

# 令和2年度在宅療養推進事業 の進捗について（発行物）

- ・わが家で生きる
- ・入退院連携ガイドライン

# 在宅療養ガイドブック 「わが家で生きる」について

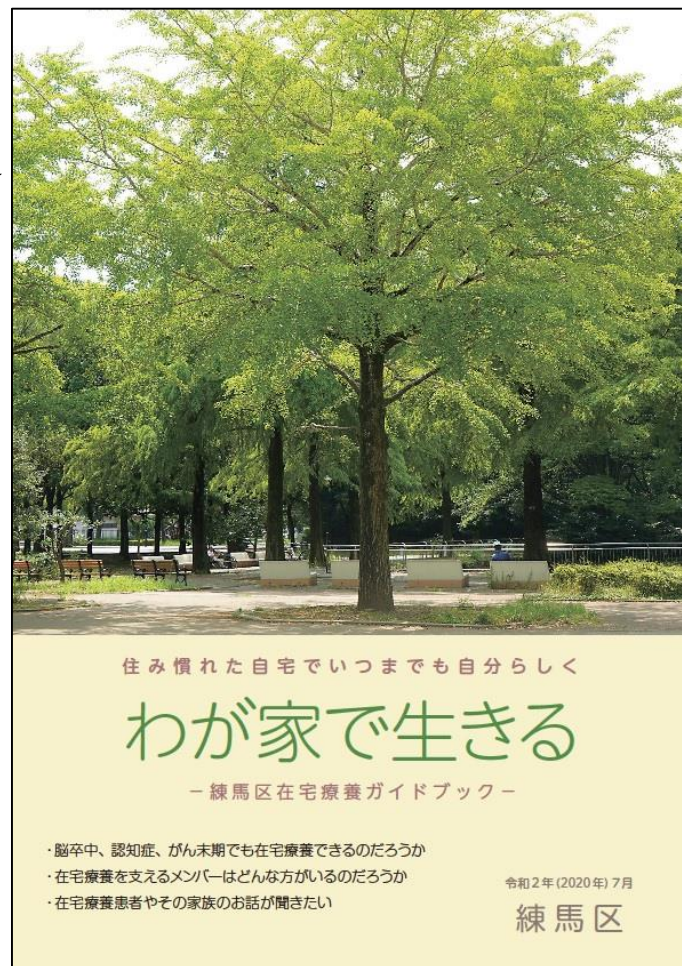
大好評！！

15,000部印刷

追加10,000部の増刷

追加10,000部の増刷（2回目）

⇒合計35,000部



# 在宅療養ガイドブック「わが家で生きる」改定の経緯

H30.7	厚生労働省がACPの普及・啓発について、国、地方公共団体、民間企業が一体となって周知するよう求める。
H30.11	第1回在宅療養推進協議会でACPに関する学習会を開催。
H30.11	第3回在宅療養専門部会にて周知啓発について検討。
⇒在宅療養推進事業（令和元年～令和2年）において実施（わが家で生きるを改定し、ACPを盛り込むことに）。	
H31.4～R2.3	令和元年度在宅療養専門部会にて検討。
R2.7	改訂版の発行

P24

**人生会議(ACP:Advance Care Planning)とは**

**人生の最期について一緒に考えてみませんか**  
— あるかかりつけ医からのメッセージ

毎朝診察で在宅療養を対応させていただいている患者さんは、妻や私の外に誰かにも本人とならぬご家族のことなどもよく知っている中で、医師が聴診器に耳を近づけて話を聞いていくのが嫌いな、そんな方が増えています。その一方で、ご家族が在宅療養を希望する方が増えています。その一方で、ご家族が在宅療養を希望する方が増えています。その一方で、ご家族が在宅療養を希望する方が増えています。

人生100年時代と言われる。高齢者の割合が増える中、高齢者の数が増えている。高齢者本人の希望や家族の希望が異なる。ご家族が在宅療養を希望する方が増えています。その一方で、ご家族が在宅療養を希望する方が増えています。その一方で、ご家族が在宅療養を希望する方が増えています。

人生100年時代と言われる。高齢者の割合が増える中、高齢者の数が増えている。高齢者本人の希望や家族の希望が異なる。ご家族が在宅療養を希望する方が増えています。その一方で、ご家族が在宅療養を希望する方が増えています。その一方で、ご家族が在宅療養を希望する方が増えています。

P25

**人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？**

人生会議とは—

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

P26

**ステップ1** あなたが大切にしていることは何ですか？

**ステップ2** あなたが信頼できる人は誰ですか？

**ステップ3** 信頼できる人や医師・ケアチームと話し合いませんか？

**ステップ4** あなたの「心づもり」を書き留めませんか？

**人生会議 Advance Care Planning**

今、「躊躇」せずに、あなたの「今の気持ち」について考え、信頼する人と話し合うことが大切です。心は揺れるもの。何回も考えて、繰り返し話し合いませんか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

P27

**人生会議(ACP:Advance Care Planning)とは**

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

人生会議とは、人生の最期まで、あなたは、どのように生きたいですか？

## 主な配布先

区立施設	施設数	配付数
地域包括支援センター、はつらつセンター、敬老館、地区区民館、保健相談所、区民事務所、図書館、体育館など	99か所	1,235部
専門職（見本用1部送付 ※区内病院は20部）	施設数	配付数
練馬区医師会、練馬区薬剤師会、練馬区歯科医師会、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、区内病院など	1,313か所	1,674部
区民向け（見本用1部送付）	施設数	配付数
町会・自治会長 ※光が丘地区連合協議会は会長へ70部送付	約220か所	約290部
老人クラブ会長	約120か所	約120部
その他	配付数	
在宅療養講演会、在宅療養推進協議会委員など	約500部	

約4,000部

## 追加配布の希望（R2.10.30時点）

	施設数	配布数
診療所	21	1,526
病院	8	290
薬局	16	255
訪問看護ステーション	14	495
居宅介護支援事業所	54	1,349
地域包括支援センター	4	200
その他の区立施設	1	70
自治会・町会	97	16,487
老人クラブ	60	2,284
その他	9	92
合計	284	23,048

## 追加を希望した方の声

- ・とてもわかりやすい。
- ・こういう（人生の最期）ことを考えておくのは大事だと思った。
- ・（コロナ禍で）今は講演会に行けないので、冊子で知識が得られるのは嬉しい。
- ・ぜひ、会員の人にも知ってほしい。
- ・この冊子を使って勉強会をしてほしい。

## なぜこんなに好評なのか（事務局考察）

- ・表紙を刷新し、新しい冊子として興味を引くことになった。
- ・コロナ禍において、「もし自分がこうなったら～」を考える機会が増えた。

## 出張講座の依頼

	開催数	配布数
町会・自治会	1	70
老人クラブ	2	110

# 今後について

- 引き続き、要望にお応えして配布する
- 今後も要望があれば、出張講座を開催する
- 専門職への理解を深めるため、事例検討会での配布を行う

## 令和2年度在宅療養推進事業

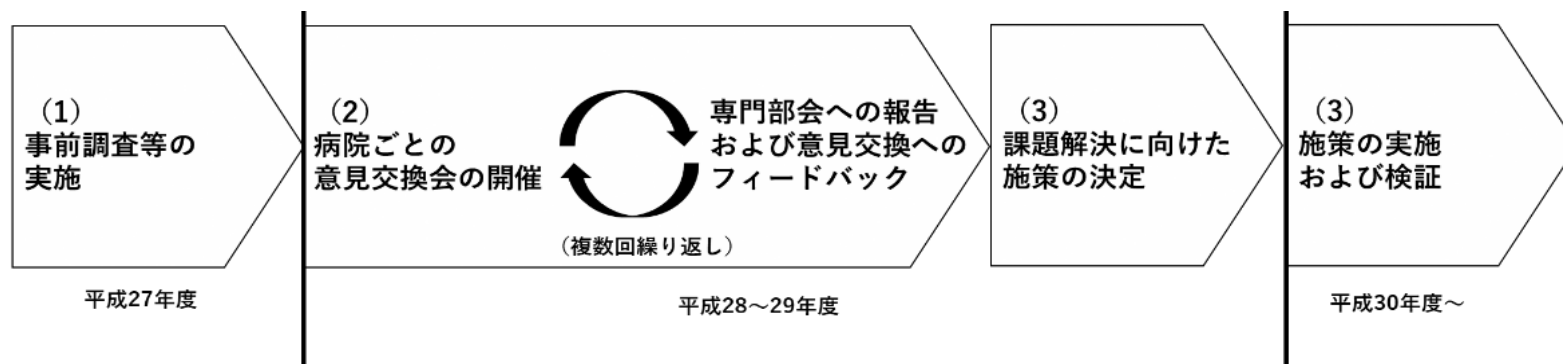
# 練馬区入退院連携ガイドライン について

令和2年11月4日  
練馬区地域医療課



# 練馬区入退院連携ガイドラインの作成の経緯

- 退院連携推進事業（平成27年度～平成30年度）  
病院と在宅サービスとの連携上の課題の抽出、課題解決のための施策の策定・実施および検証を行い、退院から在宅療養への移行を円滑にすることを目的として実施。
- 練馬区の4つの地区（練馬・光が丘・石神井・大泉）から、それぞれ病床数の多い急性期病院を選択し、病院ごとに実施。





## 退院連携の課題

- ・ 病院とケアマネジャーとの連携を図るための病院窓口の明確化
- ・ ケアマネジャーが病院に提供する患者（利用者）情報提供書の統一化（医療連携加算情報提供書の作成）
- ・ 病院とケアマネジャーの情報共有のタイミングの明確化
- ・ 退院前カンファレンス議事録の共有化
- ・ 診療情報提供書と看護サマリの在宅サービス関係者での共有

## 病院ごとの違い

- ・ 病院機能が異なる
- ・ 退院支援のシステム（入院から退院までの流れ）が異なる
- ・ 退院連携の窓口が異なる

練馬総合病院  
ガイドライン

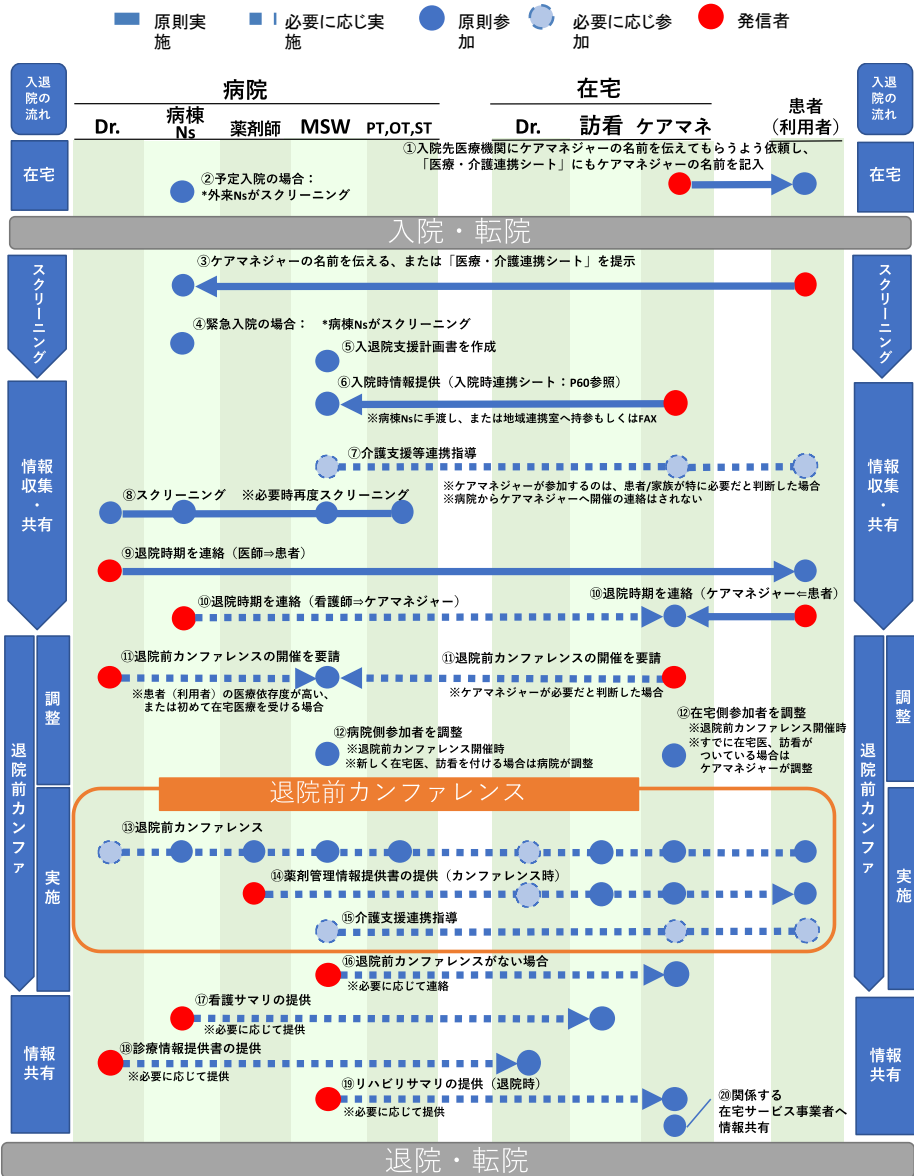
練馬光が丘病院  
ガイドライン

順天堂大学  
附属練馬病院  
ガイドライン

大泉生協病院  
ガイドライン

病院の特徴を活かしたガイドラインの作成  
（医療連携加算情報提供書を含む）

# 入退院連携ガイドライン(入院から退院までの連携方法)



情報共有には  
本人/家族の同意が必要です

## 練馬総合病院

### 病棟の連携窓口: 地域連携室

TEL: 03-5988-2309

FAX: 03-5988-2292

※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

### 備考

※左表の各数字に対応

①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者(利用者)に依頼します。

⑥ケアマネジャーは、患者(利用者)が病院へ入院した際は、できるだけ早い時期に入院時情報を提供します。

⑨⑩ケアマネジャーは、退院時期が分かったら連絡をするように事前に患者(利用者)に伝えておきます。

⑪退院前カンファレンスの参加者は、医療・看護・介護依存別に下の表のように決まります。初めて在宅医療を受ける場合、または医療依存度が高い場合は病院医師、それ以外はケアマネジャーが開催を判断します。

◎: カンファレンス開催を要請する職種、○: 原則参加必須、△: 状況に応じて参加

	参加職種								
	病院					在宅			
	医師	看護師	薬剤師	MSW	(PT・OT・ST)リハ職	医師	訪問看護師	ケアマネジャー	必要その他職種
医療依存度: 高	◎	○	○	○	○	○	○	◎	△
看護依存度: 高	△	○	○	○	○	△	○	◎	△
介護依存度: 高	△	○	○	○	○	△	△	◎	△

⑫ケアマネジャーがいない患者(利用者)の場合は地域包括支援センターが在宅側の参加者を調整します。

⑬⑮退院前カンファレンスおよび介護支援連携指導は、原則どちらか1回の実施です。退院前カンファレンスの議事録は患者(利用者)のみに提供するので、ケアマネジャーは在宅チームへ伝える必要があることを記録します。

⑳退院後に患者(利用者)が在宅サービスを利用する場合は、ケアマネジャーが中心となって、病院から提供された情報(退院前カンファレンスの議事録(内容のメモ)やMSWとの面談などで得た情報など)を関係する事業所へ共有します。

(転院時)病院からケアマネジャーへ転院の連絡はないので、患者(利用者)・家族からケアマネジャーは情報を共有してもらいます。

記入日: 年 月 日  
入院日: 年 月 日  
情報提供日: 年 月 日

## 入院時連携シート

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名: \_\_\_\_\_ 事業所名: \_\_\_\_\_  
ご担当者名: \_\_\_\_\_ 担当ケアマネジャー氏名: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 管理者氏名: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
住所	生年月日	明・大・昭 年 月 日 生			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅)・ 階建て	居室__階	エレベーター(有・無)		
入院時の要介護度	特記事項( )				
障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2				□医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M				□ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	□割	□不明	障害など認定	□なし □あり(身体・精神・知的・難病)	
年金などの種類	□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護 □その他( )				

### 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	□独居 * □日中独居 □高齢者世帯 □子と同居 □その他( )				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)		TEL		
後見人	□後見 □補助 □補佐	氏名:	TEL		

### 3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	□同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	□同封の居宅サービス計画(1)参照
ACPIについて	□話し合ったことがある 最終確認日 年 月 頃 (□家族 □医療・介護チーム □友人 □その他) 内容: ( ) □話し合ったことはない 今後医療・介護について相談したい相手(□家族 □医療・介護チーム □友人 □その他)

### 4. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	□なし □あり( )	居宅療養管理指導	□なし □あり (職種: )
薬剤管理	□自己管理 □他者による管理 (管理者: )	管理方法:	( )
服薬状況	□処方通り服用 □時々飲み忘れ □飲み忘れが多い、処方が守られていない □服薬拒否		
かかりつけ薬局		TEL	
お薬に関する、特記事項			

### 5. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名	(フリガナ)	電話番号	
医師名	(フリガナ)	診療方法・頻度	□通院 □訪問診療・頻度 = ( ) 回 / 月

### 6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	□希望あり
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□希望あり

\* = 診療報酬 退院支援加算1, 2 退院困難な患者の要因に関連

### 7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

A D L	麻痺の状況	<特記>	
	移動	移動(室内) □杖 □歩行器 □車いす	移動(屋外) □杖 □歩行器 □車いす
	移乗	<特記>	
	更衣	<特記>	
	整容	<特記>	
	入浴	<特記>	
	食事	<特記>	
食事内容	食事回数		食事制限 □あり ( ) □なし <input checked="" type="checkbox"/> 不明
	食事形態	<特記>	UDF等の食形態区分 <特記>
	摂取方法	水分とろみ	水分制限 □あり ( ) □なし □不明
口腔	嚥下機能	□腔清潔	義歯 □
			口臭 □
排泄*	排尿	排便	ポータブルトイレ
			オムツ/パッド □
	睡眠の状態	<特記>	眼剤の使用 <特記>
	喫煙	□本づい/日	飲酒 □
コミュニケーション能力	視力	眼鏡 □	聴力 □
	言語	意思疎通 □	補聴器 □
	コミュニケーションに関する特記事項: ( )		
	精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不安 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
入院歴*	最近半年間での入院理由 ( )	期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日	
	入院頻度		
	入院前に実施している医療処置*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) □その他 ( )	

### 8. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 □居宅サービス計画書 3表(週間予定表) □居宅サービス計画書 1, 2表 □その他( )
-----------------	---

### 9. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	□独居 □高齢世帯 □子と同居(家族構成員数 名) * □日中独居 □その他 ( )
世帯に対する配慮	□不要 □必要 ( )
退院後の主介護者	□本シート2に同じ □左記以外(氏名 続柄 年齢)
介護力*	□介護力が見込める(□十分 □一部) □介護力は見込めない □家族や支援者はいない (虐待疑いなど)
特記事項	

\* = 診療報酬 退院支援加算1, 2 退院困難な患者の要因に関連

# 配付状況 (追加を含む)

配付先	施設数	配付部数
区内病院	17	70
練馬区医師会	470	470
医師会外診療所	73	73
練馬区薬剤師会	220	220
練馬区歯科医師会	250	250
訪問看護ステーション	68	68
居宅介護支援事業所	212	228
小規模多機能居宅介護	16	16
看護小規模多機能型居宅介護	3	3
地域包括支援センター	25	52
練馬区保健所	1	1
保健相談所	6	12
縫合福祉事務所	4	27
合計		1,490

# 今後について

- 介護サービス事業者連絡協議会居宅介護支援部会との共催による研修会の開催  
日時：令和2年11月16日（月）午前  
会場：ココネリホール
- 診療報酬・介護報酬の大幅改定に合わせてガイドラインの内容について見直し・更新を行う