記入ください)	8:00	月	火	水	木	金	土	医師との相談方法 希望の優先順位を ご記入ください。	直接 面談	往診 同席	外来 同席	電話	FAX	メール
	9:00	外来診療	外来診療	外来診療	△	外来診療	外来診療	5	4	3	2	1	6	
	10:00	外来診療	外来診療	外来診療	△	外来診療	外来診療	主治医の都合に合わせて 医療機関で開催する場合						
	11:00	外来診療	外来診療	外来診療	×	外来診療	外来診療	30分以内なら可能 15分以内なら可能 困難						
	12:00	外来診療	○	○	×	外来診療	外来診療	担当者会議 への医師の 参加						
	13:00	外来診療	○	○	×	外来診療	外来診療	30分以内なら可能 15分以内なら可能 困難						
	14:00	外来診療	往診	○	×	往診	往診	自院の待合室等を利用して開催の場合						
	15:00	外来診療	往診	○	×	往診	往診	人数 参加人数 (5) 人以内であれば可能						
	16:00	外来診療	外来診療	外来診療	×	外来診療	外来診療	ケアマネジャーへの要望(連絡時の注意事項等を含む)						
	17:00	外来診療	外来診療	外来診療	×	外来診療	外来診療	※月曜日の午前中の外来は非常に混雑しているため、外来同席や電話連絡は ご遠慮ください。						
	18:00	外来診療	外来診療	外来診療	×	外来診療	外来診療							
	19:00	外来診療	外来診療	外来診療	×	外来診療	外来診療							

◎:医師が対応可能な時間帯
△:医師が対応できる可能性がある時間帯
○:比較的、医師が対応可能な時間帯
×:対応が困難な時間帯

松戸市医師会 ケアマネタイム(2011年度)

訪問診療およびかかりつけ患者の臨時往診の対応可能な病院・医院

	医療機関名	院長名	電話・FAX	対応可能曜日・時間						対応方法(数字は優先順位)						担当者会議への参加			窓口対応者 (職種)	
					月	火	水	木	金	土	面談	電話	FAX	メール	往診時	外来時	医療機関	往診		可能人数
1			364-1681	午前	外来 (△)13:30~14:00	外来 (△)13:30~14:00	外来	外来 (△)13:30~14:00	外来 (△)13:30~14:00	外来	4	3	①		2	15分以内	困難	3人	事務	
			午後	外来	外来	往診(休診) (△)15:00~15:30	外来	外来	往診(休診) (△)15:00~15:30											
2			369-1248	午前	訪問診療 (△)13:00~14:00	訪問診療 (○)10:30~18:30	訪問診療 (○)10:30~18:30	訪問診療 (○)10:30~18:30	訪問診療 (○)10:30~18:30	休診	2	4		3	①	30分以内	30分以内	10人	MSW	
			369-1247	午後	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療											
3			309-7200	午前	(△)8:30~9:00 (○)9:00~9:30 往診	(△)8:30~9:00 (○)9:00~9:30 往診	(△)8:30~9:00 (○)9:00~9:30 往診	(△)8:30~9:00 (○)9:00~9:30 往診	(△)8:30~9:00 (○)9:00~9:30 往診	往診	4	2	①		3	30分以内	15分以内	10人	看護師	
			309-7211	午後	往診	往診	往診	往診/外来	往診	休診										
4			330-9911	午前	外来 (△)12:30~13:30	外来 (△)12:30~13:30	休診日	外来 (△)12:30~13:30	外来 (△)12:30~13:30	外来	①	6	2	3	4	5	困難	困難	5人	事務
			330-9912	午後	外来	外来		外来	休診											
5			391-1800	午前	外来	外来	外来	休診日	外来	外来 往診	5	3	2		①	4	困難	15分以内		事務
			391-1834	午後	往診	往診 (△)16:00~17:00	往診 (△)16:00~17:00		往診 (△)16:00~17:00	休診										
6			363-7658	午前	(◎)9:00~19:00	(◎)9:00~19:00	(◎)9:00~19:00	(◎)9:00~19:00	(◎)9:00~19:00	(◎)9:00~13:00	①	①	①			困難	15分以内			
			363-7689	午後						休診										
7			342-1069	午前	外来	外来	外来	休診日	外来	外来	5	4	3	2	①	6	15分以内	15分以内		看護師
			343-4300	午後	(◎)13:00~15:00 外来	訪問診療	(◎)13:00~15:00 外来		(◎)13:00~15:00 外来	休診										
8			341-1368	午前	外来	外来	外来	外来	外来	外来	6	4	2	3	5	①	15分以内	15分以内		
			344-2738	午後	往診 外来	往診 外来	往診 外来	往診 外来	往診 外来	休診										
9			387-2377	午前	外来	外来	外来	休診日	外来	外来	2	①	3		5	4	困難	困難	2人	看護師・事務
			385-3752	午後	(○)14:00~16:30	(○)14:00~16:30	(○)14:00~16:30		(○)14:00~16:30	休診										

医師のみならず、医療機関の従事者(看護師・事務員等)が医療・介護連携推進の協力者になりうる

訪問看護ステーション活動状況アンケート(2014年度)

訪問看護に従事している看護師の人数: 7名 , <常勤 5名、非常勤 2名(常勤換算 0.5名)> (2016年9月末時点)					
専門看護師 いる(名、専門分野) : ☒ いない			認定看護師 いる(名、専門分野) : ☒ いない		
24時間連絡体制加算の届出 あり(方法: 携帯電話に直接連絡・転送電話で対応・その他) : ☒ なし					
24時間対応体制加算の届出 ☒ あり : なし			機能強化型の届け出 あり(機能強化型 1・2) : ☒ なし		
休日の訪問体制について 土日・祝祭日の訪問 ☒ あり 定期・臨時・その他 ☒ 土曜日は定例訪問あり ☒ 対応件数に限りあり ☒ 日・祭日は臨時対応のみ ☒ : なし					
訪問で対応可能な 病状分類		◎: 複雑なケースにも対応できる		○: 通常のケースには対応できる	
		△: ケースによっては対応可能		×: 対応できない	
		がん	腫瘍	小児	精神科
		○	○	○	×
看護師以外の 職員数 (2016年9月末時点)	PT	OT	ST	ケアマネ	その他
	0名	0名	0名	1名	2名
担当患者数 (訪問看護 2016年4月末時点)		56名			
担当患者数 (訪問リハ 2016年9月末時点)		0名			
在宅増取り実績 (2016年1月～9月末)		14名			
ケア・モデルケア加算決定実績 (2016年1月～9月末)		14名			
STの特徴					
●利用者様が安心して在宅で、その人らしく、療養生活を送ることができるよう支援します。 ●居宅介護支援事業所を併設しています。					
移動手段	車・自転車・徒歩				
交通費規定	ステーションからの距離によります。				

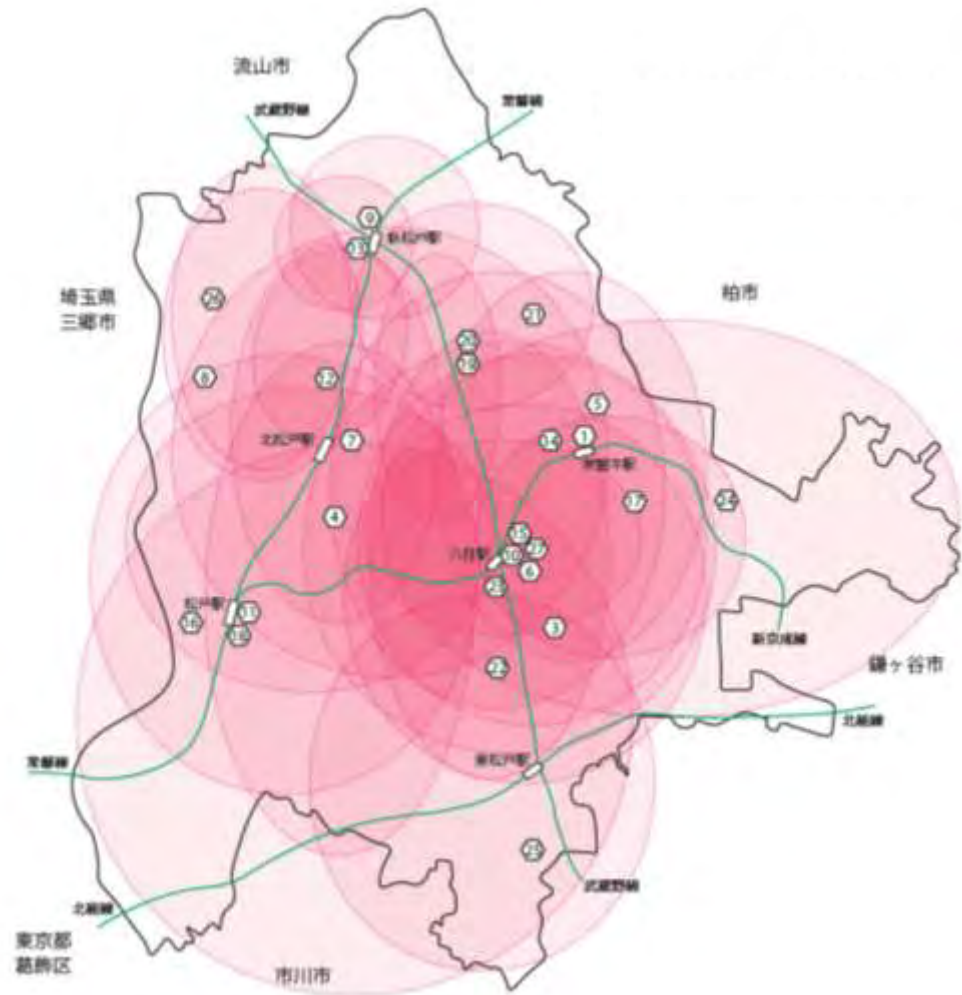
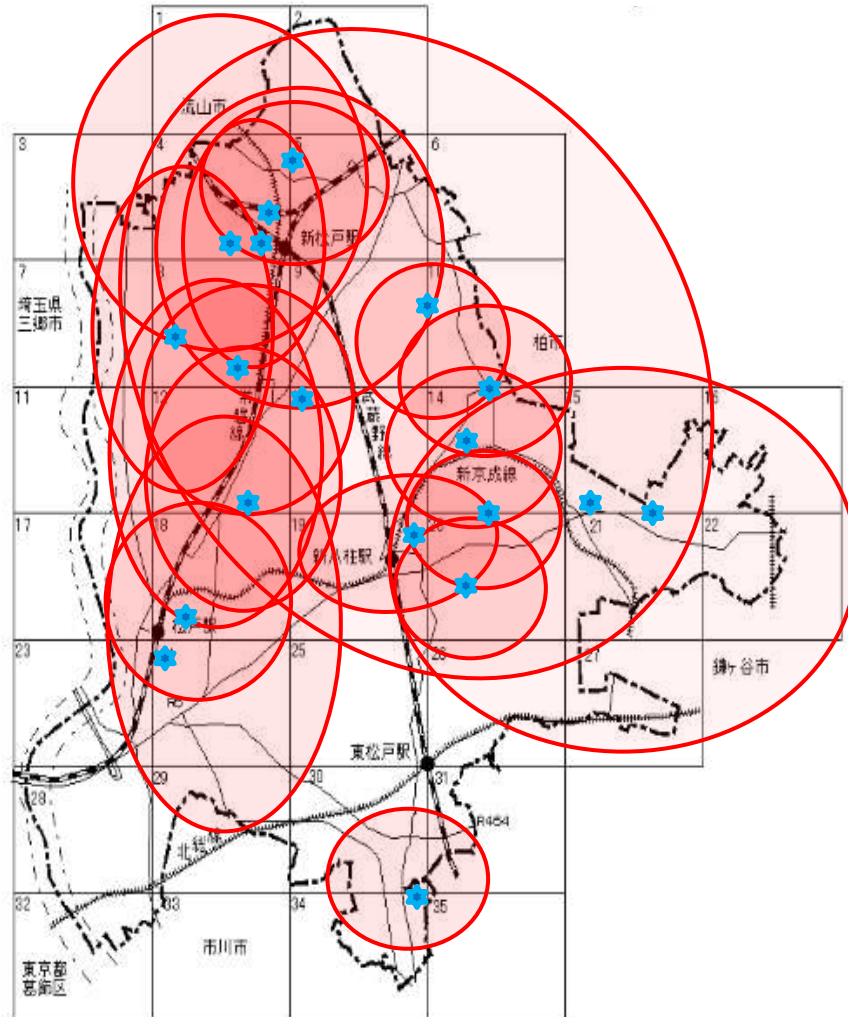
訪問対応エリア(下記の地図を○で囲んで下さい。)

訪問看護ステーションの最優先対応エリアマップ

2014年度時点



2016年度時点



“在宅医掘り起こし作戦”

在宅医療未着手の開業医10名のインタビュー調査(2016年度)

◎診療体制整備・報酬請求事務関係

- ✓ 保険請求等の制度が複雑なのでとっつきにくい
- ✓ 介護保険制度についての知識がない
- ✓ 在宅医療を始めるための準備に手間がかかりそう
- ✓ 検査機器がないところで診断することは難しい

◎多職種連携関係

- ✓ 自院に訪問診療に同行してくれる看護師がいないので心細い
- ✓ 急病の知らせがあっても、外来診療中にすぐには往診できない
- ✓ 慣れない疾患をみることへの不安がある
- ✓ 専門外の病気の方の最期を決めてしまうことにためらいがある

◎夜間などの緊急時対応関係

- ✓ 夜間緊急時にすぐ駆けつけられるとは正直限らない
- ✓ 急な往診があると思うと、アルコールを飲めなくなるのでは…
- ✓ 必要なときに入院できる病院がみつからないのではないかと

松戸市医師会かかりつけ医医療機関ハンドブック(2017年版)

松戸市医師会 かかりつけ医医療機関 ハンドブック

2017年版
松戸市医師会

A-3	わざクリニック	松戸市西馬橋幸町 13 早稲田ビル 2F	TEL 047-309-1177	
		(休)水日祝	内 小	
担当している患者さんの主な状態(特に力を入れているものは太字) ■高血圧 ■糖尿病 ■脳卒中 ■心疾患 ■肺気腫・喘息 ■胃腸の病気 ■肝疾患 ■腰痛・関節症 ■うつ・不眠 ■小児 ■更年期 ■がん ■認知症 □その他()			在宅療養 支援診療所	訪問診療 往診
			○	24 時間 対応可
【ひとこと】 老人から子供まで幅広い年齢層の方々を対象にしたクリニックです。かかりつけ医として身体的、精神的、社会的領域まで総合的に診療したいと考えています。往診、訪問診療も日頃診療している患者さん中心に実施します。				

A. 馬橋西地区 B. 新松戸地区 C. 小金地区 D. 小金原地区



松戸市医師会医療機関ハンドブック(2020年版)

診療科は松戸市医師会
会員名簿から引用します。

関東信越厚生支局届出状
況の情報から引用し、該
当する場合は、在宅療養
支援診療所と表記します。

住所・TEL・FAX番号は松戸
市医師会会員名簿から引
用します。

医師会ホームページアドレス
もしくは、ご回答いただいた貴
院のホームページアドレスを
QRコード化し掲載します。

Q2で~~1~~した担当している患者さん
の主な状態は■で表示、特に力を入
れているものは更にアンダーラ
インも表示します。

院長からのメッセージには、診療
の特徴、専門領域機能、設備、理
念やPRポイントなどをご記載くださ
い。

診療以外の活動には、学会認定
資格や、医師会推薦委員の他、○
○大学臨床教授など公的なお立
場などをご記載ください。

G-5 ○○医院
消化器内・外 在宅療養支援診療所 TEL 047-367-○○○ FAX 047-367-○○○

〒271-0065 松戸市○○2-○○-3

【担当している患者さんの主な状態】※特に力を入れているものは太字

■高血圧 ■糖尿病 ■脂質異常症 ■脳卒中後遺症 ■心疾患 ■がん
 ■肺気腫・喘息 ■胃腸の病気 ■肝疾患 □慢性腎臓病 □神経難病
 ■腰痛・関節症 ■うつ・不眠 □小児 ■更年期 ■認知症
 ■その他（甲状腺など内分泌疾患）

【院長からのメッセージ】消化器疾患を中心に、かかりつけ医として内科系疾
患全般に対応しています。また、外来の外科的処置も行います。
内視鏡・エコー検査や漢方治療等の専門医療も積極的に行っています。

▲【診療以外の活動】消化器内視鏡専門医、学校医、警察嘱託医、○○大学臨床教授

臨時往診	☒	24時間対応	☒
訪問診療(自院)	☒	訪問診療(紹介)	☐

【訪問診療で対応可能な状態・管理等】

■脳血管疾患 ■認知症
 ■整形外科疾患 ■内部臓器障害
 ■悪性腫瘍 □神経難病
 □医療的ケア児 □精神疾患合併
 □胃ろう管理 □中心静脈栄養管理

Q3の【5】で~~1~~した訪問診療として
対応が可能な疾患や状態、管理
等は、■で表示します。

Q3の【1】臨時往診について、以下の通り表記します。

- * 原則として柔軟に対応している(依頼があった場合の8割以上で往診している) = 「◎」
- * 対応できる場合とできない場合がある(忙しさ等の事情により) = 「○」
- * 対応できないことが多い(往診しているのは2割以下) = 「△」
- * 往診は行わない方針としている = 「－」

Q3の【2】訪問診療患者の24時間対応について、以下の通り表記します。

- * 訪問診療患者には、必要に応じて緊急往診などの24時間対応を行っている = 「◎」
- * 24時間対応を行っている患者と、行っていない患者がいる = 「△」
- * 24時間対応は行っていない = 「－」

Q3の【3】訪問診療について、以下の通り表記します。

- * 原則として引き続き主治医として訪問診療を担当する(依頼があった場合の8割以上) = 「◎」
- * 対応できる場合とできない場合がある(忙しさ等の事情により) = 「○」
- * 対応できないことが多い(担当しているのは2割以下) = 「△」
- * 訪問診療は行わない方針としている = 「－」

Q3の【4】かかりつけではない患者の訪問診療について、以下の通り表記します。

- * できるだけ訪問診療を担当する(依頼があった場合の8割以上) = 「◎」
- * 対応できる場合とできない場合がある(忙しさ等の事情により) = 「○」
- * 対応できないことが多い(担当しているのは2割以下) = 「△」
- * 訪問診療は行わない方針としている = 「－」

松戸市医師会医療機関ハンドブック（2025年版）かかりつけ医編

G-1 ○○クリニック

内 循

在宅療養支援療所 時間外1

〒271-0065 松戸市○○2-○-3

TEL 047-367-○○○○ FAX 047-367-○○○○



【担当している患者さんの主な状態】

☒ 高血圧 ☒ 糖尿病 ☒ 脂質異常症 ☒ 脳卒中後遺症 ☒ 心疾患 ☒ がん
☒ 肺気腫・喘息 ☒ 肝疾患 ☒ 胃腸の病気 ☐ 慢性腎臓病 ☒ 腰痛・関節症
☒ うつ・不眠 ☒ 認知症 ☒ 神経難病 ☒ 更年期治療 ☐ 乳幼児の診療
☐ 学童の診療 ☐ 発達障害の診療 ☐ その他()

【外来診療の周辺機能】

☒ 各種ワクチン接種 ☒ 各種検診 ☒ 発熱患者対応 ☒ オンライン診療対応
☐ 外来リハビリテーションの実施 ☐ 外来栄養食事指導の実施
☐ 歯科医療機関への患者紹介 ☐ 地域情報連携のICT活用
☐ その他()

臨時往診 ☒ 24時間対応 ☒

訪問診療(自院) ☒ 訪問診療(紹介) ☒

【訪問診療で対応可能な状態・管理等】

☒ 脳血管疾患 ☒ 認知症 ☒ 老衰
☒ 整形外科疾患 ☒ 内部臓器障害
☒ 悪性腫瘍末期 ☒ 神経難病
☐ 医療的ケア児 ☐ 精神疾患合併
☒ 胃ろう管理 ☒ 中心静脈栄養管理
☒ 気管切開管理 ☒ 人工呼吸器管理
☒ 看取り ☒ 緩和ケア

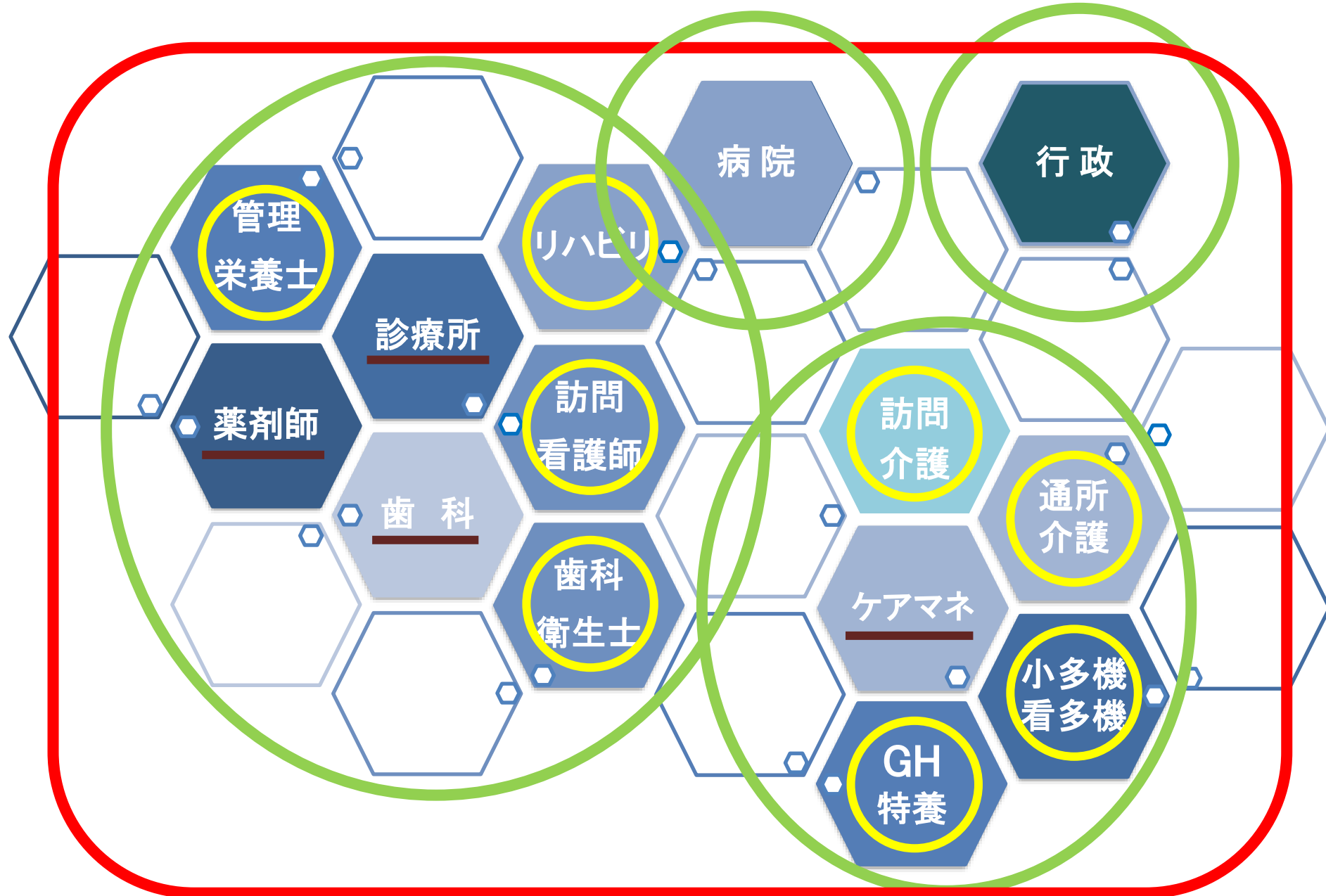
【医療機関や他機関との連携】

☒ 訪問看護の指示 ☒ 自院からの訪問看護の実施 ☒ 訪問薬剤管理指導等の指示 ☒ 訪問リハビリテーションの指示
☒ 自院からのリハビリテーションの実施 ☒ 栄養食事指導等の指示 ☒ 介護に関する相談者の配置
☒ サービス担当者会議への出席、ケアプラン等への助言 ☒ その他()

【院長からのメッセージ】 在宅訪問診療専門のクリニックです。脳卒中、がん、認知症、廃用症候群などで通院不可能な方を診ています。患者さんと介護者さんが安心して生活できるようにスタッフ一同努力して参ります。お気軽にお問い合わせ下さい。

【地域に根ざした活動、専門医・認定医等】 介護認定審査会委員、地域ケア会議委員、地域サポート医、松戸市認知症研究会委員

専門職能団体や事業者団体の設立や関係性の強化



本日の内容

1. 地域資源の把握
2. 情報共有の支援
3. 相談支援と地域課題の抽出
4. 研修や普及啓発
5. まとめ 人生の軌道に基づき必要な支援をイメージする

在宅医と訪問看護との連携エチケット(2017年)

看護師が医師に望むこと

●守るべきこと。

- ・医療機器の導入や設定変更時(酸素など)は必ず連絡をする。
- ・看護師から求めがあれば、検査結果を提供する。
- ・点滴指示や重要な与薬(ピオイドなど)の指示は、原則として文書(できれば所定の書式)で行う。なお緊急時は例外だが、後で文書を出す。
- ・ご本人・ご家族の求めがないのに、現在のステーションに相談なく訪問看護ステーションを変更しない。

●できればしてほしいこと。

- ・訪問看護指示書にはできるだけ具体的な指示内容を書いてほしい。
- ・訪問看護指示書には、予測される急変・今後の病状予測なども記載してほしい。
- ・訪問看護指示書には、略語は少なくしてほしい。
- ・訪問診療における診療内容を定期的に看護師に伝えてほしい。
- ・緊急時の処置指示をあらかじめ決めておいてほしい。発熱時は〇〇など。
- ・病院では連携窓口を明確にしてほしい。
- ・病院から看護指示書のでている患者さんは、できれば二人主治医制にしてほしい。

医師が看護師に望むこと

●守るべきこと。

- ・状態変化時は訪問看護師が先に訪問する(特に外来診療時間など)。
- ・状態に変化があり、必要と思われたことは遅滞なく医師に連絡する。

●できればしてほしいこと。

- ・ファーストコールは訪問看護師に受けてほしい(一人医師体制が多い現状を考慮して)。
- ・退院時の初回往診にはできる限り同席してほしい。
- ・訪問看護報告書の内容は定期的に更新してほしい。
- ・サービス担当者会議に医師が参加できなかった時には、医師の代わりに医療面での代弁者として発言してほしい。

お互いに注意すること

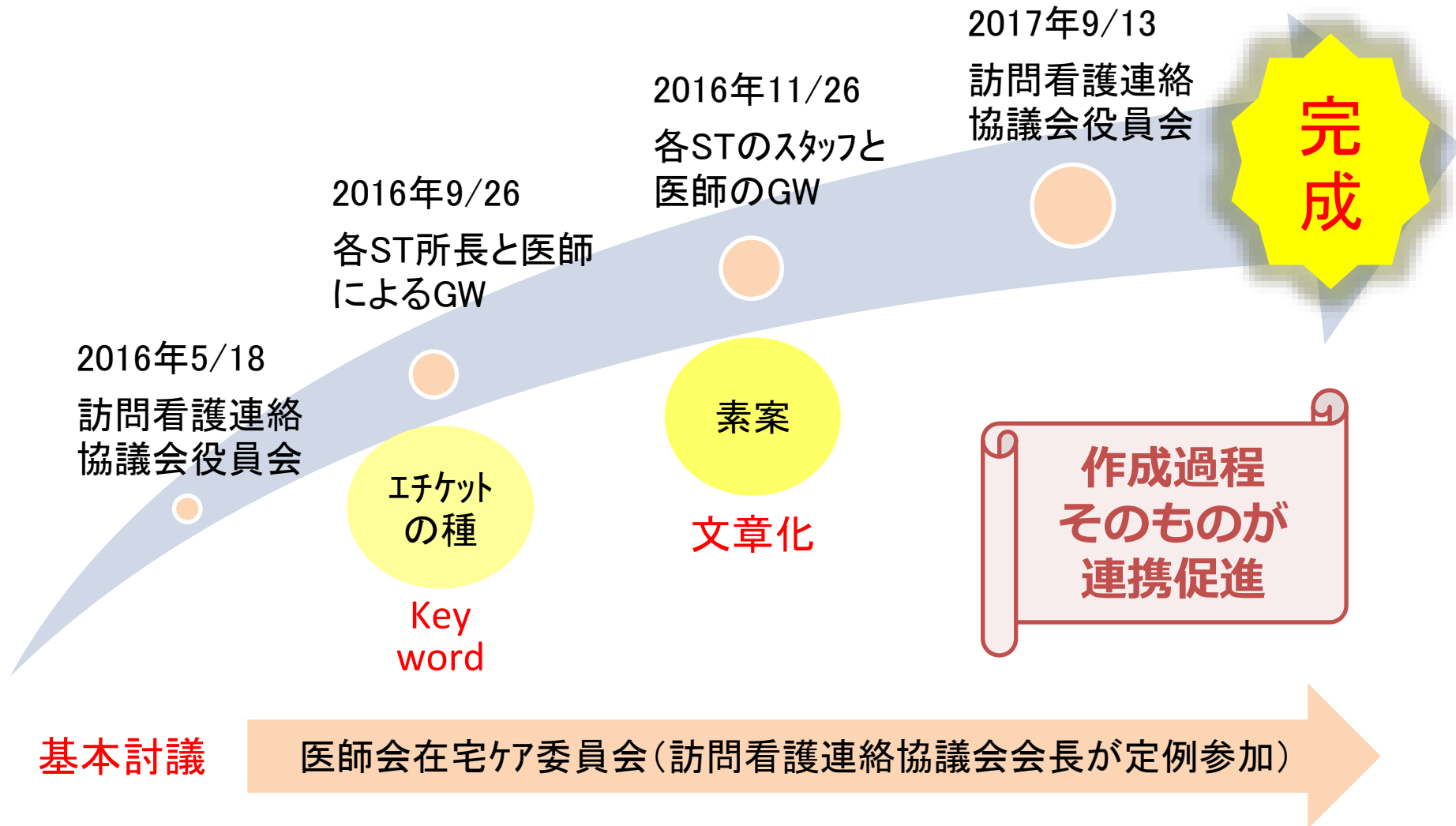
●守るべきこと。

- ・頭ごなしに怒らない。
- ・同時訪問する機会を設けるなど、お互いの連携機会をつくるように努力する。
- ・医師と看護師はお互いの関係性が良くなるように努める。

●できればしてほしいこと。

- ・連携シート・連絡ノートなどを活用し、お互いの訪問内容が分かりやすくなる工夫をしてほしい。
- ・病状のみでなく、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)に関する事柄と思われることも情報共有してほしい。

在宅医と訪問看護師の連携ルールづくり



医師会と訪問看護連絡協議会で検討を重ね、連携上のエチケット集を作成

※ 同様の手順を踏んで、ケアマネジャー・薬剤師とのエチケット集も作成

地域包括ケア体制構築に向けて：地域ICTの活用方針

“地域バーチャル病院”実現には基盤づくりや関係性強化が先決

- 地域ICTを導入する前に多職種・他事業所と共に汗をかく営みを経験することが成否を分ける

“共有する価値のある情報”を置いておく(電子カルテではない)

- 体重や転倒、行方不明など、観察・把握が容易でない情報を意図して共有する(タグの活用)

医師は各職種から出された質問にだけは返事をする

- 入力の負担をさけるため、自院のカルテに記載する内容は極力書き込まない

現在進行形としてのACPを通じて協同意思決定を実践する

- 聴取した「言葉」・エピソードや人生会議出席者を日頃から把握して記録・共有しておく意義

紹介受診・救急搬送にあたり、病院へ必要な情報を伝える

- 多疾病併存患者に適切に対応するために、電子カルテとは別端末で把握する

医療と介護の統合

生活情報に基づく状態変化の把握が
診断や対応方針の立案に役立つ

医療

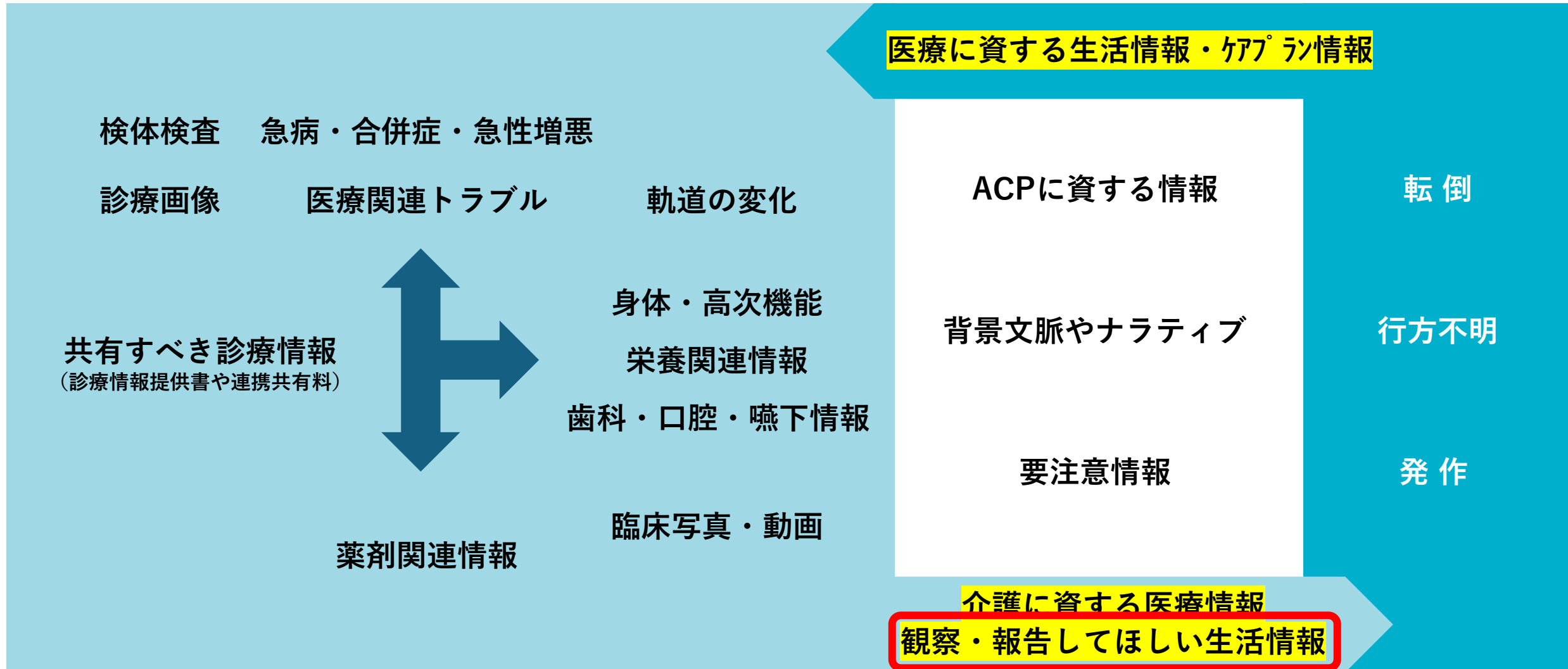
疾病の軌道

介護

生活の視点

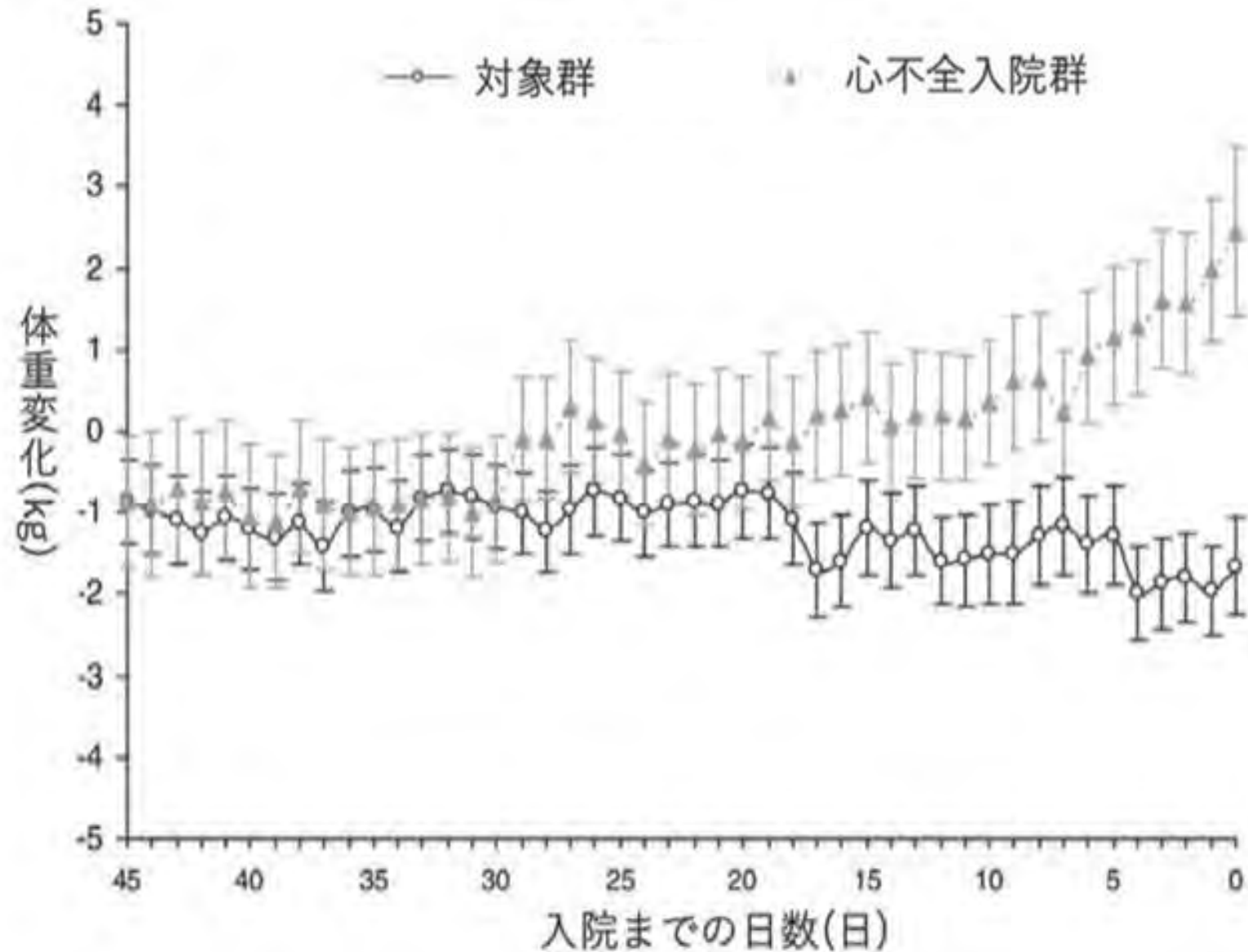
未来予測と意思決定の支援に基づき
生活や人生の方向性を定める

多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”



観察・報告してほしい生活情報：心不全急性増悪の予防

Chaudhry SI, et al. Patterns of weight change preceding hospitalization for heart failure. Circulation. 2007 Oct 2;116 (14) :1549-54.



観察・報告してほしい生活情報：心不全急性増悪の予防

80歳代女性。心臓弁膜症・慢性心不全、サルコペニア。心不全急性増悪入院。退院後から訪問診療が導入となった。

医師

件名：〇月〇日診療報告

排便時に力んだ際、呼吸苦・胸部違和感が生じたと娘様より報告がありました。心臓弁膜症のある方ですので、力むことが心負荷となって慢性心不全の急性増悪リスクとなりえます。下剤を調整し、便を緩めにコントロールしていく必要があります。

✓ 介護に資する医療情報（居宅療養管理指導等）

訪問看護師

ブリストルスケール4~5を目標として硬さをコントロールしていきます。以前便失禁をしたことがあるようで本人も娘様も最初嫌がりましたが、心不全急性増悪を防ぐためには重要であると説得しました。娘様に排泄日記をつけてもらうようお願いしましたが、通所介護での排便状況も把握したいです。通所介護で排便があった場合、量・ブリストルスケールに応じた便の硬さをバイタル表に記録していただくことは可能でしょうか？

✓ 観察・報告してほしい生活情報

通所介護事業所 介護職員

可能です。今週から対応します。

通所介護事業所 介護職員

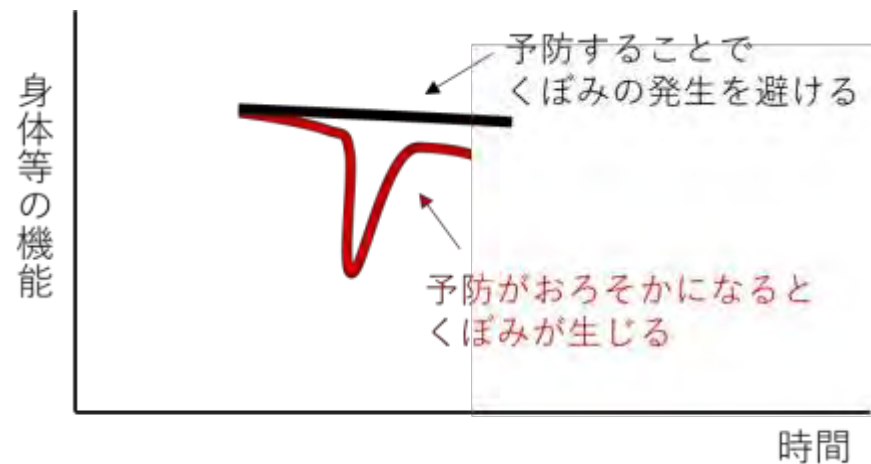
件名：〇月〇日デイ利用時

本日ブリストルスケール5の排便でしたが、便意を催して慌ててトイレに立った際にバランスを崩して転びそうになりました。ご本人は便失禁をかなり気にしています。

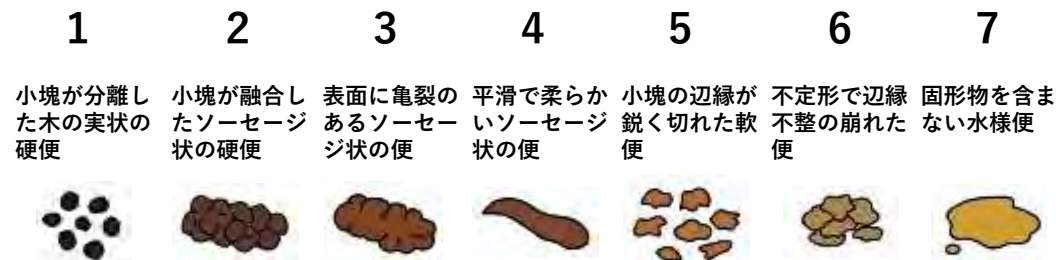
医師

便が緩いことで転倒・骨折リスクが増す恐れもあり、ブリストルスケール4くらいを目標にします。量・硬さ、力む様子がないか引き続き観察をお願いします。

✓ 観察・報告してほしい生活情報

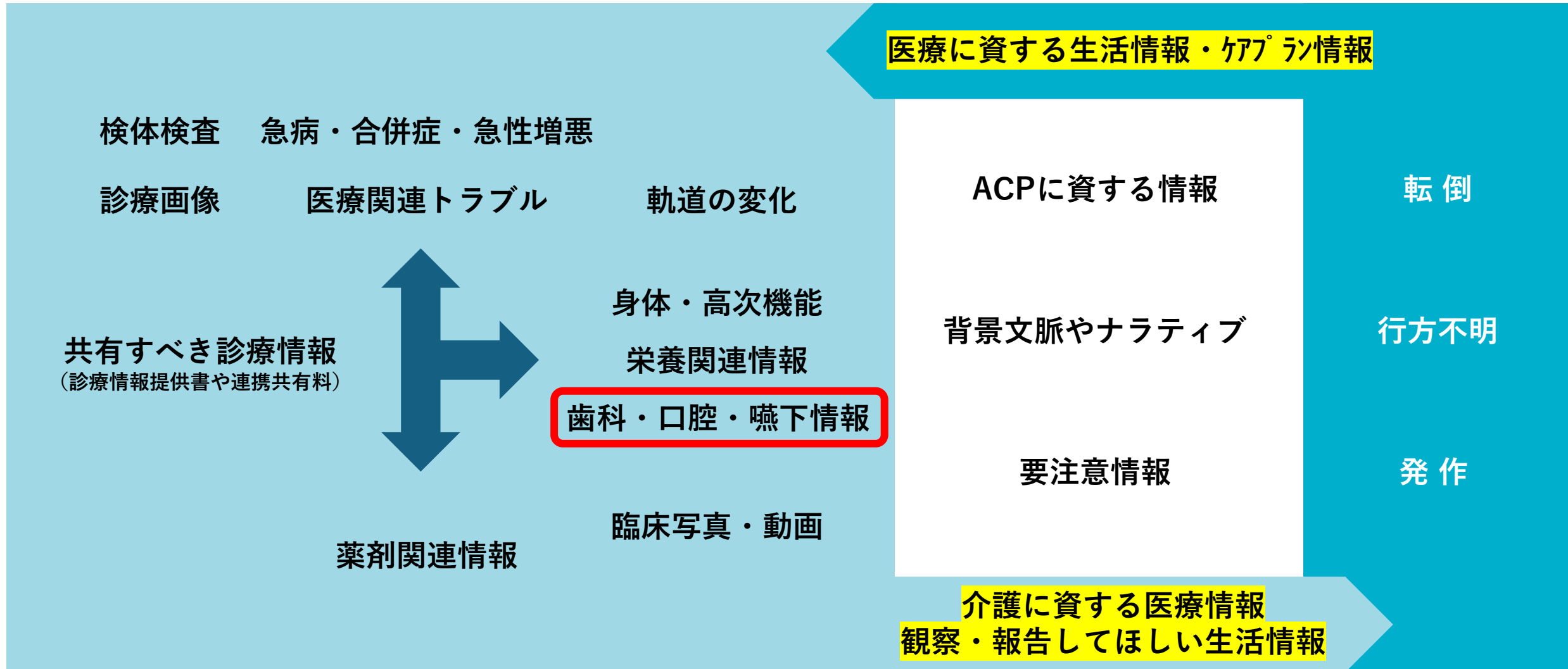


【ブリストル便形状スケール】



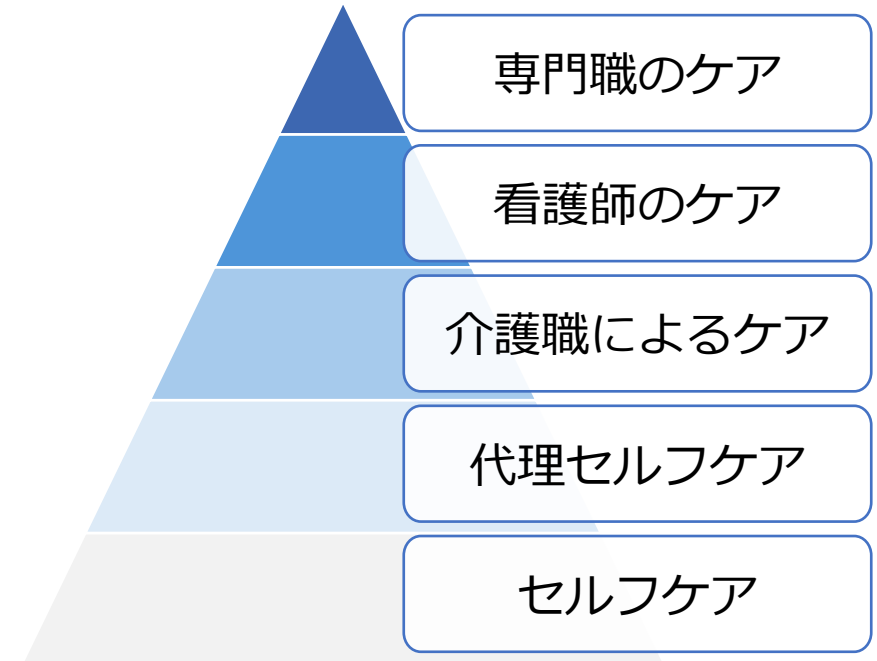
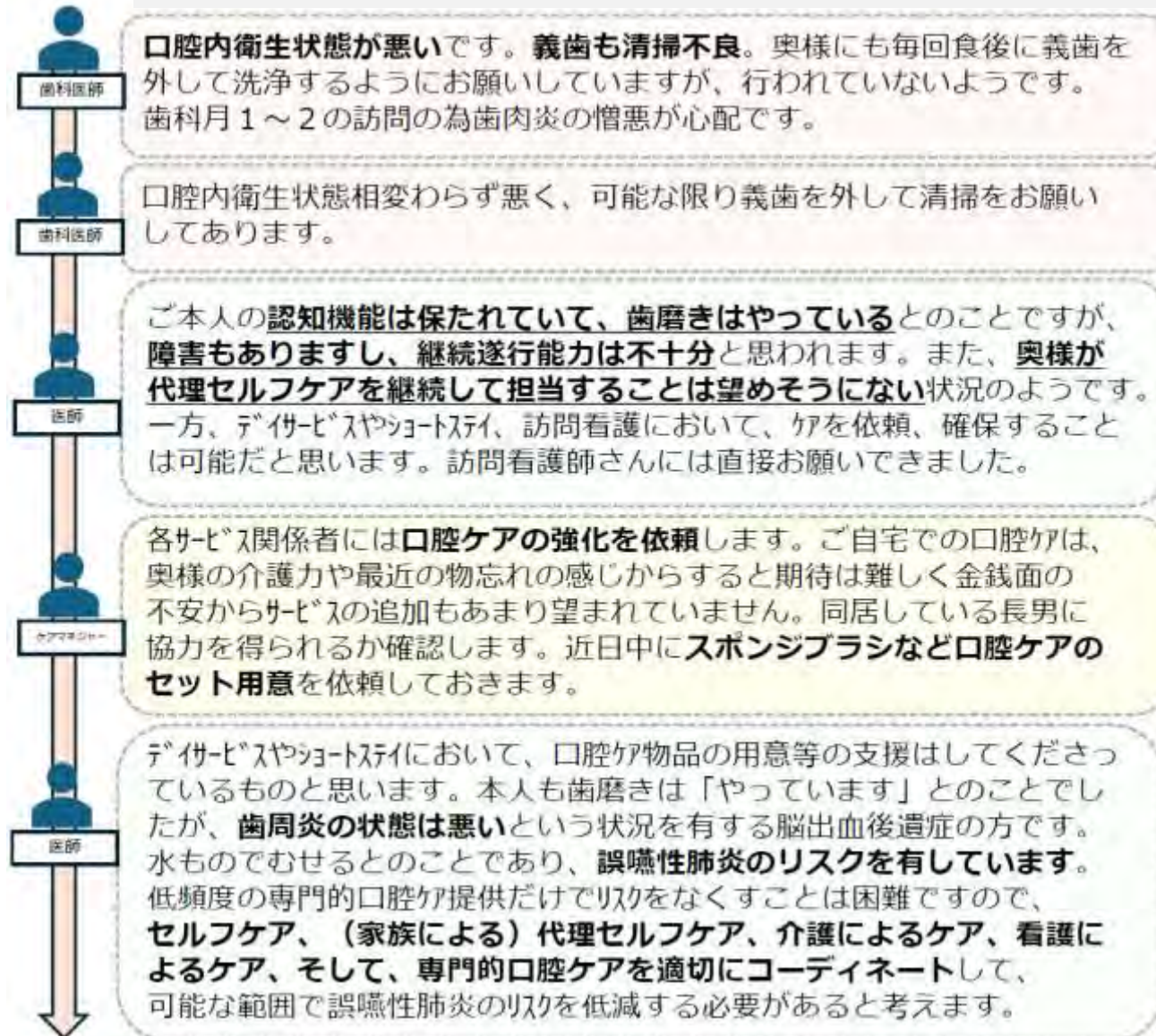
便通異常症診療ガイドライン2023 をもとに作成

多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”



治療ケア方針の統一：ケアマネジメントの層別化

70歳代男性。脳梗塞後遺症。要介護3。車椅子座位が中心の生活。



【ケアマネジメントの層別化】

ケアを構成する要素を層別化すると、図のように示すことができる。セルフケアや代理セルフケアでどの程度ケアを確保できているかを評価した上で、不足する部分について、介護職によるケア、看護師によるケア、専門的ケア等を適切に組み合わせたケア体制の確保を目指す必要がある。

2か月後に歯科医師から「改善」との評価あり

本日の内容

1. 地域資源の把握
2. 情報共有の支援
3. **相談支援と地域課題の抽出**
4. 研修や普及啓発
5. **まとめ** 人生の軌道に基づき必要な支援をイメージする

神経難病患者の生活を踏まえた医療とその包括的支援

Q 担当ケアマネジャーからの相談

76歳男性、要支援2で週1回デイサービスを利用中。パーキンソン病で市外A大学病院神経内科に月1回通院中です。電車での通院が負担になりつつあり、本人が入院でのリハビリを希望しています。対応可能な医療機関が市内にあるでしょうか。

A 松戸市在宅医療・介護連携支援センターからの助言

1) 生活に関する情報を主治医に伝え、医療における治療管理の方針を把握する

まずは入院リハビリの適応があるか主治医に相談したいところです。この際、できるだけ通院同行することを推奨します。生活のようすや困りごとなどを主治医に伝え、病態の判断や治療の方向性、管理指針等について聞くことは、ケアマネジャーの最も重要な役割である連携のハブ機能を果たすにあたり重要な情報だからです。

パーキンソン病患者であれば、生活の場での**移動**や身体活動の**実際**、**排泄**（便秘や頻尿・尿意切迫など）や**睡眠**（突発性睡眠やレム睡眠行動異常・むずむず足症候群など）の支障、**栄養の摂取や運動の機会・内容などの実際**、**認知機能の変化**（後期に認知症を合併することがある）等について、診察室で現認・把握できるとは限らない情報をケアマネジャーから得ることができれば、診療の質向上に寄与できる可能性があります。

受診同行すると追加の質問など双方向のやり取りができますが、病院が遠方で同行が困難な場合には、地域連携室に連絡して相談員経由で主治医に必要な情報を伝えること、主治医の判断を聞くことに取り組んでみてください。

2) 主治医機能を考える

内服調整など専門治療の余地が狭まり生活面での支援がより重要になるなら生活圏内の医療機関との**二人主治医制**が、近医への通院も早晚難しくなるなら**在宅医への主治医交代**について、検討してもらいましょう。

3) 適切なケアプランを考える

「リハビリを行いたい」との希望の背景にどんな意図があるのでしょうか。原病以外に廃用による軌道の傾きを最小限にしたいと考えれば、短期集中的なりハビリ入院の調整一択ではなく、通所をデイケアに変更する、地域資源の紹介等を含めた運動機会の習慣化、それに見合った栄養摂取の指導など、できることに取り組みましょう。

相談支援事例からの地域課題抽出の例(全世代)

地域包括支援センター

認知症の祖母の介護のため、孫が高校に行っていないようだと言った近隣住民から相談があった

ヤングケアラーであることを学校は把握していなかった

卒業に向けての支援、祖母の施設入所、生活保護申請支援

ケアマネジャー

65歳になる障害者を担当したが、自立支援観点に基づく介護サービスの利用推奨に苦慮した

セルフプランとなっている障害者についてアセスメントが不足している

65歳到達を見据えてCMがより早期から該当者に関わるべき

病院MSW

30代男性脳腫瘍末期の方が在宅療養を希望しているが、課題が山積している

地域生活支援事業の紹介、第2子の保育所入所、国民健康保険料の減免申請などの側方支援を行った

地域包括支援センター

55歳時に物忘れのため複数の医療機関を受診したが診断が遅れ、退職を余儀なくされた

鑑別診断が難しい若年性認知症の経験蓄積を認知症疾患医療センターに誘導していく意義

診断後、早期に制度や支援につなぐ司令塔機能が不可欠

基幹相談支援センター

長年引きこもりの40代、生活が破綻しライフライン停止にもかかわらず、支援を拒否していると相談

医師アウトリーチによる医療へのつなぎ、弁護士の助言も得て成年後見申立、生活保護申請、障害福祉サービス利用等の支援を行った

スクールソーシャルワーカー

不登校、高度肥満の児童について、医療的視点から助言がほしい

医師アウトリーチで高度肥満は単純性肥満ではなく内分泌疾患も否定できないと診立て、専門科受診につないだ

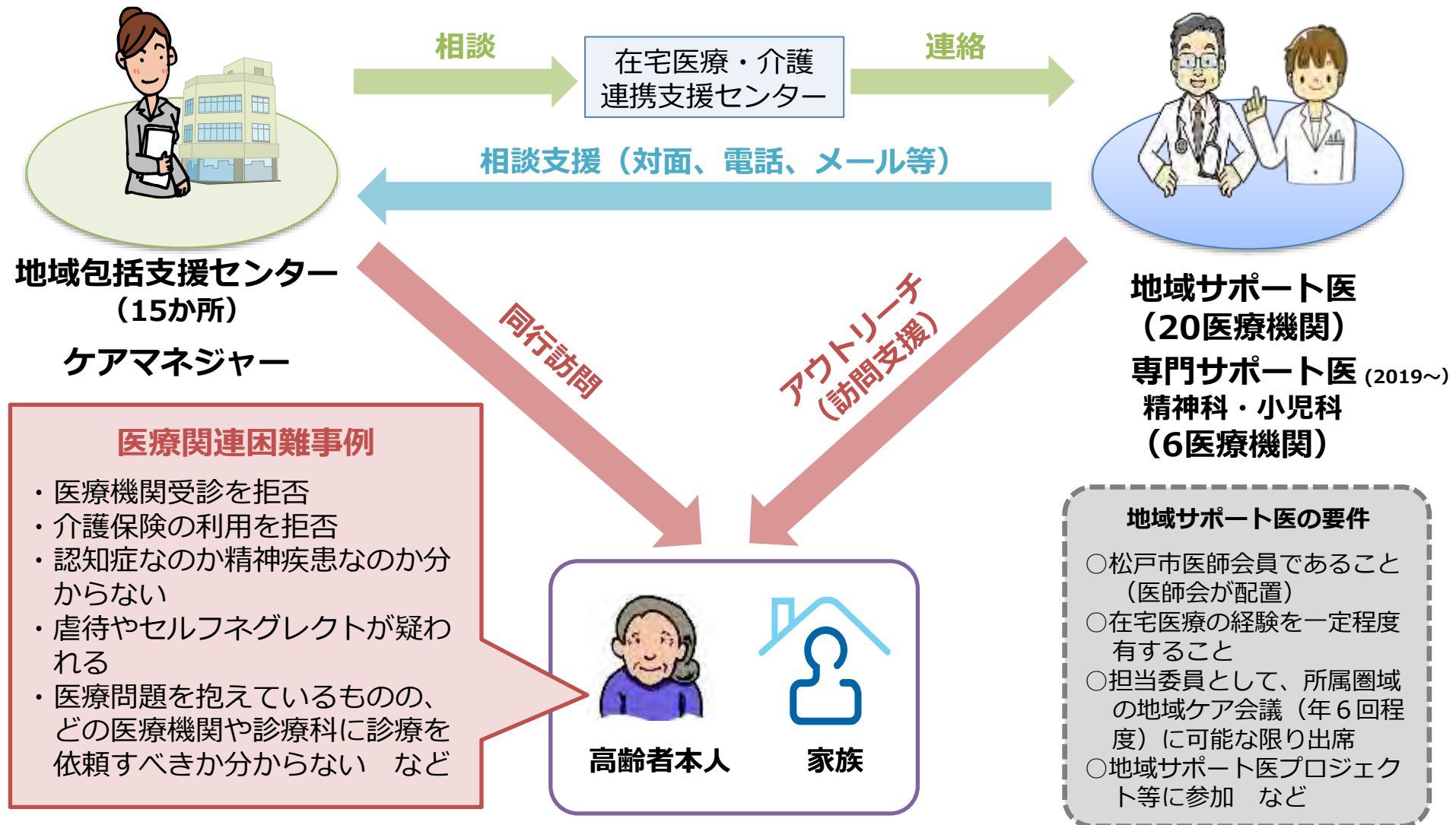
不登校児童生徒の中に医療の介入が必要な児や生徒がいる

地域ケア会議において検討された事例の分析(2015年度～)

事例	地域要素				家族要素		本人要素			本人要素（医療関係）			
	見守り不在	地縁の欠如	ゴミ出し問題	その他	世帯の困難	その他	助けを求める力の欠如	認知症	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	精神疾患	その他疾病
A					独居		サービス利用拒否	疑い		○			
B						家族要介護者				○		○	
C					独居			疑い		○			
D		○			独居		ゴミ屋敷						
E		○			実態独居					○	○		がん
F	○			マンションセキュリティ	独居		サービス利用拒否	○		○			
G					日中独居	家族不干涉		○	危険運転				アルコール
H		○					サービス利用拒否	○		○			
I	○			個人情報	日中独居			○	買い物				
J		○		個人情報	独居			○	徘徊				
K	○				認認世帯	家族関与拒否							
L	○		○		独居			○		○	服薬困難		
M					独居	家族不干涉	サービス利用拒否	疑い		○			
N						家族障害者							脳疾患
O		○								不信感		○	

地域ケア会議の困難事例は、独居・認知症のほか、地縁の欠如、家族の課題（障害など）、助けを求める力の欠如（サービス利用拒否など）、医療連携（かかりつけ医不在など）といった複合化した課題を抱えている。このため、地域包括支援センターは、医療・介護関係の多職種や地域関係者との連携に基づき、支援を要する事例について、早期対応を図っていくことが重要。

地域サポート医による医師アウトリーチ(2016年度～)



医師が大まかなみたてを示すことで介護・福祉など関係者が介入する方向が定まる

本日の内容

1. 地域資源の把握
2. 情報共有の支援
3. 相談支援と地域課題の抽出
4. 研修や普及啓発
5. まとめ 人生の軌道に基づき必要な支援をイメージする

かかりつけ医と地域包括支援センターの連携推進のための

地域包括支援センター利用ことはじめ研修会 ～社会的処方を実践する一歩として～

地域包括支援センターは、地域を一つの病院と捉えると、かかりつけ医が日常診療で遭遇する困り事を相談できる、**医療福祉相談室、地域連携室の機能を有する**公的機関です。

受診や服薬などが継続できない患者、生活状況が心配だが把握できない患者などへの社会的処方を実践する第一歩として、地域包括支援センターの利用をご提案します。

地域包括支援センターの機能や実際の活動の紹介、かかりつけ医が地域包括支援センターと協働した事例検討などを予定しています。

**ご多忙中と存じますが、
是非、ご参加ください。**

開催
日時

2023年

12/14 (土)
19時～21時

申込

※抽選、申込者
アンケートに
応じています

お申し込み

日常診療で遭遇することへの支援例

＜日常診療で遭遇すること＞

- Case1 **尿臭があり、介護保険サービスの利用を進めるが理解が進まない**
- Case2 **家族に叩かれたり、いじめられていると訴える**
- Case3 **認知機能の低下で、金銭管理ができず医療費の支払いが滞っている**
- Case4 **独居で連絡がつかず、倒れている可能性がある**
- Case5 **足腰が弱っており、閉じこもりがちで心配**

＜地域包括支援センターの支援例＞

- ご本人と相談し、家族に連絡したり、介護保険の申請に向けて支援します。
- 事実確認をし、高齢者の安全の確保と家族支援を目的とし介護保険サービスの調整等を行います。
- 認知機能の低下の程度等をもとに、後見人申し立て支援等を行います。
- 訪問して、安否を確認します。民生委員さん等に状況を確認したり、ポストに溜まった郵便物の状況等を踏まえ、警察に安否確認をお願いすることもあります。
- 地域包括支援センターが行っている介護予防教室にお誘いしたり、市民センター等で行っているサークル等をご紹介します。

医療との“上手”なつきあい方 (介護支援専門員向け講義より)

医療情報を適切に入手して活用する

- 診療情報提供書／処方歴／「木を見て森を見ず」を避ける(複数病名のうちどれが重要か)

医師ごとの個性やスタンス、事情等を踏まえてお付き合いする

- 担当医の週間予定・窓口担当者の氏名 / 好みの連絡手段・“嫌いなこと”

居宅療養管理指導の要点を医師等から引き出す

- 通院時情報連携のすすめ／質問する勇気と“質問力”／看護師や薬剤師を味方に

現在受診している医師がいつまで、どこまで担当してくれるのか

- 専門外の問題発生時・“守備範囲”／入院必要時／在宅医療実践や24時間対応体制

医師の世界の“仁義”やつきあい方を知っておく

- 医師の“得意・不得意”／医療機関間の関係性／CM主導による主治医変更はご法度

医療現場の機微や時間経過の感覚を踏まえた対応

- 曜日や時間帯を考慮したモニタリング／対医師対応を担う医師を味方につける

地域住民への普及啓発

松戸市医師会・松戸市共催 講演会

健康マイレージ 5マイル付与

いのちと生活を支える在宅医療と介護 ～地域で暮らし続けるために～

医師・歯科医師・薬剤師・看護師

に聞いてみよう! 外来・在宅医療・介護Q&A

令和7年
3月22日
13:30~16:00
(開場12:45)

会場 松戸市民劇場 ホール
▶ 松戸市本町11-6

交通 松戸駅から徒歩5分
▶ 駐車場はありません

申込 申込みはWEBから
▶ 電話・FAXからの申込OK



第1部

▶基調講演1

あなたらしく生きるために:かかりつけ医と在宅医療の役割

千葉県医師会 理事 医師 田那村 彰 氏

▶基調講演2

医療と暮らしをつなぐ訪問看護

千葉県訪問看護ステーション協会 会長 看護師 山崎 潤子 氏

第2部:Q&A座談会

診察室では聞きにくいことや、日ごろちょっと気になる疑問・質問にお答えします。

座長	松戸市医師会	会長	川越 正平
パネリスト	松戸市歯科医師会	理事	杉浦 健純
	松戸市薬剤師会	理事	黒木 多美子
	松戸市訪問看護連絡協議会	副会長	沼田 ゆき江
	松戸市健康医療部	部長	大淵 俊介
	松戸市福祉長寿部	部長	松本 篤人
	松戸市医師会	理事	星野 大和



主催 公益社団法人千葉県医師会 TEL 047-701-7533

問い合わせ・申し込み先 松戸市在宅医療・介護連携支援センター FAX 047-701-7535

県民向け在宅医療講演会

いのちと生活を支える かかりつけ医と在宅医療

～地域で暮らし続けるために～



2026
3/20
金・祝日

時間 13:00~16:00(開場12:30)

会場 松戸市民劇場ホール
松戸市本町11-6

交通 松戸駅から徒歩5分
※駐車場はありません。

第1部 基調講演

松戸会場より中継

いのちと暮らしを支える応援団をもつ
～かかりつけ医、訪問看護師、専門職の活かし方～

かかりつけ医の立場から
松戸市医師会 星野 大和

訪問看護師の立場から
松戸市訪問看護連絡協議会 豊田 佐都子

第2部 パネルディスカッション

松戸会場にて

普段聞けない在宅医療・介護の疑問・質問に
医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護連絡協議会が答えます

座長	松戸市医師会	川越 正平		
パネリスト	松戸市歯科医師会	杉浦 健純	松戸市健康医療部	青砥 英一
	松戸市薬剤師会	秋元 義幸	松戸市福祉長寿部	川崎 由季子
	松戸市訪問看護連絡協議会	豊田 佐都子	松戸市医師会	星野 大和

松戸会場

現地参加 申込 申込みはWEBから(3/12締切) TEL申込もOK



【問合せ先】
松戸市在宅医療・介護連携支援センター
TEL: 047-701-7533
FAX: 047-701-7535

オンライン視聴 申込

会場に足を運ばない方も
ご視聴いただけます
(第2部は松戸会場の中継)

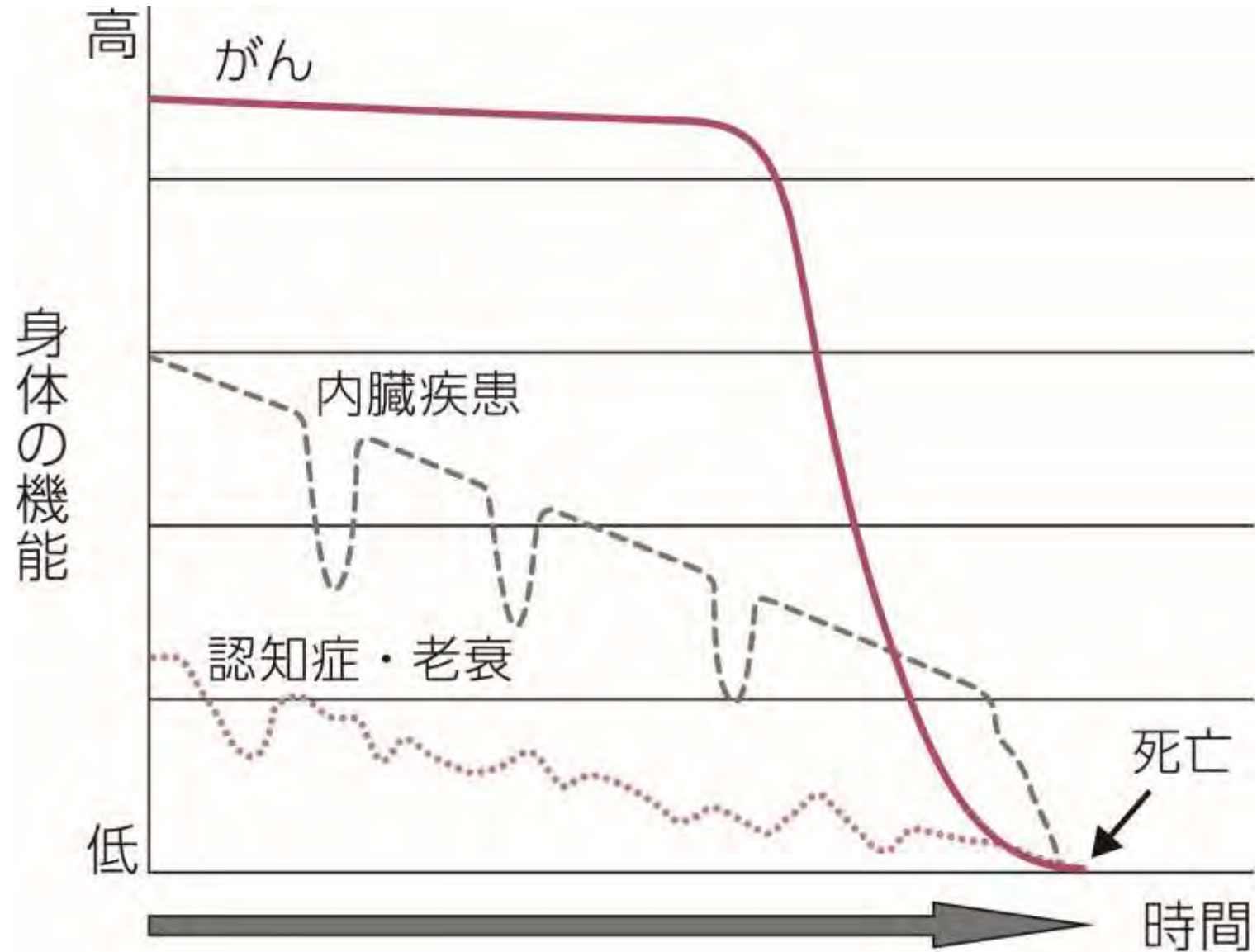


主催 千葉県医師会・松戸市医師会 共催 松戸市

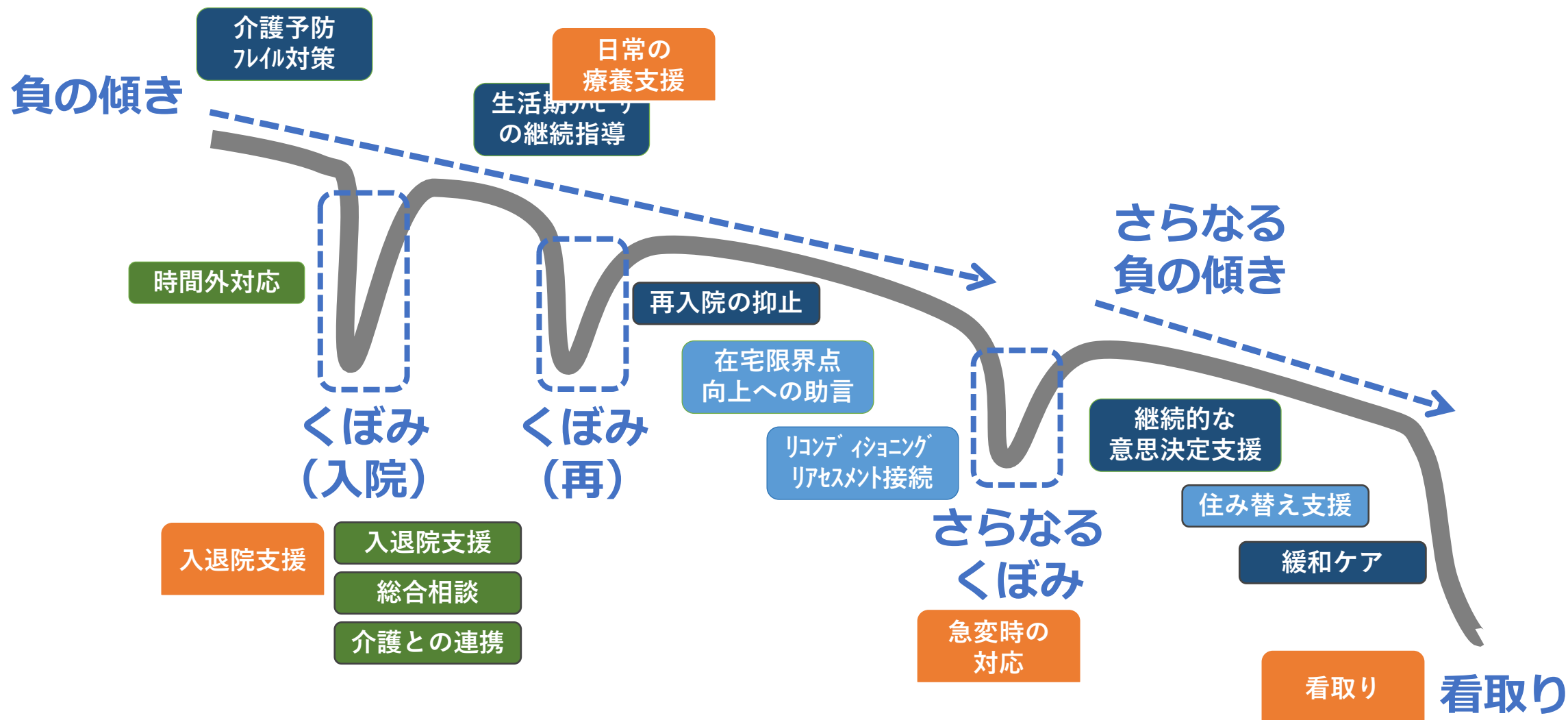
本日の内容

1. 地域資源の把握
2. 情報共有の支援
3. 相談支援と地域課題の抽出
4. 研修や普及啓発
5. **まとめ** 人生の軌道に基づき必要な支援をイメージする

疾病の軌道



人生の軌道に基づき必要な支援をイメージする



多岐にわたる支援に結びつけるためには、医療・介護・行政が連動して機能する必要がある
“地域の目指すべき姿”について検討を重ね、多領域・多機関の関係者が同じ方向を目指す

【 参考資料 】

機能強化型（連携型）在支診のカンファレンスへの参加推奨



- ・市内の機能強化型（連携型）在支診が月に一度行うカンファレンスに**医師会員が参加することを推奨**（2016年）
- ・歯科医師会にも周知を依頼して**歯科医師の参加を推奨**（2018年）

通所介護事業所ハンドブック(2022年度)

地区1-〇〇〇〇地区

〇-1

〇新松戸
馬場
小全

QR

事業所
種別 通常

事業所番号
00000000

〒271-0065 松戸市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL047-367-0000 FAX047-367-0000

松戸市内唯一法人の
併設サービス

特養、訪問介護

認定
事業 あり

【会員登録・加算算定情報等】

松戸市通所介護連絡協議会 会員 共生型通所サービス

入浴介助加算	I	生活機能向上連携加算	-
中重度ケア体制加算	-	個別機能訓練加算	I
認知症加算	-	ADL維持等加算	-
若年性認知症受入加算	-	栄養アセスメント加算	-
サービス提供体制強化加算	I	栄養改善加算	-
介護職員処遇改善加算	I	口腔栄養スクリーニング加算	-
介護職員等特定処遇改善加算	I	口腔機能向上加算	I
		科学的介護推進体制加算	あり

【事業所の営業内容】

定員(利用タイプ)	30名(1日利用型)	営業日:月・火・水・木・金・土
営業時間	9:30~16:45、9:30~13:30、13:30~16:40	延長:あり
その他	年末年始の休み等	

【サービス内容・設備】

食事の提供	食形態:一口大 療養食:極分別離 経管栄養対応:なし	食事ベッド あり:2台
	リハビリ 機器	マッサージ機能付きソファ マシンあり:〇台
	〇一般浴 〇湯浴 〇サウナ・サウナ	〇アナログ 〇デジタル

【通所介護利用者の地域分布】

★:事業所 ○:対応エリア

【担当している利用者の主な診断名・病態】

認知症 〇脳血管疾患 〇高齢による衰弱 〇骨折・転倒
〇関節疾患 〇心疾患 〇呼吸器疾患 〇悪性新生物 〇糖尿病
〇パーキンソン病 〇骨格損傷 〇視覚・聴覚障害 〇その他

入浴

〇特殊浴 〇リフト浴
〇その他()

体重計

〇車いす体重計
測定頻度:月1回以上

トイレ

〇男女共用トイレ 〇男女別トイレ
〇男性用便器 〇車いす用トイレ

段差

あり(玄関手すり)

時間

1日の流れ①

1日の流れ②

8:00 迎え

9:00 到着、バイタルチェック

10:00 入浴

11:00

12:00 食事、口腔ケア

13:00 体操、レクリエーション

14:00 おやつ

15:00

16:00 送り

17:00

【受け入れ可能な病態および状態】

慢性疾患末期 〇神経障害 〇精神疾患合併
〇嚥下吸引(口腔内) 〇嚥下吸引(気管内) 〇在宅酸素管理
〇気管切開管理 〇人工呼吸器管理 〇人工透析 〇血腫管理
〇インスリン投与見守り 〇経管栄養管理(嚥下) 〇経管栄養管理(経鼻)
〇中心静脈栄養管理 〇尿管 〇排便 〇ストマ管理
〇バルン留置 〇導尿 〇褥瘡の処置 〇その他()

【専門職の配置】

看護師	〇 理学療法士PT	柔道整復師
管理栄養士	作業療法士OT	あん摩マッサージ師
歯科衛生士	言語聴覚士ST	救急特別救急隊員

【レクリエーションの内容】

〇囲碁 〇将棋 〇麻雀
〇カラオケ 〇手芸・工作
〇買い物 〇塗り絵
〇映画鑑賞 〇園芸
〇その他()

【実費負担等】

食費	600円/食
おやつ類	おやつ・飲み物代 100円/日
おむつ類	紙おむつ 100円/枚 紙パンツ 100円/枚 パット 50円/枚
その他	指泊あり 一泊〇円 朝食〇円、夕食〇円

R3年11月給付管理対象者割合

利用者割合	8.4%	12.4%	15.2%	20.5%	17.2%	13.6%	12.8%
利用者割合	4%	6%	10%	15%	20%	25%	30%

男女比

男性32.1% 女性67.9%

65歳以上の割合

95%

【PR】

古民家を改装したデイサービスです。緑地でひなたぼっこができ、四季折々の花を楽しめます。畑で採れた野菜を献立に取り入れたり外食なども定期的に予定しています。また、マッサージ師が在籍しており、血行促進、リラクゼーションができます。延長対応もしています。ご見学いつでも歓迎しています。お気軽にご相談ください。



【併設サービス】特養、通所介護、短期入所生活介護

【主な日常生活圏域】常盤平・常盤平団地・小金原

【担当している利用者の主な診断名・病態】

■認知症 ■脳血管疾患 □高齢による衰弱 ■骨折・転倒 ■関節疾患
□心疾患 □呼吸器疾患 □悪性新生物 ■糖尿病 □パーキンソン病
□脊椎損傷 □視覚・聴覚障害 □その他

【特別な医療等を要する方の対応経験】

■悪性腫瘍末期 □神経難病 ■精神疾患合併 ■胃ろう等管理
□中心静脈栄養管理 □気管切開管理 □人工呼吸器管理 □その他
()

【会員登録・加算情報等】

松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会	会員	松戸市介護支援専門員協議会会員	3 / 5 名
松戸市医療・介護地域ICTシステム（バイタルリンク）登録			あり
生活保護指定	あり	障害サービス相談（居宅介護）	なし

2019年度の加算算定件数

ターミナルケア加算算定	なし	緊急時カンファ加算算定	なし
入院時情報連携加算算定	3 件	退院退所加算算定	2 0 件

【介護支援専門員経験年数分布】5名（常勤換算4.5）主任ケアマネ2名



【専門職としての活動歴】

松戸市介護支援専門員協議会役員、認知症初期集中支援チーム事例提供

【事業所の理念】

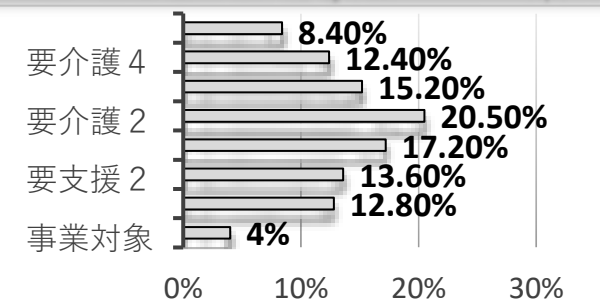
自立支援・公正中立な立場・より良い社会づくりへの貢献

【PR】

ご利用者様に寄り添いながら、住み慣れた地域で安心して暮らせるように支援いたします。お気軽にご相談ください。

【居宅在住利用者の地域分布図】

★事業所 ○対応可能エリア ○利用者居住最大エリア



認知症発症リスクの高い糖尿病患者に必要な支援

Q 担当ケアマネジャーから相談

独居の70歳代男性。糖尿病でA病院糖尿病内科に月1回通院しており、インスリンを1日4回自分で注射しています。週1回デイサービス、掃除目的に週1回のヘルパーを利用しています。最近、ヘルパーから「ゴミの分別ができなくなってきた」「訪問時は座椅子に座っていることが多くなった」と報告を受けました。認知症になったのでしょうか。もしそうなら、これからもインスリンを自分で注射し続けることができるのでしょうか。

A 松戸市在宅医療・介護連携支援センターからの助言

1) 受診に同行してA病院の担当医に自宅での生活状況を伝える

糖尿病管理に必要な生活状況、例えば、**食事**（回数や内容、量、間食の有無）、**体重の推移**、**身体活動レベル**（消費カロリーの推定）、**服薬や注射のアドヒアランス**について、患者自身が伝えられなければ担当医は適切な治療ができません。また認知機能についても評価が必要であり、**認知機能低下を疑うエピソード**も重要です。認知機能低下に伴い適切にインスリン注射できず、**低血糖**症状をきたしている可能性があります。また**症状を伴わない低血糖**状態の存在も否定できず、その度に脳への障害が積み重なっている危険性があります。

これらの情報を**現認**したりヘルパーから情報収集したりし、外来診察に同行して具体的に伝える支援が必要です。なお、**訪問看護**が入っていれば、血糖測定やインスリン注射、低血糖を疑う症状の評価について助言が得られます。

2) 疾病の軌道を予測し、地域のかかりつけ医と早期からつながっておく

糖尿病に罹患すると認知症の発症リスクが**約2倍**高まります。**認知症を発症し糖尿病管理上のリスクが高まってからではなく、特にインスリン治療中や独居**などであれば、認知症の診療経験のある地域のかかりつけ医と早期からつながり（**二人主治医制**）、認知症発症リスク※に生活面含めた指導、認知機能低下の兆候を把握、糖尿病専門医との連携を担ってもらいましょう。ケアプランの立案や家族支援についても助言を得ることができます。

※ 聴力低下、喫煙、うつ病や外傷性脳挫傷の既往、社会的孤立、運動不足

要介護状態に至っていないなら、**かかりつけ薬剤師**がリスクを評価し、かかりつけ医との橋渡しを担ってもらえると心強いです

若年性認知症 検討資料 (資料提供: ケアマネジャー)

◇事例概要: 55歳で、アルツハイマー型認知症の診断を受けた。産業保健師の支援も受けていたがやむなく 57 歳で退職に追い込まれた。制度の活用は家族が調べ手続きをし、介護保険サービスを利用しながら在宅生活が継続できている。

○病歴及び支援経過

年齢	イベント	支援経過	課題・ポイント
55 歳	A 病院神経内科受診 頭部 MRI 検査、長谷川式 心理検査、血液検査等	・職場の同僚が もの忘れ に気づき、 産業保健師 が受診勧奨した(医療機関一覧を渡した) ・ A 病院神経内科 を受診、HDS-R 21 点、頭部 MRI 検査異常なし ・会社への診断書: 抑うつ状態に伴う集中力の低下	就労: ・働き盛りに発症、余儀なく退職になった(就労継続困難と判断され退職に追い込まれる)
56 歳		・妻の勧めで 車の運転中止	・産業医(保健師)と医療機関との連携が必要
57 歳	B メンタルクリニック 障害福祉課窓口 C メンタルクリニック受診 D クリニック受診: 脳神経内科 頭部 MRI 検査	・産業保健師から再度受診勧奨され、自宅に近い B メンタルクリニック を受診、 長谷川式でアルツハイマー型認知症 と診断された ・B メンタルクリニックが閉院したため、障害福祉課で新たな受診先を相談したが、自立支援医療機関一覧を渡され家族が探すよう助言された ・認知症疾患医療センター、若年性認知症コールセンターに相談 ・ C メンタルクリニック 受診(デパケン、リスパダール処方)し、 自立支援医療申請 を行ったが、 精神保健福祉手帳の申請には至らなかった (申請ができることを知らなかった) ・C メンタルクリニックから D クリニック へ頭部 MRI 検査依頼 ・頭部 MRI 検査: 脳全体、特に側頭葉が萎縮 アルツハイマー病に特徴的な脳萎縮パターンではない ・日中落ち着かず 10 分毎に喫煙やトイレで離席し、戻ると毎回パソコンのパスワードを忘れるようになった ・早退することが多くなった(妻は早退することを気にしていた) ・産業保健師、人事課から家族呼び出し: 退職にするか退職するかを求められ、本人の希望で 傷病手当 (1 ヶ月)受給後に 早期退職 となった。 ・ 失業保険や障害年金は未申請 (退職がショックで申請する余裕がなかった)	・職域における若年性認知症者への理解と合理的配慮のある環境づくりが重要 ・配置転換、精神保健福祉手帳取得し障害者雇用で継続就労ができたのではないかと 医療: ・若年性認知症の診断は、認知症疾患医療センターなど専門性の高い医療機関で行うべきか ・若年性認知症を診断した医療機関は、必要な介護・福祉・就労のサービスや制度を紹介する ・認知症診療を専門としない地域のかかりつけ医はどのような役割を担うべきだろうか 制度利用: ・家族は医療機関、利用できる制度などインターネットで調べ情報を収集し、申請を行わなければならない、負担が大きかった
58 歳		・ 認知症カフェ くるみの会 に参加(介護者の仕事の都合で参加できる日が限られた)	・特に発症初期において、情報提供にとどまらず、つなぐまで伴走する支援が必要である(どの部門が司令塔的役割を果たすべきか)
59 歳	介護保険申請・徘徊相談 障害厚生年金受給 精神保健福祉手帳取得	・ 徘徊 するようになり地域包括支援センターに相談、 介護保険を申請 した ・ 障害厚生年金申請 : 社労士に代理申請手続き依頼。家族の収入は障害年金が主になった ・ 精神保健福祉手帳 取得	
60 歳	成年後見人選任	・ 成年後見家族申立て 、司法書士代理申請手続き依頼: 後見人は親族が選任された	
62 歳	C メンタルクリニック F 歯科医院	・C メンタルクリニック院内主治医変更に伴い、訪問診療に切り替えるよう指示 ・インプラント、歯の欠損等 1 回/週(訪問歯科)	

応用的な内容を取り扱う研修会

地域共生社会実現に向けた多領域研修会

～暮らしやすい松戸市となるために、やさシティ、松まつだ。が目指すこと

講演

☆助けを求めない人

～セルフ・ネグレクトの実態と課題～

岸 恵美子氏 (東京大学看護学部/大学院看護学研究科)

☆地域共生社会の実現に向けて

～藤沢市における包括的支援の取り組み～

片山 睦彦氏 (藤沢市福祉健康部 部長)

☆支援介入の適切なタイミングと、 福祉・介護だけにとらわれないチーム作り

シンポジスト：岸 恵美子氏

片山 睦彦氏

野口 千佳子氏

(松戸市福祉健康部 部長) 郡 正信

座長：(松戸市在宅医療・介護連携支援センター常務委員長) 川越 正平

指定発言：(千葉県弁護士会松戸支部 弁護士) 及川 智志氏

シンポジウム

2019年7月10日(水) 13:30～16:30 (13:00 受付開始)

松戸市民劇場ホール

参加費：無料 定員：300名 (申し込みは裏面を参照)

子ども・障害・高齢者・経済困窮等の支援者 &
子育て・福祉・介護・医療・保健等の専門職対象

多分野合同研修会

障害分野における支援困難事例への対応力向上を目指して

講演

相談支援における医療的視点
と医療との付き合い方

松戸市医師会

会長 川越 正平 先生

事例検討 (グループワーク)

医療中断している支援困難
事例への介入

あおぞら診療所

医師 住谷 智恵子 先生

令和5年11月22日(水) 13:30～16:00
衛生会館／参加費無料／先着 80名

講演

在宅医療・介護連携支援セン
ターの機能と活用のポイント

ほしの在宅ケアクリニック

院長 星野 大和 先生

申込み方法
松戸市在宅医療・介護連携支援セン
ター (<https://matsudo-jinkoushien.jp/>)
からお申込みください。
3日以内に受信メールが届きます。
もし届かない場合は、下記まで
お問い合わせ下さい。



研修内容の詳細は裏面をご覧ください

問い合わせ先 松戸市在宅医療・介護連携支援センター

電話 047-701-7533 FAX 047-701-7535

人材育成・研修

令和6年度多分野合同研修会

多問題を抱える家族を“まるごと”
多機関多職種で支援するための初めの一步

多機関多職種で、高齢者・成人・子ども
それぞれが支援を要する家族への支援について考えます

本研修会は、松戸市内の子ども・障害・高齢者・経済困窮等の支援者を対象とした研修です。

日時：令和6年10月30日（水）13:30～16:00

会場：衛生会館 3階

講師：松戸市医師会会長 川越 正平

松戸市医師会在宅ケア委員会担当理事
星野 大和

定員

先着 100名

申し込み

松戸市在宅医療・介護連携支援センター (<https://matsudo-zaitaku.org/>)
からお申込みください

問い合わせ

松戸市在宅医療・介護連携支援センター
電話 047-701-7533 FAX 047-701-7535



松戸市医師会・松戸市共催

令和7年度多分野合同研修会

本研修会は、松戸市内の子ども・障害・高齢者・経済困窮等の支援者を対象とした研修です。

多機関多職種で、高齢者・成人・子ども
それぞれが支援を要する家族への支援について考えます

多問題を抱える家族を“まるごと”
多機関多職種で支援するための初めの一步

参加費
無料

昨年度と同じ事例を用いて、精神科医の視点も加えた事例検討を行います。
昨年度の受講の有無に関わらず、ご参加いただけます。

日時：令和7年7月18日（金）13:30～16:00

会場：衛生会館 3階

講師：松戸市医師会 会長 川越 正平
大東文化大学 教授 精神科医 北田 志郎
松戸市医師会在宅ケア委員会 担当理事 星野 大和

申込：松戸市在宅医療・介護連携支援センター
(<https://matsudo-zaitaku.org/>) から
お申込みください



先着100名様限定！

お申込みはお早めに！

昨年度ご参加いただいた方も歓迎です

松戸市在宅医療・介護連携支援センター
電話 047-701-7533 FAX 047-701-7535