

平成20年 9月16日



各医師会長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

高齢者在宅生活移行支援事業に係る協力について(依頼)

このたび、福岡県において、下記4保健福祉環境事務所をモデル圏域として、標記事業が実施されることとなり、平成20年9月11日開催の全会第18回全理事会において協議の結果、標記事業に協力することとなりました。

モデル事業対象地域を管轄の医師会におかれましては、本事業にご理解いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

また、対象外の地域の医師会につきましては、ご参考までにお知らせいたします。

記

1. 事業の趣旨

療養病床に入院している患者のうち、本人・家族が在宅での療養を希望し、かつ医療機関が適当と判断した患者について、病状等の判定や希望するかかりつけ医への引継ぎ、介護保険サービスの利用等が円滑に行えるような環境づくりを行う。

2. 実施モデル事業所及び対象地域

- ・ 宗像保健福祉環境事務所(宗像市、福津市)
- ・ 山門保健福祉環境事務所(柳川市、みやま市)
- ・ 嘉穂保健福祉環境事務所(飯塚市、嘉麻市、桂川町)
- ・ 京築保健福祉環境事務所
(行橋市、豊前市、苅田町、みやこ町、吉富町、上毛町、築上町)

3. 事業内容

- ・ 上記事務所の保健監が郡市医師会や療養病床を有する医療機関を訪問し、事業の趣旨説明及び協力要請を行う。
- ・ 患者の病状、ADL、要介護認定状況など在宅での療養に必要な情報を整理した引継シートを配布し、活用してもらうことにより退院後の円滑な在宅生活への移行を図る。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 名取一幸
地域保健副担当理事 毛利康茂
会長 丸山 泉



20高支第1284号

平成20年9月9日

社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部高齢者支援課長
(施設整備係)



高齢者在宅生活移行支援事業に係る協力について（依頼）

時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、県では今年度より下記4保健福祉環境事務所をモデル圏域として標記事業を実施することとしています。

ついては、貴会及び貴下郡市医師会等における標記事業への協力についてよろしくをお願いします。

記

1 事業の趣旨・目的

療養病床に入院されている患者のうち、本人・家族が在宅での療養を希望し、かつ医療機関が適当と判断した患者について、病状等の判定や希望するかかりつけ医への引継ぎ、介護保険サービスの利用等が円滑に行えるような環境づくりを行う。

2 実施モデル事務所及び対象地域

- ・宗像保健福祉環境事務所（宗像市、福津市）
- ・山門保健福祉環境事務所（柳川市、みやま市）
- ・嘉穂保健福祉環境事務所（飯塚市、嘉麻市、桂川町）
- ・京築保健福祉環境事務所
（行橋市、豊前市、荻田町、みやこ町、吉富町、上毛町、築上町）

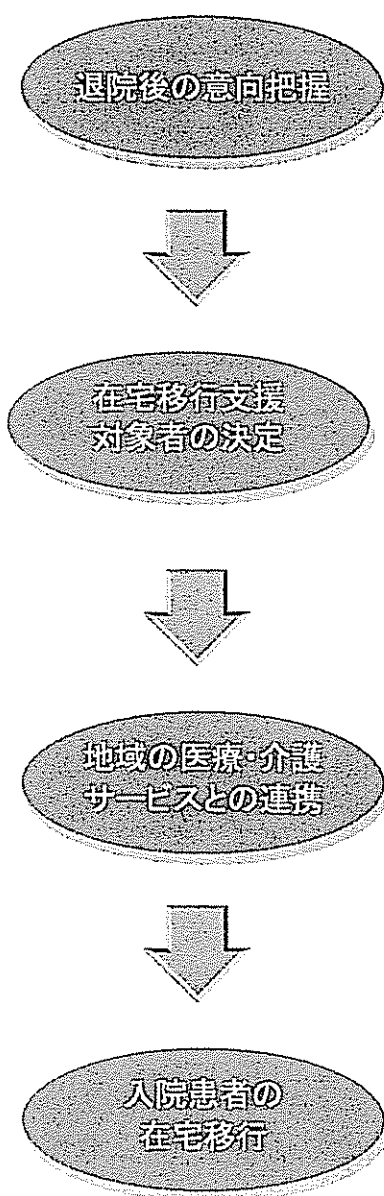
3 事業内容

- ・上記事務所の保健監が郡市医師会や療養病床を有する医療機関を訪問し、事業の趣旨説明及び協力要請を行う。
- ・患者の病状、ADL、要介護認定状況など在宅での療養に必要な情報を整理した引継シートを配布し、活用してもらうことにより退院後の円滑な在宅生活への移行を図る。



高齢者在宅移行支援事業

- ◆ このスキームは、療養病床からの退院を予定している患者やその家族が安心して退院後の生活を送ることができるよう、医療サービスと介護・福祉サービスをつなぎ、それぞれが情報を共有できるようにするためのシートを作成する場合の基本的な考え方を示したものです。
- ◆ 以下にお示しするシートについては、各医療機関において適宜必要な修正を加えていただき、ご活用ください。



1 状態像の把握

医療機関は「在宅移行支援チェックシート」を用いて退院後にスムーズな在宅移行ができるよう支援の必要性や望ましい支援の内容について判断します。

その結果、介護・福祉サービス等を活用した支援が必要と判断される場合、ケアマネジャーに「チェックシート」を提供します。ケアマネジャーがいない場合は患者のケアマネジャー選びを支援し、「チェックシート」を提供します。

2 アセスメントの実施

ケアマネジャーは「チェックシート」の情報をもとに患者等へのヒアリングを実施します。

ヒアリングの結果に基づき「アセスメントシート」を作成し具体的な在宅移行に係る支援の方針案を策定します。

3 在宅移行計画の作成

医療機関の担当者やケアマネジャーを中心として事前調整会議を行い、「チェックシート」及び「アセスメントシート」の情報をもとに具体的な在宅移行に係る支援方針を決定し、医療機関の「在宅移行計画書」の案を作成します。

4 在宅移行カンファレンス(調整会議)の開催

退院調整に係る職員とその役割を明確にし、医療、介護、費用について整理した上で、患者・家族及び地域関係者等を交えて退院前に会議を開催し、上記「在宅移行計画書」及び患者・家族の不安に対応する「退院シート」を完成します。

「チェックシート」「アセスメントシート」及び「在宅移行計画書」については、かかりつけ医をはじめとする関係機関に情報として提供し、円滑な引き継ぎを図ります。

在宅移行支援チェックシート

基本情報(記入者氏名)) 記入日 年 月 日() 退院希望日 年 月 日()

氏 名	様	性 別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	
住 所	〒 -			電話番号				
				緊急連絡先(相手方)	(様)			
入 院 日	年 月 日 (入院期間 年 月 日)	介護保険	1. 介護保険認定済み→要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) (有効期限 年 月 日) →介護度変更申請の必要性:有・無 2. 申請中 3. 必要あるが未申請 4. 不要または非該当					
身障手帳	無・有(級) (種類:)							
療育手帳	無・有(級)	障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2					
精神障害者手帳	無・有(級)	認知症高齢者の生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M					
特定疾患	無・有()							
保険種別	1. 健保(政府・組合・日雇) 2. 国保 3. 共済(国・地・私学) 4. 生保 5. 労災 6. 自費 7. 公費							
入院前場所	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他()							
かかりつけの医師 はいますか?	1. いる(往診可/不可) 医療機関名: 医師名: 2. いない			ケアマネジャーは 決まっていますか?		1. はい (氏名:) 2. いいえ		

第一段階:(医療機関の看護師が記入)(記入者氏名:)

区 分	項目(当てはまるものすべてに○)	記入日:	/
主 疾 患	1. 脳梗塞 2. 脳出血 3. 骨折 4. 認知症 5. 心疾患 6. パーキンソン病 7. 悪性新生物 8. 糖尿病 9. うつ病 10. 難治性神経疾患 11. 慢性呼吸器疾患 12. その他		
症 状	1. 意識レベル低下 2. 終末期 3. 麻痺 4. 摂食・嚥下障害 5. 低栄養 6. 褥瘡 7. 脱水 8. BPSD(*) 9. 疼痛またはその他の苦痛症状 10. その他() (*):「認知症に伴う行動・心理障害」		
医療処置 (退院後予測される)	1. 喀痰吸引 2. 経管栄養(中心静脈栄養) 3. 酸素療法・人工呼吸器 4. モニター測定(心拍、血圧、酸素飽和度) 5. 気管カニューレ 6. ストーマケア 7. 膀胱カテーテル 8. 注射・点滴 9. 褥瘡処置 10. 疼痛(麻薬)管理・症状のコントロール 11. 透析・CAPD 12. 胃ろう 13. 腎ろう 14. 尿管皮膚ろう 15. リハビリテーション 16. その他() 17. 特になし	服 薬 状 況	具体的内容(自由記述)
ADL	1. 移動要介助 2. 排泄要介助	コミュニケーション障害	1. 言語障害 2. 視力障害 3. 聴力障害 4. その他()
家庭・環境	1. 独居・介護者不在 2. 高齢者世帯 3. 日中独居 4. その他()		
希望する 退院先	本人	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料・グループホーム 6. その他() 7. 未確認	
	家族	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料・グループホーム 6. その他() 7. 未確認	
経済的問題	1. あり 2. なし		
退院後の生活について ーご希望 ー不安なこと、			

在宅移行支援の必要性について:(医療機関の看護師・MSWが記入)(記入者氏名:)

望ましい支援の内容	
支援が必要な理由 ※○はいくつでも可	1. 再入院を繰り返している患者 2. 褥瘡処置など退院後も高度で熟練的医療が必要な患者 3. 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者 4. 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 5. 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 6. その他()

アセスメントシート 第二段階 介護支援専門員が記入

氏 名	様	生年月日	明・大・昭 年 月 日	記入日： 記入者氏名：
区 分	項 目			
日常生活動作 ※○は各々一つ (特記事項)				
食事	1. 自立 (食事は用意してもらってよい) 2. 一部介助 3. 全介助			
排便	1. 自立 2. 時々失敗 3. 失禁、オムツ			
排尿	1. 自立 2. 時々失敗 3. 失禁、オムツ			
トイレ動作	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
入浴	1. 自立 2. 何らかの介助が必要			
更衣	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
整容	1. 自立 (用具は準備してもらう) 2. 全介助			
起居・移動	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助だか座位はとれる 4. 起居不能			
歩行	1. 自立 (補助具を使用してもよい) 2. 一部介助 3. 車椅子にて自立 4. 全介助			
階段昇降	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
外出	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
電話対応	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
買物	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
洗濯	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
服薬管理	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
金銭管理	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
その他				
認 知	0) 正常 1) 軽度 (通常の家庭内行動ほぼ自立、日常生活上助言や介助は必要ないか、あっても軽度) 2) 中等度 (知能低下のため日常生活が1人ではちょっとおぼつかない、助言や介助が必要) 3) 高度・最高度 (日常生活が1人では無理、多くの助言や介助が必要、あるいは逸脱行為が多く目が離せない) ※具体的状況 ()			
コミュニケーション障害	1. 言語障害 2. 視力障害 3. 聴力障害 4. その他 () 5. なし			
希望する退院先	本人	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料・グループホーム 6. その他 () 7. 未確認		
	家族	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料・グループホーム 6. その他 () 7. 未確認		
退院後に想定されるリスク・課題				
家族/介護者の状況 (家族の介護力、退院に対する不安等)			自宅の住環境	(周辺の状況・見取り図等)
入院前の生活状況	(社会資源・入院前の在宅サービス利用状況等)			
望ましい支援の内容				
在宅生活が行える条件等 (必要なADL、経済状況、通院条件、その他の必要な事項)				

在宅移行計画書

医療機関の看護師・MSWが記入

受付番号 _____ 医療機関名 _____ 計画策定日 _____ 記入者 _____

氏名	性別 男 女	入院日	診療科	本計画書の情報共有者(当てはまるもの全てに○)				
				本人 家族 続柄()	院内 医師(部門) 医師(病棟) 看護師(部門) 看護師(病棟) ソーシャルワーカー 理学療法士 作業療法士 言語療法士 ケアマネジャー その他()	院外 医師 訪問看護師 ケアマネジャー ホームヘルパー その他()		
生年月日 明 大 朗	年齢	疾患・症状						
退院に向けての目標／退院時に期待される状態				退院予定日				
				退院日		退院先		
				地域連携バス使用の有無 有 ・ 無 有の場合:疾患名()				
在宅医療移行に際しての問題点／課題 (該当箇所)に○をつけ、適宜内容を記載)	入院中に実施する支援／実施予定時期	実施者			退院直後(約1ヶ月間以内)に実施予定の支援	実施者2)		
		病棟	部門	院外		病棟	部門	院外
以下に○をつけた上で、下欄に自由に記入して下さい。 1 再入院の恐れがある／病状が不安定 2 退院後も医療処置が必要 3 入院前に比べADLが低下 4 独居あるいは家族と同居であっても介護を十分提供できない 5 通常の制度利用では在宅医療移行が困難 6 その他	以下の視点を参考に記入して下さい。 ・移行先の決定(在宅、有料老人ホーム等) ・本人・家族への教育・指導(食事・運動・服薬・医療処置・介護方法等) ・退院後にも実施可能なシンプルケアへの切り替え(服薬・医療処置・介護方法等) ・在宅での医療・ケア提供体制の構築(医療ニーズ・介護ニーズへの対応等) ・在宅での(物理的)療養環境の整備(福祉用具・住宅改修等) ・在宅で必要となる物品の手配(衛生材料、物品等) ・各種制度の申請・手続き				以下の視点を参考に記入してください。 ・退院当日の移行支援 ・アセスメント(本人・家族の状況、ケア提供体制、療養環境) ・医療ニーズへの対応 ・介護ニーズへの対応 ・住宅関係ニーズへの対応			

在宅移行カンファレンスの流れ ※カンファレンスの進め方

ステップ 1

目的

退院後に予測される症状の変化とそれに伴う医療の必要性について医療担当者と介護支援専門員において検討し、退院後必要な医療・介護サービスの提供方法について選択肢を準備する。

メンバー

- ☐ 退院調整担当者（連携室医師・看護師、リンクナース、医療ソーシャルワーカーなど在宅医療経験者が担当するのが望ましい）
- ☐ 主治医
- ☐ 病棟看護師
- ☐ ケアマネジャー
- ☐ その他

ポイント

- ☐ 退院後継続が必要となる医療を洗い出す
→提供方法は？ 外来／在宅／施設
- ☐ 退院後継続が必要となる介護を洗い出す
→提供方法は？ 居宅／施設／家族
- ☐ 退院後の居住環境について検討する
→提供方法は？ 在宅／施設／居住系
- ☐ 本人と家族の病気と療養方法についての受け止め方は？
- ☐ 専門チームへの依頼の必要性は？

「在宅移行計画書」を作成し、必要な事前調整を行う

- 調整を要する事項を整理し、全体のコーディネートを含め、医師、看護師、その他それぞれの担当を割り振り、タイムスケジュールを立てる。

ステップ 2

目的

ステップ1以降、情報を集め検討した内容を整理し、病院内及び地域における医療・介護・福祉等関係者で最終的な役割分担の確認を行う。

メンバー

- ステップ1でのメンバーに以下を加える
- 患者
- 家族
- ☐ 地域の医師・看護師
- ☐ 薬剤師
- ☐ 理学療法士・作業療法士
- ☐ 管理栄養士
- ☐ 保健師
- ☐ その他
- は患者の状況に合わせて招集する。
- は必須メンバー

ポイント

- ☐ タイムキーパーを決める。
- ☐ 病院・在宅スタッフが状況説明をする。
- ☐ 参加者それぞれが意見を言える環境を作る。特に患者・家族の心配事を聴き対応策を提示することが重要。
- ☐ 関係機関の連絡先を確認する。
- ☐ 決定事項について、参加者それぞれが理解していることを確認して閉会する。

退院シートに記載し、患者・家族に渡す。

退 院

退院シート

患者さん・ご家族用

■ご自宅でおこりうること
(心配していること)
(医療・介護従事者に聞きたいこと)

■このように対応しましょう

病状・要介護状態の理解

連絡先

日 中 →
夜間・休日 →

まず連絡する所

左が連絡が見つからない場合の連絡先

お薬

その他

退院後 1 週間までに、現在入院している病院から「何か困っていることはないか」という電話をしてほしいですか？
□してほしい □してほしくない

月 日

医師

/看護師

介護支援専門員