



福岡医発第760号(地)
平成22年 7月 2日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公印省略)

高齢者在宅生活移行支援事業の実施について(お願い)

療養病床から退院しようとする入院患者が円滑に在宅生活へ移行し、必要な在宅医療・介護サービスを受け、在宅生活を継続できるようにすることを目的として、平成20年度より標記事業が、県内4圏域(宗像・有明・飯塚・京築)においてモデル事業として実施されることにつきましては、平成20年9月16日付け福岡医発第1314号(地)にて、ご連絡並びに関係医師会へはご協力の依頼をいたしておりました。今般、本年度より政令市(福岡市、北九州市)、中核市(久留米市)及び保健所設置市(大牟田市)を除く全域で本事業を実施することに伴い、福岡県保健医療介護部より別紙のとおり協力依頼がありました。

そこで、平成22年7月1日開催の第10回全理事会で協議の結果、本事業に協力することとなりました。

つきましては、貴会におかれましても本事業にご理解いただき、ご協力賜われますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 各保健福祉事務所より各医師会へご説明申し上げ、その後、療養病床を有する医療機関等に対して説明を行い、参加を依頼することになっております。
- 2) 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

医療機関と関係機関の連携を図り、療養病床から退院しようとする入院患者が、在宅生活へ円滑に移行し、必要な在宅医療・介護サービスを受けて、在宅生活を維持することができるようにする。

2. 対象地域

政令市(福岡市、北九州市)、中核市(久留米市)及び保健所設置市(大牟田市)を除く全圏域

3. 事業内容

(1) 関係機関等への説明・参加要請

事業の概要、連携シートの活用方法等について、療養病床を有する医療機関等に説明を行い、参加を要請する。

(2) 連携医療機関の選定

連携シートを活用して在宅移行支援を行う連携医療機関を選定。

(3) 連携医療機関における取組状況の把握及び助言

連携医療機関の取組状況を把握するとともに、取組上の課題等について、必要に応じて情報提供及び助言等の対応を行う。

(4) 在宅生活の定着状況の把握及び定着支援

在宅生活に移行した高齢者の状況を把握するとともに、必要に応じて在宅生活定着のための支援を行う。

(5) 医療機関・介護事業者向け研修会の開催

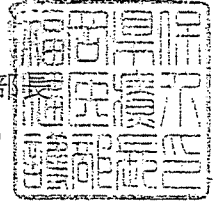
有識者等による講演、取組事例の報告等により在宅生活移行の必要性の周知及びノウハウの普及を図る。

22高支第430号

平成22年6月28日

社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(高齢者支援課)



高齢者在宅生活移行支援事業の実施について（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、平成20年度から標記事業を県内4圏域でモデル事業として実施してまいりましたが、今年度から一部の市を除く全圏域で実施することとしています。

つきましては、貴会並びに貴下郡市医師会等におかれましては、標記事業の実施に御協力いただきますようお願いいたします。

記

1 事業の趣旨

医療機関と関係機関の連携を図り、療養病床から退院しようとする入院患者が、在宅生活へ円滑に移行し、必要な在宅医療・介護サービスを受けて、在宅生活を維持することができるようにするものです。

2 対象地域

政令市（福岡市、北九州市）、中核市（久留米市）及び保健所設置市（大牟田市）を除く全圏域

＊平成20年～21年度は、モデル事業として次の4圏域で実施しています。

宗像圏域（宗像市・福津市）

有明圏域（柳川市・みやま市）

飯塚圏域（飯塚市・嘉麻市・桂川町）、

京築圏域（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

（1）医療機関等への説明・参加要請

事業の概要、連携シートの活用方法等について、療養病床を有する医療機関等に説明を行い、参加を要請します。

(2) 連携医療機関の選定

連携シートを活用して在宅移行支援を行う連携医療機関を選定します。

(3) 連携医療機関における取組状況の把握及び助言

連携医療機関の取組状況を把握するとともに、取組上の課題等について、必要に応じて情報提供及び助言等の対応を行います。

(4) 在宅生活の定着状況の把握及び定着支援

在宅生活に移行した高齢者の状況を把握するとともに、必要に応じて在宅生活定着のための支援を行います。

(5) 医療機関・介護事業者向け研修会の開催

有識者等による講演、取組事例の報告等により在宅生活移行の必要性の周知及びノウハウの普及を図ります。

高齢者在宅生活移行支援事業（高齢者支援課）

○事業の内容と事務分担

<医療機関>

- ・退院可能な入院患者に対し、「連携シート」を活用
 - ・多様な職種の関係者との連携・情報共有により在宅生活移行を支援
- 院内：医師、看護師、医療ソーシャルワーカー 等

院外：介護支援専門員、かかりつけ医、介護保険事業所 等

→在宅生活移行後は介護支援専門員が作成する居宅介護支援計画（ケアプラン）に基づき介護サービス等の提供

<保健福祉（環境）事務所>

- ・在宅生活移行支援の実施
- 「連携シート」を活用した在宅移行への支援
- ・定着支援の実施（検討課題）
- 「連携シート」を活用し在宅に移行した高齢者の在宅定着への支援

※業務分担（案）

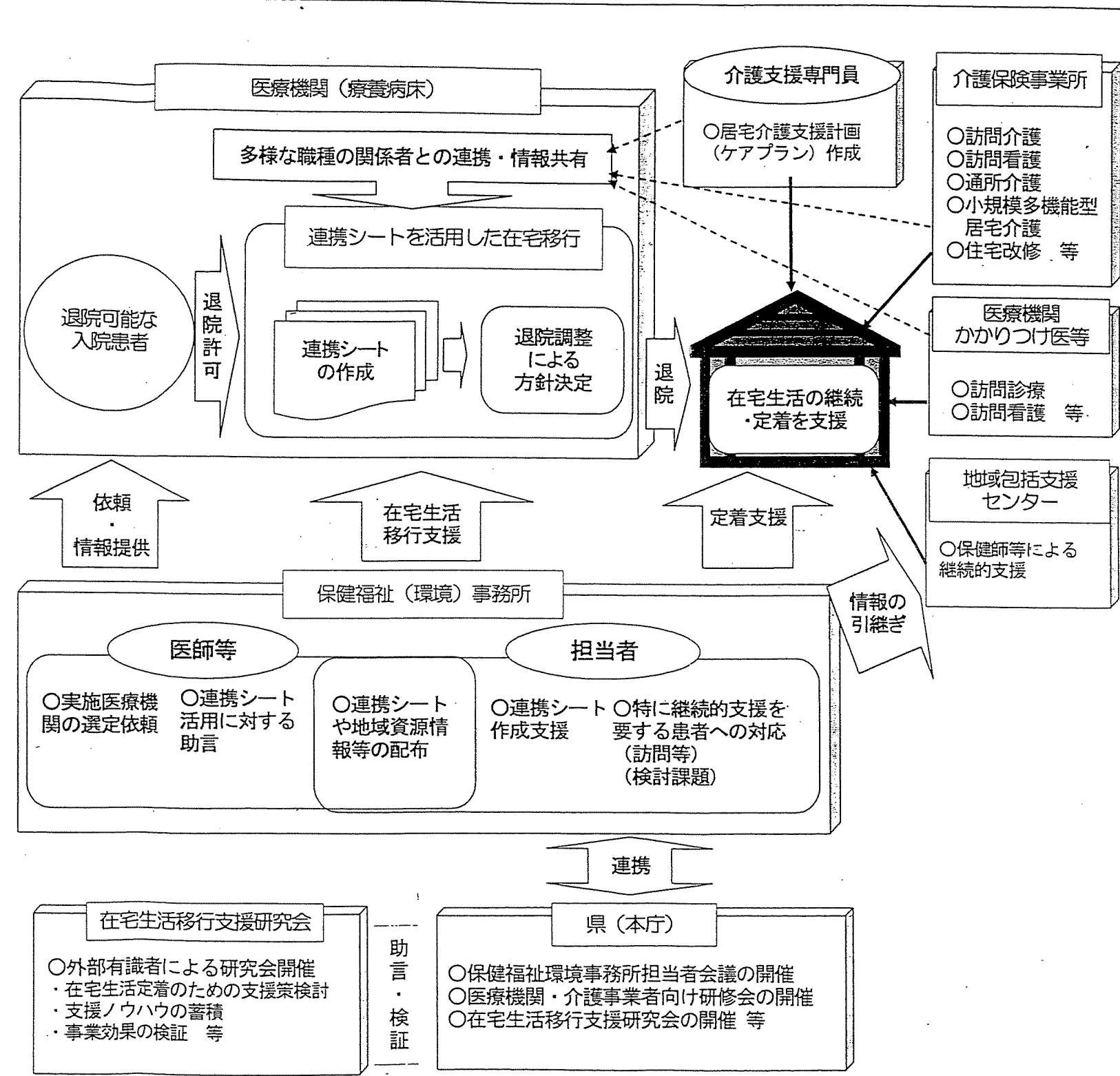
	在宅生活移行支援	定着支援(検討課題)
医師等	・実施医療機関の選定 (各郡市医師会・各医療機関へ協力依頼) ・連携シート配布 ・連携シート活用に対する技術的助言 ・担当者への指導・助言	・担当者への指導・助言
担当者	・連携シート・地域資源情報等の配布 ・連携シートの作成支援 (退院調整会議への参加等) ・連携シート活用状況等の把握	・特に継続的支援を要する者への対応 (地域包括支援センター等関係機関との連絡調整、訪問等) ・在宅生活の定着状況の把握

<本庁>

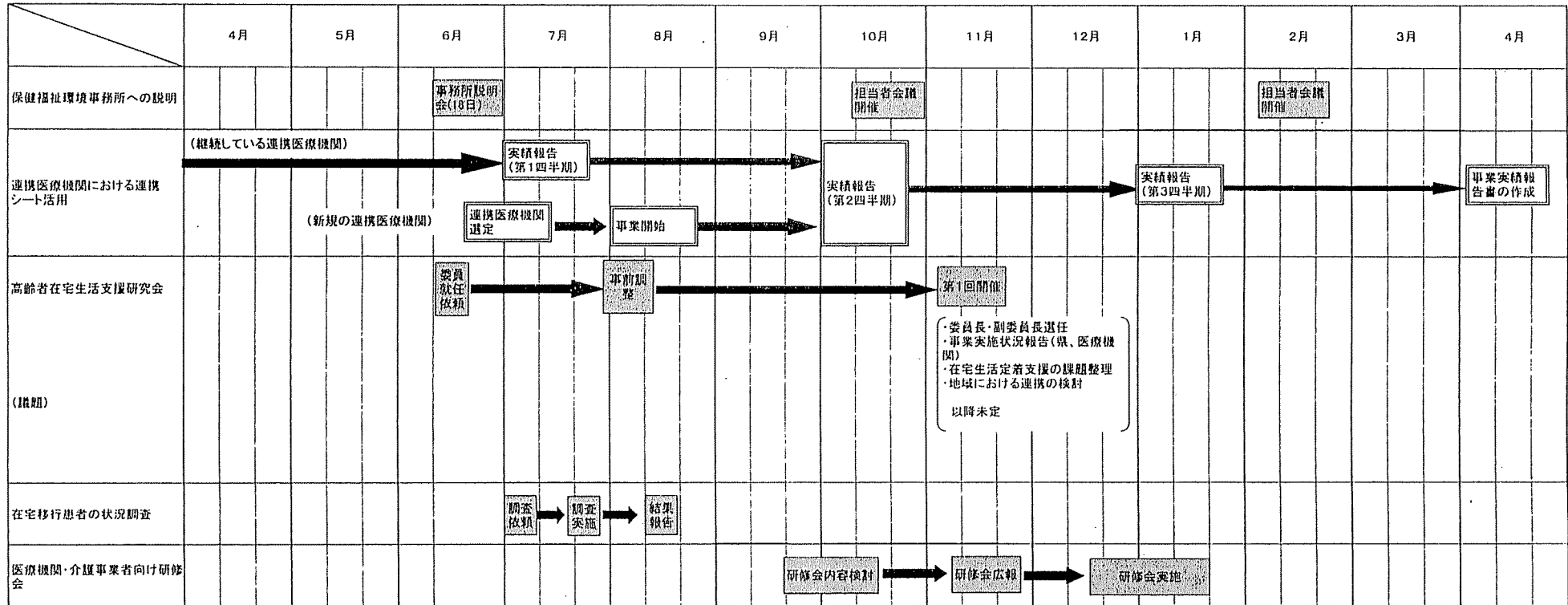
- ・医療機関・介護事業者向け研修会の開催
- ・「福岡県高齢者在宅生活移行支援研究会」の開催

目的：退院可能な入院患者に対する在宅生活移行支援
高齢者の状態に即した適切な医療・介護サービス提供体制の構築

○事業概要（全体像）



高齢者在宅生活移行支援事業年間スケジュール



高齢者支援課で行う業務

各保健福祉環境事務所で行う業務

平成22年度福岡県高齢者在宅生活移行支援事業実施要領

1 目的

この事業は、療養病床から退院しようとする入院患者が円滑に在宅生活へ移行し、必要な在宅医療・介護サービスを受けて、在宅生活を継続できるようにすることを目的とする。

2 事業の内容

(1) 医療機関等への説明・参加要請

事業の概要、連携シートの活用方法等について、療養病床を有する医療機関等に説明を行い、参加を要請する。

(2) 連携医療機関の選定

連携シートを活用して在宅移行支援を行う連携医療機関を選定する。

(3) 連携医療機関における取組状況の把握及び助言

連携医療機関の取組状況を把握するとともに、取組上の課題等について、必要に応じて情報提供及び助言等の対応を行う。

(4) 在宅生活の定着状況の把握及び定着支援

在宅生活に移行した高齢者の状況を把握するとともに、必要に応じて在宅生活定着のための支援を行う。

(5) 医療機関・介護事業者向け研修会の開催

有識者等による講演、取組事例の報告等により在宅生活移行の必要性の周知及びノウハウの普及を図る。

(6) 高齢者在宅生活移行支援研究会の開催

在宅生活を継続できるようにするための支援策の検討、事業効果の検証等を行う。

(7) その他、高齢者の在宅生活移行支援に関すること。

3 連携医療機関からの報告

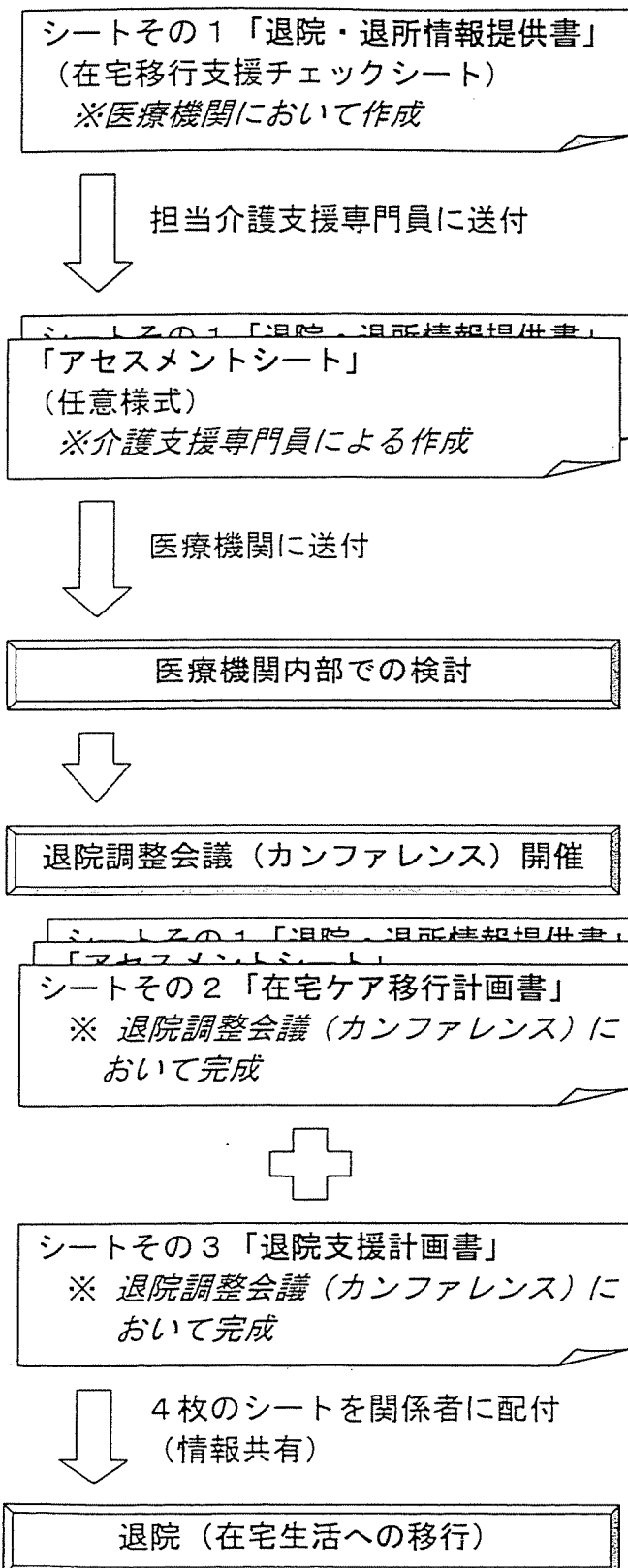
3の連携医療機関における取組の状況については、四半期ごとにその翌月の上旬を目途に、実績報告書を提出してもらうこととする。

4 事業実績報告

各保健福祉事務所からの事業実績報告については、当該年度事業の実施後、翌年度の4月末までに高齢者支援課長あて提出するものとする。

「連携シート」活用フローチャート

- ◆ このフローチャートは、療養病床からの退院を予定す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・福祉サービス等をつなぎ、相互の情報共有を図る「連携シート」の標準的な作成手順を示したものです。
- ◆ 以下にお示しするフローチャートと連携シートは、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 状態の把握と事前情報の送付

医療機関は、シートその1「退院・退所情報提供書」(在宅移行支援チェックシート)を用いて、患者の基本情報、入院中の状況、退院後の意向と現状について記入します。

想定される記入者: 退院調整担当者

医療ソーシャルワーカー

担当看護師 等

記入したシートは、担当介護支援専門員(ケアマネジャー)に提供します。

※担当介護支援専門員がいない場合は、患者・家族に対し選定について助言した上で、シートを提供します。

2 介護支援専門員によるアセスメント

介護支援専門員は、「退院・退所情報提供書」の情報をもとに患者等へのヒアリングを実施し、アセスメントを行います。作成した具体的な方針案については、医療機関に提供します。

(アセスメントシートは、任意様式とします。)

3 退院調整会議(カンファレンス)の開催

医療機関は、「アセスメントシート」の情報をもとに、必要に応じて院内で患者・家族等を交えて、事前検討を行い、「在宅ケア移行計画書」及び「退院支援計画書」の素案を作成します。

その上で、退院調整に携わる職員とその役割を明確にし、退院後の医療、介護及びその費用について整理するため、患者、家族及び保健・医療・介護・福祉の関係者等を交えて、退院調整会議(カンファレンス)を開催し、「在宅ケア移行計画書」及び「退院支援計画書」を完成します。

※退院調整会議は、複数回開催することもあります。

4 退院(在宅生活への移行)

1から3までで作成した書類は、患者、家族及び保健・医療・介護・福祉の関係者で情報を共有し、退院後の在宅生活が円滑にできるよう継続して支援します。

退院・退所情報提供書（在宅移行支援チェックシート）

（記入日）平成 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名

主治医

所属・担当者

電話番号

1 基本情報

ふりがな：	生年月日：（M・T・S） 年 月 日（ 歳）
利用者氏名：（男・女）	主たる介護者：[]（関係： ）
住所：〒	電話番号：
入院前の所在地： 自宅 ・ 他病院 ・ 特養 ・ 老健 ・ その他（ ）	
家庭環境：独居 ・ 高齢者のみ世帯 ・ 日中独居 ・ その他（ ）	
入院期間：入院日 年 月 日 ～ 退院（予定）日 年 月 日	
医療保険種別：	かかりつけ医：なし・あり []
介護保険認定状況：	障害高齢者日常生活自立度：[]
認定済（要介護度 [] 有効期限 年 月 日）	認知症高齢者自立度：[]
申請中 ・ 更新中 ・ 未申請 ・ 自立（非該当） ・ 不要	長谷川式簡易知能評価スケール点数：[]
担当介護支援専門員：なし・あり [事業所名： 氏名：]	
障害者手帳：なし・あり [種別： 種類： 等級：]	

2 入院中の状況

	入院・入所中の状況	特記事項
疾病の状態	主病名： 主症状： 既往歴： 服薬状況： 服薬管理： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他	
リハビリ	状況： 目標：	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 （ペースト ・ 刻み ・ ソフト食 ・ 普通食 ・ 経管栄養）	
口腔ケア	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他	
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 （見守り・手引き・杖・歩行器・車イス）	
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可（シャワー・清拭）	
衣服の着脱	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
排泄	自立 ・ 見守り ・ 介助 ・ オムツ（常時・夜間のみ）	
夜間の状態	問題なし ・ 問題あり（状態： ）	

3 退院後の意向と現状

希望する退院先	本人：	家族：
本人の意欲	在宅生活の意向が強い ・ できれば在宅での生活を希望 ・ 施設入所希望	
家族の介護	積極的 ・ 状況による（在宅サービスの調整次第） ・ 消極的 [理由：]	
金銭管理・身上監護	自立 ・ 支援を要する	経済的問題 なし ・ あり（ ）
住環境 （現状と課題）		
特記事項・その他療 養上留意すべき事項		

在宅ケア移行計画書

医療機関名： _____ 主治医： _____ 担当者： _____（職種： _____）
作成日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	年齢	診療科	入院日 年 月 日
疾患・症状					
本計画書の情報共有者（当てはまる者すべてに○）					
【本人・家族】 ☐ 本人 ☐ 家族 続柄：	【院内】 ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ ソーシャルワーカー ☐ 介護支援専門員 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 言語聴覚士 ☐ その他（ ）	【院外】 ☐ 医師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 訪問看護師（事業所） ☐ 訪問介護員（事業所） ☐ その他（ ）			
退院に向けての目標／退院時に期待できる状態					
退院予定日 年 月 日	退院先	地域連携パス使用の有無 あり（疾患名 []）・なし		退院日 年 月 日	
在宅生活移行に際しての問題点／課題 （該当箇所に○をつけ、内容を記載）		退院前後に実施する支援／実施予定時期 （以下の「視点」を参考に記載）			実施者
					病棟 部 門 院 外
☐ 病状が不安定 ☐ 退院後も医療処置が必要 ☐ 独居 ☐ 家族と同居だが介護できない ☐ その他					

退院支援計画書

平成 年 月 日

患者氏名	殿	病棟（病室）	号室
病名 (他に考え得る病名)			
患者以外の相談者	家族・その他関係者（ ）		
予想される退院先			
退院に向けて留意 すべき事項			
退院に係る問題点、課題			
退院へ向けた目標設定			
退院支援の内容・期間			
退院支援実施担当者			
退院後の主介護者			
退院後に利用が予想される 社会福祉サービス等 (介護サービス以外の地域 資源・家族を含む)			

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(退院支援計画担当者) _____ 印

上記退院支援計画について説明を受け、同意いたしました。

(本人) _____

(ご家族) _____