

第4回白井市在宅医療・介護連携、 認知症対策推進協議会

2019.3.14 白井市保健福祉センター

<目次>

- 1. 在宅医療後方支援体制の運用開始に向けて**
- 2. 認知症初期集中支援チーム実績報告、
徘徊高齢者保護事案への対応**
- 3. (仮称)白井市版エンディングノート素案について**
- 4. 課題別ワーキンググループ取り組み報告**
- 5. 来年度の協議会運営方針について**

1. 在宅医療後方支援体制の 運用開始に向けて(報告)

在宅医療後方支援体制の運用開始に向けて

市内3病院長と関係機関による意見交換会開催

<第1回:平成30年 7月19日>

<第2回:平成30年10月18日>

<第3回:平成31年 1月17日>

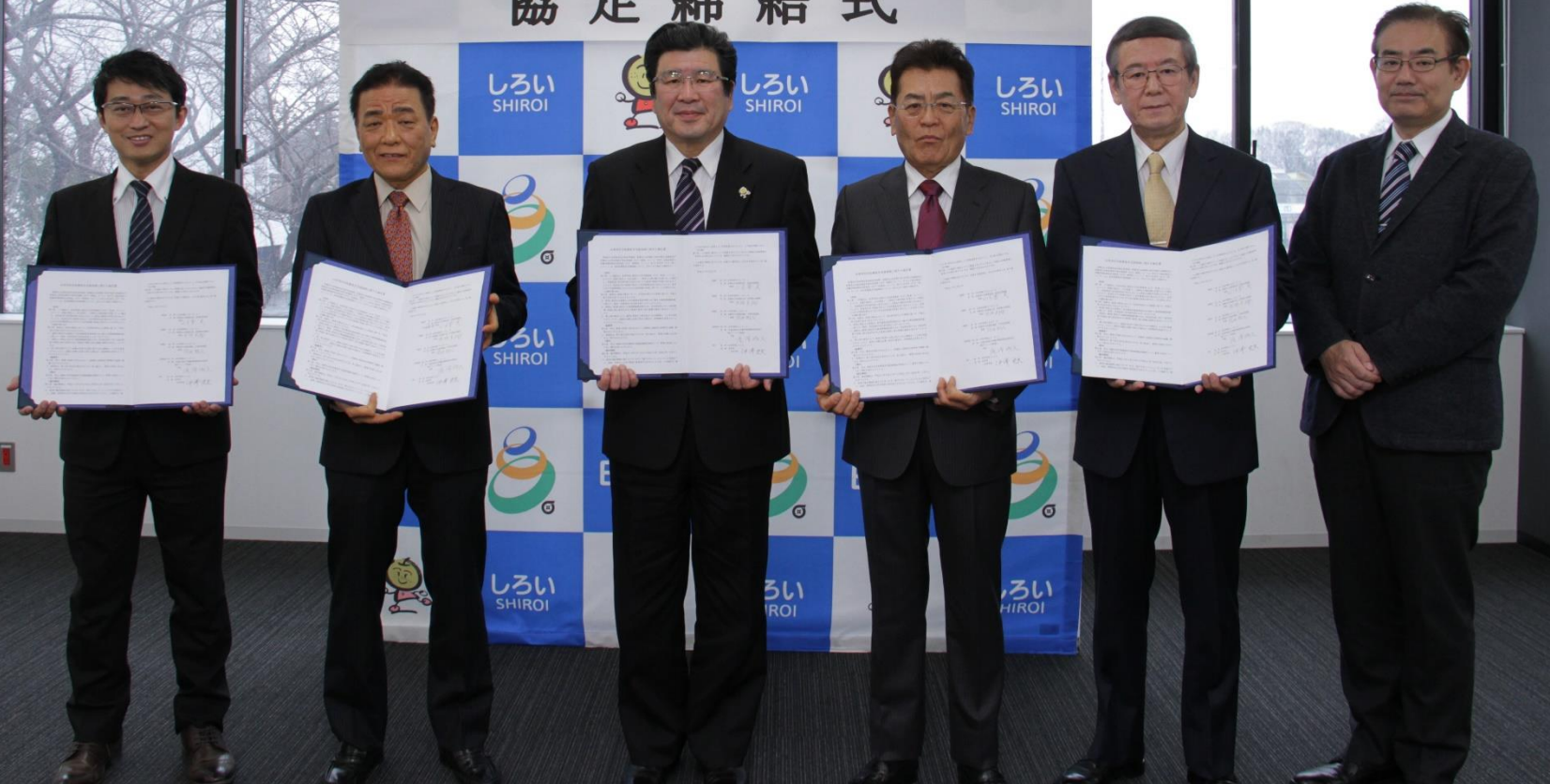
白井市在宅医療後方支援体制に関する協定締結式

平成31年3月4日(月)

市内3病院、印旛市郡医師会白井地区、市

制度運用開始 平成31年4月

白井市在宅医療後方支援体制 協定締結式

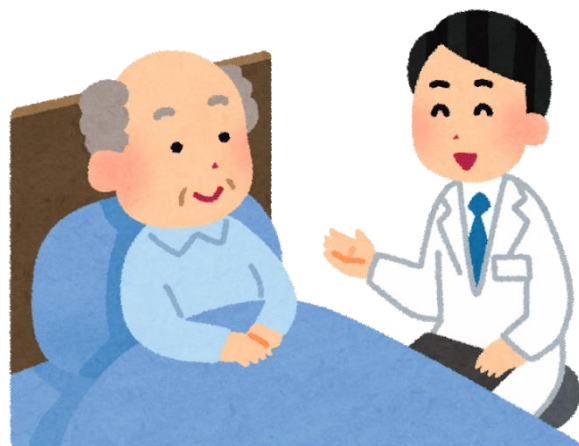


白井市在宅医療後方支援体制についての概要

- ① 在宅医は在宅療養患者に対して、様式3「事前患者登録についての説明書」を用いて制度の説明を行い、同意を得る。



在宅医は、様式1「在宅療養患者急変時受け入れに関する事前情報提供書」の写しを「救急医療情報キット」内に保管する。



事前情報
提供書(写)



※封筒に入れて、封緘する。

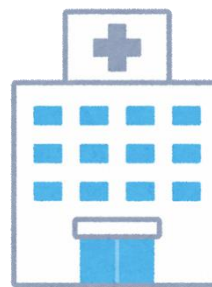
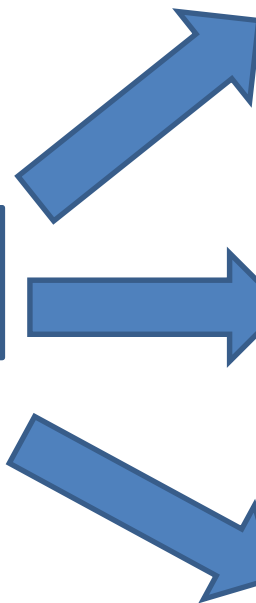
② 3病院へ在宅療養患者の受け入れ
について申し入れ、様式1「在宅療養
患者急変時受け入れに関する事前
情報提供書」を提出する。



在宅担当医師

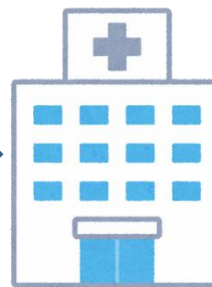
事前情報
提供書

様式1



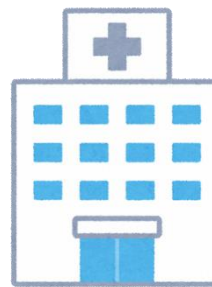
北総白井病院

事前情報
提供書



白井聖仁会病院

事前情報
提供書



千葉白井病院

事前情報
提供書

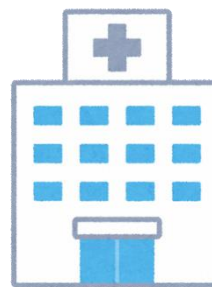
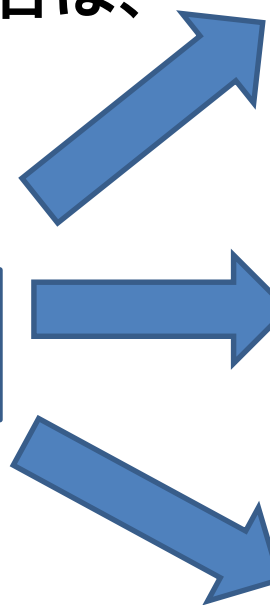
- ③ 定期的(6か月毎)に様式2「登録患者に関する診療情報交換用紙」を用いて情報交換を行う。
患者状態が著しく変化した場合は、随時情報を更新する。



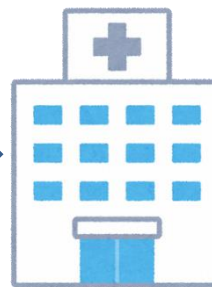
在宅担当医師



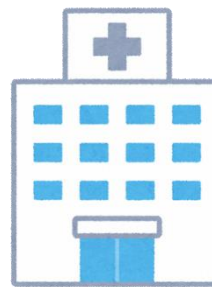
様式2



北総白井病院



白井聖仁会病院



千葉白井病院

- ④ 入院・受診の必要性が発生した場合、在宅担当医師から病院へ受け入れ要請を行う。在宅で管理している患者であることを伝える。



※受け入れ要請は、原則、医師(医師からの指示を受けた看護師等も含む)からとする。

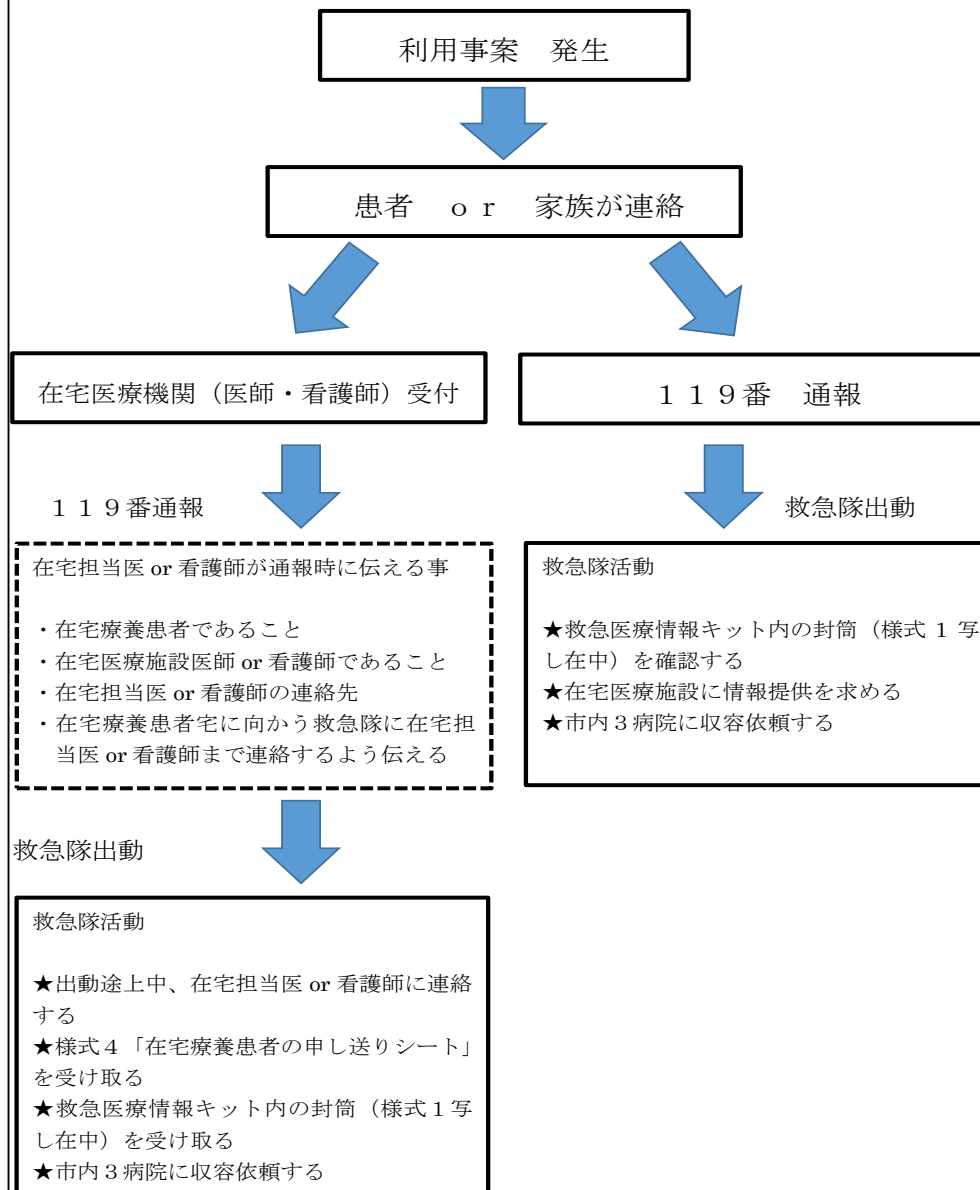
※事前に登録がある患者である旨を、病院窓口担当者から医師に伝える。



受診・入院の際、 救急搬送を利用 する場合について

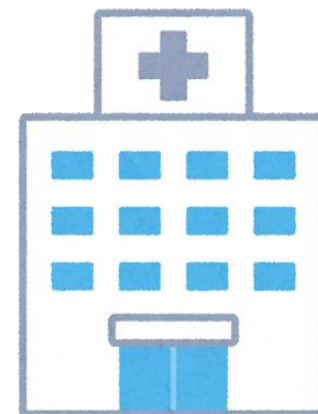
在宅医療後方支援体制に関わる救急活動フロー

在宅担当医師は様式1「事前情報提供書」の写しを封筒に入れ、
「救急医療情報キット」に保管しておく。



- ⑤ 病態が安定後、診療所医師は病院と協議して患者を受け入れる。

退院



関連様式 様式1

在宅療養患者急変時受け入れに関する事前情報提供書					
			病院 医療連携室 御中		
			作成日 : _____年 ____月 ____日		
			<依頼元>		
			医療機関名		
			住 所		
			TEL		
			fax		
			医 師 名		
(ふりがな) 患者氏名				性別 男・女	生年月日 _____年 ____月 ____日
住 所				TEL	
緊急連絡先①	氏 名		続柄	TEL	
緊急連絡先②	氏 名		続柄	TEL	
家族状況	独居 ・ 夫婦のみ ・ その他 (_____)				
疾患名					
既往歴					
経過 (治療経過・検査結果・感染症やアレルギーの有無・認知症状・処方など)					
DNAR指示	セクションA；心肺停止の場合；心肺蘇生術（CPR）について <input type="checkbox"/> すべての心肺蘇生術を実施してください <input type="checkbox"/> 心肺蘇生術を実施しないでください セクションB；心肺停止の状態ではない場合（生命を脅かす疾患に直面しているが、CPAの状態ではない） <input type="checkbox"/> 苦痛緩和を最優先とする医療処置(a) <input type="checkbox"/> 非侵襲的医療処置(b)上記aに加えて、心臓モニタリングおよび投薬処置を実施 <input type="checkbox"/> 侵襲的医療も含む医療処置(c)上記a・bに加えて、医療機器を用いた気道確保、人工呼吸器、				

様式2

登録患者に関する診療情報交換用紙				
病院 医療連携室 御中				
提出日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日				
<依頼元>				
医療機関名		〇〇クリニック		
住 所				
TEL				
fax				
医 師 名				
6 か月に1回、診療情報を交換させていただきます。				
1 登録患者情報				
患者氏名	し〇〇た〇〇	性別 男・女	生年月日	年 月 日
住 所	白井市復〇番地	TEL		
2 診療情報				
<input type="checkbox"/> 登録時の届出内容に <u>変更はありません。</u>				
<input type="checkbox"/> 登録時の届出内容に <u>変更があります。</u> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 10px; margin: 5px 0;"> 変更内容 </div>				
<input type="checkbox"/> 後日、診療情報提供書を郵送します。				

様式3

様式3

【事前患者登録についての説明書】

説明日 2019年 月 日

説明者 _____

_____(患者氏名)____様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に

_____〇〇〇〇 クリニックからの連絡に基づき、市内3か所の医療機関
(北総白井病院・白井聖仁会病院・千葉白井病院)のいずれかにて診療が行われます。

万一、受診先医療機関で治療が行えない場合は適切な医療機関へ紹介されます。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、(患者氏名)様の診療情報等について、〇〇〇〇クリニックと上記3か所の医療機関との間で情報交換を行います。

① 在宅医療を担当している医療機関情報

名 称 _____ 〇〇〇〇クリニック _____

住 所 _____ 〒 - _____ 千葉県白井市 _____

連絡先 _____ 047- - _____ (担当医師 _____) _____

② 患者様情報

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 _____

住 所 _____

説明を聞いた方の氏名 _____

患者様との関係性 (本人・家族・親族・その他 _____)

様式4

在宅療養患者の申し送りシート						
患者氏名		記入日 平成 年 月 日				
診療所名称				担当医		
診療所電話番号						
<p>今回は大変お世話になります。 本患ですが、白井市在宅療養者後方支援病院制度に登録されている患者さんです。 以下の状態変化につき、ご高診のほどよろしくお願い申し上げます。</p>						
後方支援病院へ受け入れ要請に至った理由						
記載者	所属				職種	医師・看護
	氏名				連絡先	
バイタルサイン						
測定時間	血圧	呼吸	脈拍	体温	SPO2	意識状態
時 分						普段と変わらない・低下している・全
時 分						普段と変わらない・低下している・全
後方支援病院医師への伝達事項						
受け入れ 医療 機 関						
受け入れ決定医療機関に○をつける 白井聖仁会病院 ・ 北総白井病院 ・ 千葉白井病院						
受け入れ医療機関の担当者：				(医師・看護師・事務員)		

2. 認知症初期集中支援千一ム

実績報告、次年度方針 →資料1

徘徊高齢者保護事案への対応

徘徊保護高齢者への対応について

【千葉県内警察署より情報提供のあった徘徊保護高齢者件数】(H30.7月～2月末)

12件 (印西警察署:8件、鎌ヶ谷警察署:3件、船橋東警察署:1件)

【対応結果】 ※支援フローチャートに基づいて対応実施。

①介護認定あり(ケアマネジャーあり)10件

→現状(サービス利用状況や家族の困り具合とケアマネジャーの支援状況等)を確認。
状況に応じてケアマネジャーの後方支援(ケース検討や初期集中支援チームの関わり等)ができること伝える。

②介護認定なし(ケアマネジャーなし)2件

→担当地域包括より家族へ連絡または訪問。介護保険申請につないだ。

今後の徘徊保護高齢者対策について

- 引き続き、警察との連携により、情報提供者に対して支援状況を確認し、適切なサービス等へつなぐ。また、困難事例の場合は、適宜ケース検討を行い、多職種で情報共有を図り対策を練る。
- 早期の発見、身元の特定のためにできることとして、「靴の内側に名前・連絡先を書く」、「いなくなったとわかったらすぐに警察へ連絡を」という対策について周知していく(資料2:リーフレット)。また、併せてGPS機器等の情報提供を行う。

※ご意見を求めたいところ

【周知方法(案)】

- ・ケアマネジャーや地域包括支援センターでの相談対応時に、直接対象者となる家族へ周知。
- ・ポスターにして市役所・各センター・薬局・郵便局・銀行等へ掲示依頼。
- ・民生委員など地域のキーパーソンとなる方がいる会議等で周知。
- ・警察(交番も含めて)で保護された家族へ周知してもらえないか。

3. (仮称)白井市版

エンディングノート素案について

資料:3

(仮称)白井市版エンディングノート素案について

1. ネーミングについて
2. 配布対象者
3. 配布方法
4. 資料3：素案7ページ「終末期に受けたい医療の希望」についてのご意見
5. 救急医療情報キットとの関連

(仮称)白井市版エンディングノート素案について

1. ネーミングについて

「白井市終活支援ノート」

他候補：白井市エンディングノート
白井長寿ノート
しろい望みノート

(仮称)白井市版エンディングノート素案について

2. 配布対象者

高齢者全般を対象とするが、主に身寄りのない方。

3. 配布方法

原則として講座を実施、受講者へ配布。体調等の理由により講座受講が出来ない方へは、支援者が個別に作成のサポートをする。

(仮称)白井市版エンディングノート素案について

4. 資料3:素案7ページ「終末期に受けたい医療の希望」について

他市町村の内容を参考に市民啓発WGで内容を検討。

5. 救急医療情報キットとの関連

万が一の際、ノートに記入された本人の意思を医療機関に伝えるための対策として、本ページを切り取って、救急医療情報キットに保管する。

4. 課題別ワーキング 取り組み報告

在宅医療・救急医療連携WG

●目的

1)「救急医療情報キット」の普及対策、
運用上の課題把握・対策の検討



●実績（WG5回実施）

①ポスター作成、配布（98か所）

②キット普及啓発用動画作成、DVD配布

（消防署主催救命講習会、病院主催の市民講座等で活用）

③シート情報の更新ルール検討、市内3病院でルール運用

④情報更新用シートの作成

（救急搬送歴、入退院履歴を記載欄を追加）

在宅医療・救急医療連携WG

●目的

2) 人生の最終段階の過ごし方(療養場所や延命治療に対する希望等)について、**本人の意思把握の方法や意思を尊重するための対応ルールの検討。**

まずは、**介護施設**における現状の把握、課題の抽出に取り組む。

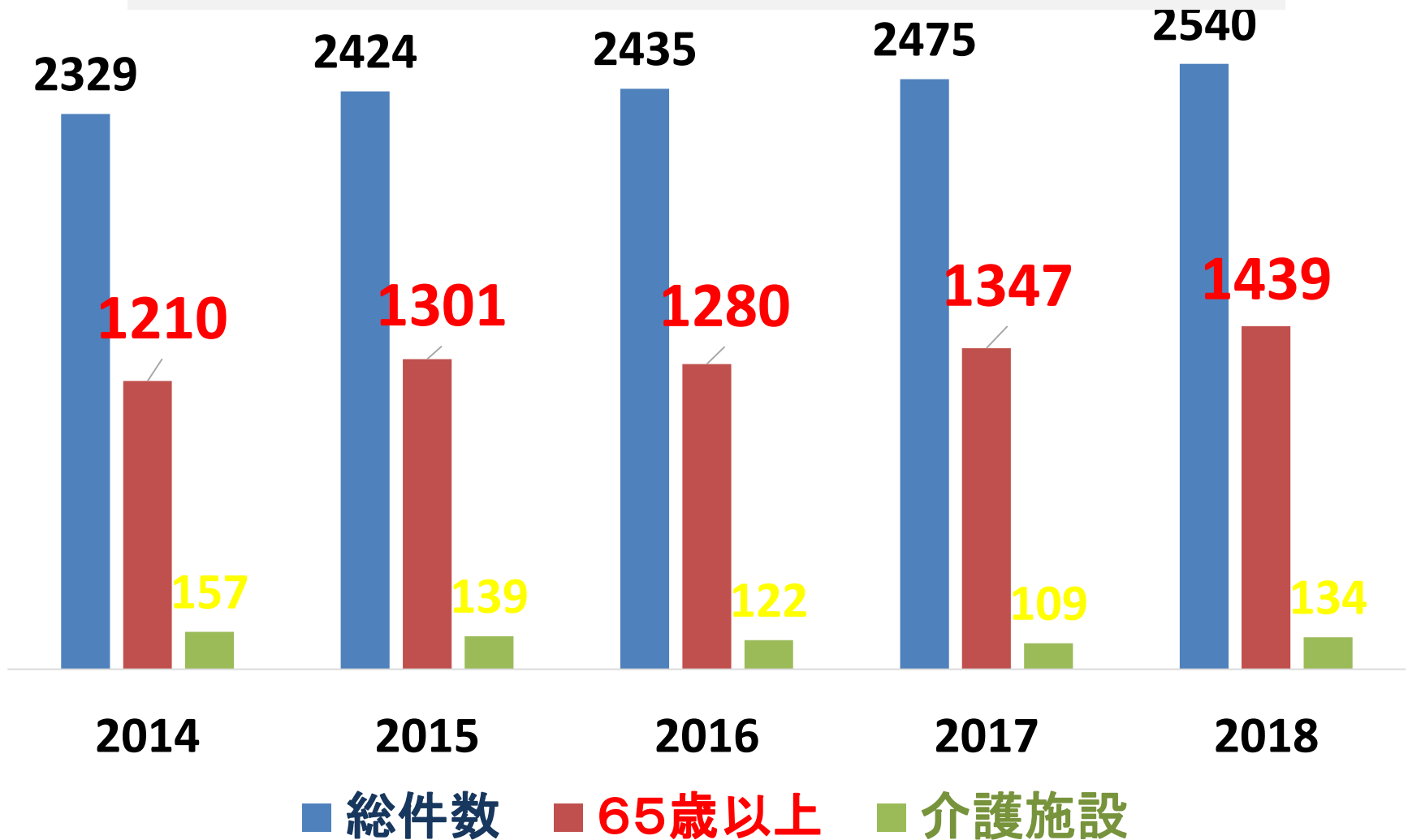
●実績

①介護施設における看取りおよび救急時対応についてアンケート実施

②介護施設代表者による意見交換会開催(H30.9月)

白井市における救急搬送件数

約56%が高齢者における救急搬送です



● 救急医療情報キット 配布実績 1,412本

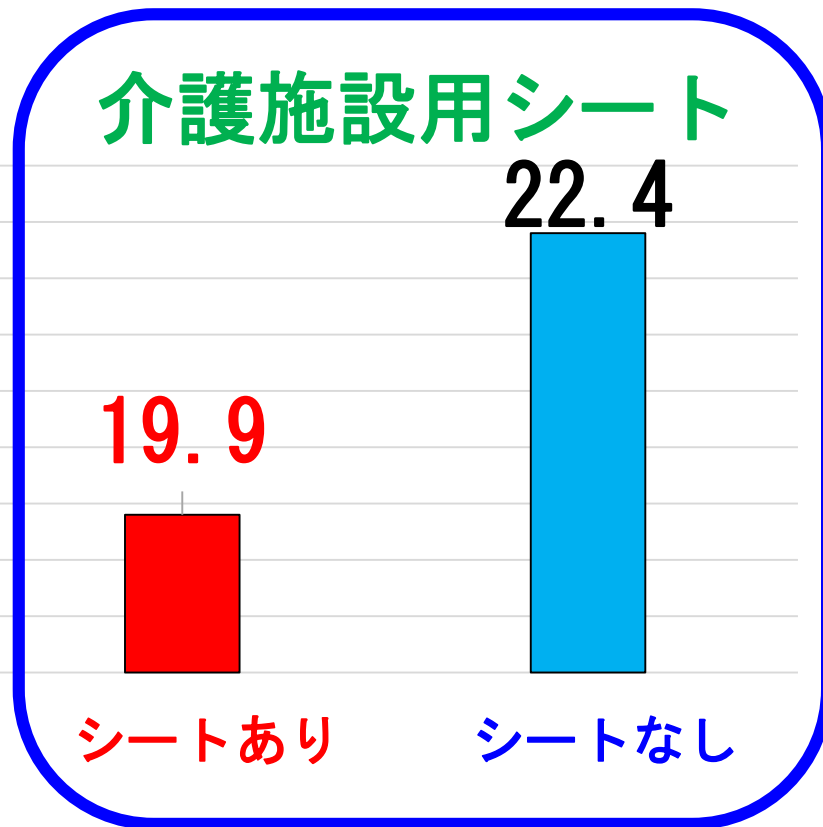
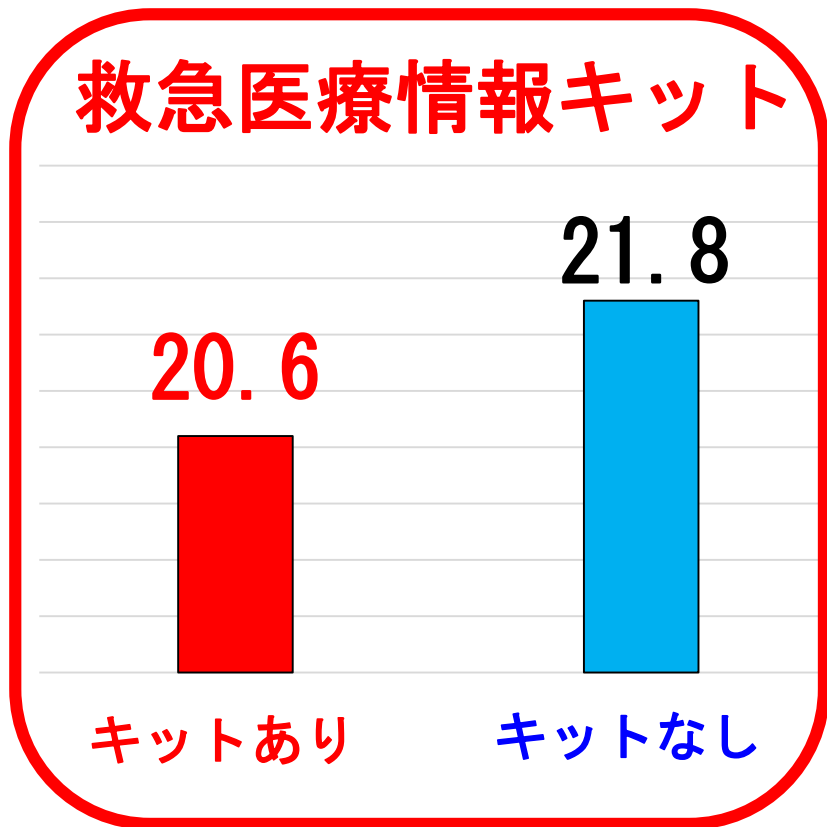
期 間	自宅用シート配布数
H29年12月1日～30年3月末	225
H30年 4月1日～31年2月末	1,187

● 救急医療情報キット 活用実績

H30年4月～H31年2月末

65歳以上の 救急出動件数	救急医療情報キット	介護施設用シート
1091件	71件	72件

現場滞在時間比較 (分)



多職種連携研修企画WG

●目的

「多職種の顔の見える関係づくり」「職種間の相互理解」「各職種の資質向上」を目的とした研修企画を立案する。

●実績（WG4回実施）

研修会4回開催（予定含む）

第1回「認知症介護家族の思い」 32名

第2回「非言語コミュニケーション」 38名

第3回「アドバンス・ケア・プランニング」 46名

第4回「多職種連携で支える高齢者の在宅歯科医療」





市民啓発WG

●目的

在宅医療や在宅看取りについて、市民の理解が深まるよう、普及啓発の具体的な取り組みについて検討する。

●実績（WG5回実施）

- ・しろい在宅医療フォーラムの企画・実行
- ・(仮称)白井市版エンディングノート「終末期に受けたい医療の希望」ページの素案作成

入退院時連携WG

●目的

入院・退院時に支援が着実に引き継がれるために、病院と介護支援専門員、地域包括支援センターとの間の情報共有の仕組み（ルール）について検討する。

●実績（WG5回実施）

（仮称）入退院時連携ルールBOOKの作成

(仮)入退院連携ルールBOOK 構成

1 白井市入退院連携ルールの基本

- 1)入退院連携ルールとは
- 2)ルールに関係する主な機関
- 3)ルールの対象となる患者(利用者)
- 4)ルールの見直し

2 入退院ルールの内容

- 1)入退院フローチャート ① 入院前に介護保険サービスを利用していた場合
- 2)入退院フローチャート ② 入院前に介護保険サービスを利用していなかった場合
- 3)退院調整が必要な患者の基準
- 4)病院等と地域包括支援センターとの調整について

3 各種様式

- 1)入院時の情報提供連絡票
- 2)千葉県地域生活連携シート(A表、B表)

4 各種資料

- 1)退院調整ルール参加病院の担当窓口一覧
- 2)居宅介護支援事業所一覧
- 3)地域包括支援センター一覧
- 4)行政機関担当部署
- 5)個人情報取り扱いについて

認知症対策WG(ポワールの会)

●目的

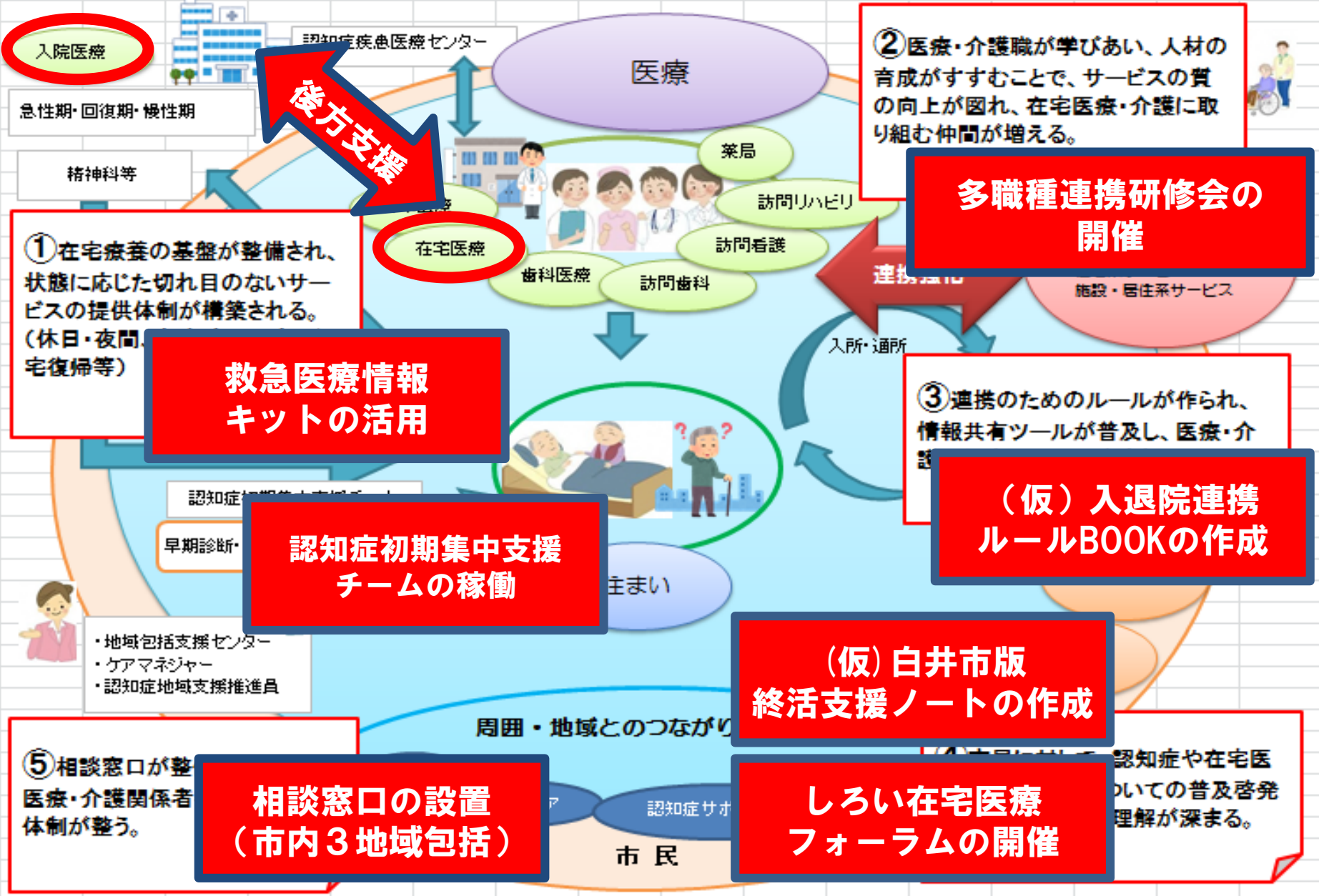
- ・認知症当事者支援、介護している家族への支援の充実につながる取り組みの検討
- ・認知症についての市民向け周知啓発について検討

●実績 (WG5回実施)

- ・家族支援: アンケート実施し「家族介護教室」開催
- ・本人支援: 地域の理解につながる周知啓発物作成
ふるさとまつりステージでの周知啓発実施
- ・家族・本人支援: 徘徊対策について検討し周知物作成

今年度の主な実績

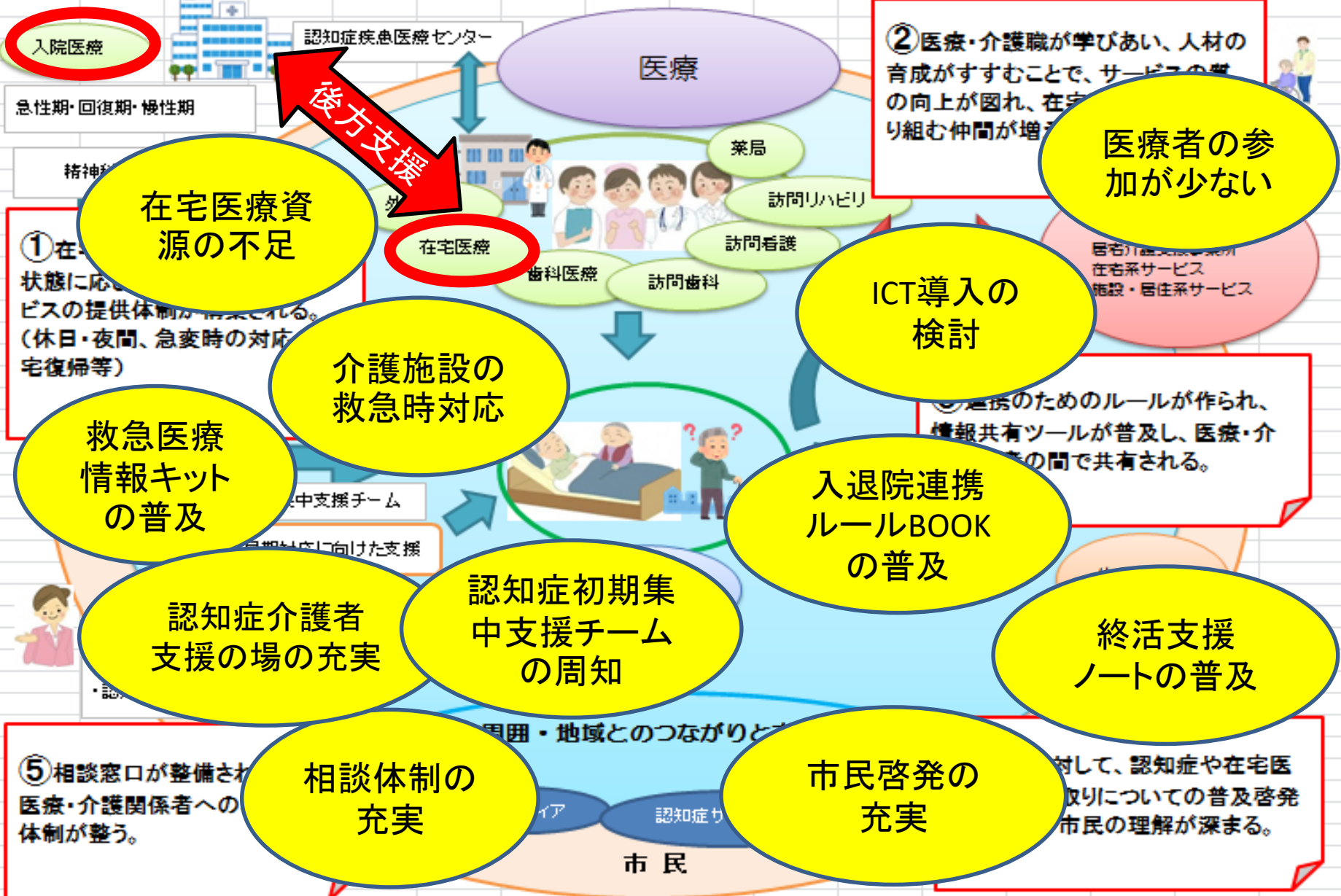
住み慣れた地域で、最期まで暮らし続けることができるためには・・・



5. 来年度の協議会 運営方針について

来年度の主な取り組み、検討課題

住み慣れた地域で、最期まで暮らし続けることができるためには・・・



入院医療

急性期・回復期・慢性期

精神科

①在宅医療
状態に応じたサービスの提供体制が構築される。
(休日・夜間、急変時の対応、在宅復帰等)

救急医療
情報キット
の普及

認知症介護者
支援の場の充実

⑤相談窓口が整備され、医療・介護関係者への体制が整う。

認知症疾患医療センター

後方支援

在宅医療

介護施設の
救急時対応

認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームの周知

相談体制の充実

医療

薬局
訪問リハビリ
訪問看護
訪問歯科
歯科医療

ICT導入の検討

入退院連携
ルールBOOK
の普及

認知症初期集中支援チーム

市民啓発の充実

②医療・介護職が学びあい、人材の育成がすすむことで、サービスの質の向上が図れ、在宅で暮らす仲間が増える。

ICT導入の検討

③連携のためのルールが作られ、情報共有ツールが普及し、医療・介護関係者間で共有される。

入退院連携ルールBOOKの普及

終活支援ノートの普及

④認知症や在宅医療について、市民の理解が深まる。

医療者の参加が少ない

認知症介護者支援の場の充実

ICT導入の検討

入退院連携ルールBOOKの普及

終活支援ノートの普及

市民啓発の充実

市民

在宅医療・介護連携、 認知症対策推進協議会

病院長会議

在宅医
療・救急
医療連携
WG

多職種
連携
研修企画
WG

市民啓発
WG

入退院
時連携
WG

認知症
対策WG
(ポワールの会)

平成31年度 協議会 日程(案)

第1回	2019年 6月27日(木)
第2回	2019年 9月26日(木)
第3回	2019年12月12日(木)
第4回	2020年 3月12日(木)