

表 2-2 診療情報提供書 (M)

紹介先：医療法人拓海会 大阪北ホームケアクリニック

平成 年 月 日

紹介医：院長 白山 宏人

所在地：〒532-0004 大阪市淀川区西宮原 1-8-24

紹介医職名：

新大阪第3ビル3F

診療科：

TEL 06-6350-0118 FAX 06-6350-0468

医師：

病歴などは貴院の紹介状等を添付いただいても結構です

⑧

| | | | |
|------------------------|---|---|--------------------------------|
| ふりがな | | | HBs-Ag (+, -, 未検) |
| 患者氏名 (ID:) | 様 <input type="checkbox"/> 男性 | 感染症 | TPHA (+, -, 未検) HCV (+, -, 未検) |
| | <input type="checkbox"/> 女性 | | MRSA (+, -, 未検/部位:) |
| 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日生 | 歳 | 血液型 型 Rh + - |
| 在宅療養 施行場所 | TEL: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 傷病名 | | | 既往歴 |
| 手術既往 有・無 | 時期: 年 月 日 | 転移 | 部位: |
| | 術式: | 有・無 | 最終確認時期: |
| 現病歴 治療経過 | | | |
| サマリー 添付も可 | | | |
| 採血結果 単位不要 別紙添付も可 | 検査日: 年 月 日 | | |
| | WBC: (Neu: % Ly: %) RBC: Hb: Plt: T-P: Alb: T-Bil: | | |
| | GOT: GPT: γ -GTP: BUN: Cr: Na: K: Cl: Ca: | | |
| 現在の 症状と その対処 | 疼痛 有・無 | 部位: 程度: 0=なし 1=時折または断続的な痛みで、今以上の治療を必要としない 2=中程度の痛みで、時に調子の悪い日もあり、日常生活にやや支障あり 3=しばしばひどい痛みで、痛みによって日常生活や集中力に著しく支障あり 4=耐えられない持続的な激しい痛みで、他のことを考えることができない | |
| | 鎮痛処置 有・無 | 麻薬使用: 有 ()・無 / 他の鎮痛剤使用: 有 ()・無 麻薬の副作用: 有 (悪心・嘔吐、眠気、便秘、幻覚、かゆみ、その他 ())・無 | |
| | 消化器症状 有・無 | 嘔吐、腸閉塞、便秘、下痢、腹水、嚥下障害、その他 () 程度を上記疼痛評価と同様に 0~4 で評価下さい: ____ / 対処: | |
| | 呼吸器症状 有・無 | 呼吸困難、咳、胸水、喘鳴、その他 () 程度を上記疼痛評価と同様に 0~4 で評価下さい: ____ / 対処: | |

1) 必要に応じて、別紙、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付してください。

診療情報提供書 I

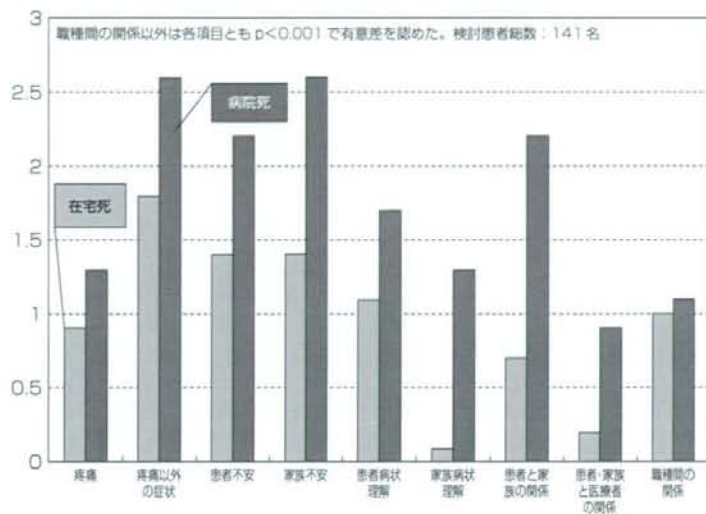
第3章◆在宅緩和ケアの実際—在宅療養支援診療所のモデルケース

| | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---------|----------------|-----|----|----|----|----|
| 現在の 症状と その対処 | 精神症状 | 抑うつ、不安、せん妄、不眠、興奮、認知症、その他 () | | | | | | | |
| | 有・無 | 程度：軽度、重度、その他 () / 加療：有・無 / 専門医受診：有・無 | | | | | | | |
| | その他症状 | 全身倦怠感：有 (重度、軽度)・無 / 食思低下：有 (摂取程度 %)・無 | | | | | | | |
| 創傷処置 (褥瘡等) | 有・無 | 浮腫：有 (著明、軽度)・無 / 発熱：有・無 / その他： () | | | | | | | |
| | 創傷処置 (褥瘡等) | 部位： () | 深さ： () | 対策：エマット有・エマット無 | | | | | |
| 処方 | 有・無 | 処置：軟膏 ()、ドレッシング ()、その他 () | | | | | | | |
| | 有・無 | () | | | | | | | |
| 処置 | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 (投与方法：持続、間欠 / 輸液量： ml/日) | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引処置 <input type="checkbox"/> ストマ (部位： ()) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |
| 告知状況 | | | 病状 | | 抗癌剤 | | 麻薬 | | |
| | | | 病名 | 病状 | 予後 | 使用 | 説明 | 使用 | 説明 |
| | 本人 | | | | | | | | |
| | 家族 | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 行っている場合には「○」、行っていない場合には「×」、 <input type="checkbox"/> 行っても家族に対する説明と異なる場合には「△」で記入してください。 | | | | | | | | |
| 本人への病状の説明内容： | | | | | | | | | |
| 本人・家族の説明への理解：本人 (良好・一部不良・不良)、家族 (良好・一部不良・不良) | | | | | | | | | |
| 主治医が予測する余命： | | | | | | | | | |
| 食事 | ・自立 ・部分介助 ・全介助または不可 (食事内容：普通食、トロミ食、キザミ・流動食、他) | | | | | | | | |
| 移動 | ・自立 ・部分介助 ・全介助または不可 ベッドからポータブルトイレや車椅子への移動で判断 | | | | | | | | |
| 整容 | ・自立 ・部分介助 ・全介助または不可 | | | | | | | | |
| 会話 | ・談話可能 ・簡単な会話可能 ・意志疎通困難 ・他の伝達方法を利用 () | | | | | | | | |
| 娯楽 | テレビや本を見る余裕：有・無 | | | | | | | | |
| 入浴 | ・自立 ・部分介助 ・全介助 ・不可 (訪問入浴：可・不可・不明) | | | | | | | | |
| 歩行 | ・50m以上の自力歩行可 (補装具着は可) ・50m以上の介助または歩行器使用だと歩行可 ・歩行不能の場合、車椅子にて50m以上の自力操作可能 ・該当なし (歩行不可) | | | | | | | | |
| 階段昇降 | ・自立 (手すり使用可) ・介助または監視を要す ・不可 | | | | | | | | |
| 着替え | ・自立 ・部分介助 ・不可 | | | | | | | | |
| 排泄 | ・失禁 (尿、便) なし ・時に失禁 (尿、便) あり、 ・不可 排泄の介助：要・不要 | | | | | | | | |
| 緊急時対応 | <input type="checkbox"/> 優先的に入院 <input type="checkbox"/> 空床があれば <input type="checkbox"/> 要相談 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |
| 相談場所 | 日中： <input type="checkbox"/> 担当医 <input type="checkbox"/> 連携室 / 夜間： <input type="checkbox"/> 救急室 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |
| 介護体制 | 主に介護をする方： () / 介護を援助できる方：有 (人・不明)・無 | | | | | | | | |
| | 主介護者の介護意欲： <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | | | |
| 看取り | 介護保険： <input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定なし <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | | | |
| | 最期の看取り場所の希望：本人 (自宅・病院・未定)、家族 (自宅・病院・未定) | | | | | | | | |
| 入院中 | 退院予定日：平成 年 月 日 | | | | | | | | |
| 自宅療養中 | 入院していた病院・施設： () / 退院日：平成 年 月 日 | | | | | | | | |

2) FAX 送信する際は、キリトリ線で切り取ったうえで送信してください。

診療情報提供書 II

図 2-12 終末期（死亡直前または再入院時）の STAS-J 評価



このような活動により、地域全体で患者・家族を支え、関わりを地域全体で共有していける体制整備が進むと考えている。

参考文献

- 1) 白山宏人：在宅ホスピス移行のための退院支援. 緩和医療学 8 (3) : 43-54, 2006

(白山宏人)

コラム 在宅看取りの経験がない診療所医師が在宅緩和ケアに取り組むコツ

これまでに在宅医療や在宅緩和ケアの経験がない診療所の医師が、初めて在宅緩和ケアに取り組むにあたってのコツについて考えてみたい。

まず大切なことは、「気負わない」ことだと考える。「在宅看取り」を完遂できなければ失敗ということでは断じてない。日々精一杯生き続けることを支え、苦痛緩和やQOLの維持向上を支援し続けた結果、たどり着くのが在宅看取りである。

初めて在宅緩和ケアに取り組むにあたっては、診療所医師にとっても動機づけのしやすい条件のほうがハードルが低いだろう。たとえば、もともと自院の外来に通院していた患者からの依頼である。特に、自分ががんと診断し病院に紹介した患者から「家に帰るので引き続き診てほしい」と頼まれれば、意気に感じるのは人情だろう。また、下記の症例ようにあくまでも病院のがん治療医が主治医であるものの、遠方の病院への通院は難しいとか、特定の症状コントロールや採血検査などについて副主治医的に関わるというケースなら、診療所医師の心理的負担は軽いだろう。

がん治療医が主治医、診療所医師が副主治医、訪問看護が関わる形での地域連携

外来化学療法を繰り返している患者。化学療法施行は嘔気のため、食事が摂れない日が数日続くということから相談があった。

→化学療法実施翌日から4日間訪問診療と訪問看護を計画して末梢輸液を実施するという形で全身状態をサポートすること、化学療法による骨髄抑制の程度を把握する目的で7日後と14日後の採血フォローを担当することになった。

再入院までの一時的な在宅療養期間中の管理を担当する

入院化学療法を継続している患者。4週間後に再入院する予定となっているが、体力の低下もあり、その間の病院への外来通院に不安を抱いているとの相談があった。

→再入院までの期間中、2週間に一度、診療所の外来に通院して、がん性疼痛に対する適切な緩和医療の提供や採血による腎機能のフォローアップなどを担当した。

以下に、「初めて在宅緩和ケアに取り組むコツ」を列挙してみた。これは1例にすぎないが、このような工夫を凝らしながら、1例1例経験を積み重ねていけば、在宅医療のニーズや、やりがい、診療報酬上の評価などを体験することができる。そして、まず1人の患者の在宅看取りを実現していただきたい。そうすれば、真に在宅で最期まで支えるということが実際に可能だということ、そしてその意義を体感することができるだろう。

初めて在宅緩和ケアに取り組むコツ

- 同時に担当できる在宅患者の上限数や条件をあらかじめ設定する
(総数5名まで/がん患者は1名だけ/かかりつけ患者に限る、など)
- 往診可能なエリアをできるだけ診療所近隣に限定する
(半径1km以内/町内に限る/線路の東側、など)
- 訪問看護をセットで導入する
(必ず密に連携している訪問看護ステーションに依頼してもらう)
- 緊急時の入院受け入れ先を明確しておく
- 自分よりも在宅医療を豊富に経験している医師に相談できる人脈を確保する
- (条件が許せば)在宅医療をサポートしてくれる看護師を自院で雇用する

第4章

在宅におけるがんの
症状コントロールのポイント(がんの症状コントロールについては <http://gankanwa.jp/> も参考)

症状コントロールの基本



患者や家族が住み慣れた地域で安心して生活できるようにするためのサポートの要は、適切な症状コントロールである。特に、薬剤が内服できなくなった場合や、症状の変化が現れた場合の備えが十分でないと、患者や家族は必要のない不安や苦痛に苛まれ、在宅で療養することを断念する場合が多い。

したがって、在宅での症状コントロールのポイントは、「内服できなくなった場合の症状コントロール」「症状が変化した場合の症状コントロールのための備え」である。その場合には、備えの内容をあらかじめ患者と家族に説明しておくことで安心して在宅で療養することが可能になる。また、在宅でのケアは、密室での医療になりやすいため、チームアプローチを基本とし、シンプルな指示や手技に努めることで初めて、「備えあれば憂いなし」(Hope for the best, Prepare for the worst, and Do the best)の安全・安心な在宅緩和ケアを提供することができることを忘れてはならない。

その前提として、地域の保険薬局との連携も重要で、コデイン錠やオキノーム[®](オキシドロン)が入荷までに数日必要となる薬局しか周辺にないのか、また、持続皮下注射を行うとなったときのシリンジポンプの手配なども、在宅では事前の状況把握として必須である。医療用麻薬のストックを置くことは、地域の保険薬局にとってはまだ慣れていないこともあるので、医師や看護師の連携のなかで、どこかの保険薬局であれば、短時間で医療用麻薬が入手可能かお互いに把握しておくことが求められる。

「症状が変化した場合の薬剤」として、いわゆる「置き薬」をイメージしてもらおうとわかりやすいかもしれない。たとえば、感冒などの処方を行う際に考えられる症状を想定して処方を行うことは、よく行われる。

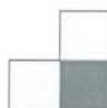
頻繁に行われるのは、現在、発熱はないが夜間や休日を乗り切るために、「発熱時」アセトアミノフェン0.5g 頓用、5回分、もしくはロキソニン[®](60mg)1錠頓用、5回分などは、よくみられる処方であろう。同様に「疼痛増強時」オキノーム[®](2.5mg)1包+ノバミン[®]

(5mg) 1錠頓用, 5回分, もしくはコデイン錠 (20mg)+ノバミン® (5mg) 1錠頓用, 5回分という処方により, 症状変化時に安心して1晩, そして週末を過ごせるであろう。

ただ, 医療用麻薬を「置き薬」と同じように考えるには, 飛躍しすぎという意見もあるだろう。医療機関ごとにやり方はさまざま, 医療機関内に麻薬は準備しているというやり方も尊重されるべきである。もちろん, 「置き薬」を使用しようとする際, また使用した際に, 訪問看護師などに連絡をとり, 確認することは, 患者や家族側が自分で安心を得るため, また医療者との連携のうえでも必要なことである。



内服できなくなった場合の 症状コントロール



1 鎮痛

鎮痛薬を内服できなくなったとき, アセトアミノフェンやNSAIDs (非ステロイド性消炎鎮痛薬) の投与経路変更を忘れがちで中止してしまう場合がみられるが, 状態悪化などで投与できない場合を除いて, アンヒバ®坐薬 (200mg), ボルタレン®坐薬 (25mg) などを用いて継続すべきである。

医療用麻薬を内服できなくなったときには, 投与経路の変更を適切に行う。「ステップ緩和ケア」(p.130) (研究班のホームページ <http://www.gankanwa.jp/>) にあるように, 力価表 (p.160) に従いオピオイドの投与経路を変更する。そのためにアンベック®坐薬やデュロテップ®パッチ, モルヒネ・バピナル®持続注射を事前に用意しておくことが重要であろう。具体的には訪問看護師による日中のアセスメントにより, 内服から坐薬, 貼付薬, 持続皮下注射などへの変更がありうることを医師・訪問看護師間でやりとりし, 医師が指示し, 夜間の1晩, 17時から翌朝9時までの16時間乗り切るべく処方をする。

在宅で経口投与されていた医療用麻薬が内服できなくなりそうならば, その日のうちに「別の医療用麻薬」が処方されていることが望ましい。そこは, 医師と訪問看護師との信頼に基づいた連携の再確認が求められる。ただ, 服薬コンプライアンスを考慮して24時間の徐放剤, パシーフ®やカディアン®などを用いていけば, 1日1回の内服であるから, 1晩に関してはレスキューで対応できるので, 悩みは少ないかもしれない。

以上を要約すると, 内服できなくなることを想定して, 「ステップ緩和ケア」(p.126) を参考にして, 医療用麻薬の変更 (オピオイドローテーション) を日中のうちに医師と看護師間で確認しておくことで, 慌てて保険薬局などに駆け込まなくてもいいようにしておくといよい。

2 鎮 静

不眠に対応するために内服していた睡眠薬が内服できなくなった場合、在宅でも「ステップ緩和ケア」(p.98)にあるように、セニラン®坐薬(3mg)、ダイアアップ®坐薬(4mg)、ワコビタール®坐薬(50mg)が簡便に使用できる。ただ、ダイアアップ®を成人に処方することに抵抗があった保険薬局も過去にはあり、そのあたりの連携、情報交換も必要であろう。

活動性せん妄が悪化するような場合で、内服ができないときにはリスパダール®液の舌下投与が有効である。全身状態が低下し、内服ができない場合で、身の置きどころのない苦痛や治療抵抗性の苦痛があると診断される場合は、在宅であっても、坐薬や注射薬を用いた鎮静を行うことができる。「ステップ緩和ケア」(p.108)にあるように、副次的鎮静、間欠的鎮静のステップを踏むが、特に在宅での鎮静を行う場合には、その密室性に留意して、十分なインフォームド・コンセントを行うとともに、ケアチーム内での話し合いや評価を行うことは必須であり、在宅ケアの場合でも当然、日本緩和医療学会の鎮静のガイドラインに従うべきである。



症状が変化した場合の 症状コントロールのための備え



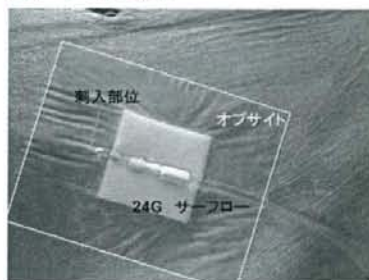
初診時(在宅側からすると退院時)や定期的な診察および多職種からのアセスメント報告に基づいて、病態を適切に把握し、今後起こりうる病状の変化を予測しておくことが重要である。鎮痛薬のレスキューと同じように、あらかじめ薬剤の手配を行い、必要に応じて対応することで、いざというときに慌てることなく、多職種スタッフと連携した適切かつスピーディな対応を行うことが可能となる。

1990年代、がん性疼痛に関する知識がまだ普及していなかった時期には、夜中などの医師不在時には、患者の疼痛増強時に看護師が、医師の指示を仰いでいたこともあった。がんの痛み苦しむ患者に対して何よりも迅速に対応するには、患者にとってどうあるべきかが議論され、医療者間の信頼のもと、予測される症状に対する処方というのが可能になってきたという歴史がある。

便秘時、不眠時、腹痛時、呼吸困難時など、病棟では現実的にみられ、予測される症状変化への指示は、必要とされる薬剤がすぐに手に入ることが背景にある。在宅では、すぐに薬剤が手に入らないという現実があるので、よりいっそうアセスメントが求められるということになる。

また、在宅における医療用麻薬のベースラインを増量する判断に関してだが、痛みの増強または新たな痛みの出現があれば、必要に応じて、レスキューを用いて対応されるであろう。内服の場合、その投与量は1日投与量の1/6で設定されているであろう。残存・増強した痛みの

図4-1 皮下輸液



治療については、「ステップ緩和ケア」(p.28)に具体的な記載がある。その定時およびレスキューで用いられた1日投与量を、翌日には定時の投与量とするべく、訪問看護師がアセスメントをしながら医師と連携をとり、至適投与量が決められていくことは、病棟であっても在宅であっても同じである。より患者側に近い、訪問看護師のアセスメントが非常に重要であるし、在宅を進めていくうえで求められる能力であることを確認しておく。



在宅における持続皮下輸液の実際



皮下輸液は、「ステップ緩和ケア」(p.138)に示されている。静脈からの輸液が困難な場合(血管確保が困難、認知症やせん妄のため静脈注射が危険)が対象となる。心臓が弱ってきた患者や高齢者に対して、過剰輸液を避けて安全性も高い点滴方法として評価されてきている。

適応の再確認としては、PS(全身状態)の低下があり、ほぼ寝たきりであまり移動・移乗しない状態である。刺入部は、胸部上部、腹部、大腿上部などの皮下脂肪があり浮腫がないところや、皮膚がたるんでいる部分、体動があっても除去されにくい場所を選ぶ(図3-1)。日本緩和医療学会(<http://www.jspm.ne.jp/>)の「終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン」(2007年4月)も参照していただくことを前提として、栄養補給を目的とした点滴は歩く体力のある人には必要だが、点滴だけで終末期の患者を元気にすることはほとんどないので、適量・適法で苦痛緩和に役立ててほしい。

〔松本武敏・菊地信孝〕

第5章

退院支援・退院調整の 考え方と実際

A

病院からの退院支援

1 患者と医療者のすれ

人口の急激な高齢化を迎えているわが国では、医療費適性化政策の重要な柱として施設完結型から地域完結型の医療提供体制を確立することが求められている。高齢者にとっては、病院での生活は生活機能の低下を招くばかりでなく、院内感染や慣れない環境での転倒・骨折などリスクを負うことになるため、できるだけ早く住み慣れた環境に戻り、療養を継続することが望ましいといった医療者側の考え方がある。それを実行するためにも入院早期から退院後の生活の質を十分に検討しながら、退院の準備を進めることの必要性がますます高まっている。ここで、簡単に退院支援の基本的な考え方とその方法について説明したい。

退院支援を始めるにあたり、まず医療提供者と患者および家族が同じ認識をもつことが重要であるが、実際にはそうではない状況にしばしば遭遇する。患者は、「病気が治ってから退院したい」とか、「歩けるようになったら退院したい」と願うであろう。それに対して医療者は、「完治はしなくても、自宅で治療を継続することができる」とか、「退院後もリハビリテーションを続けることができる」と思っていることが多く、両者の退院に対する認識が初めからずれていることがしばしばある。特に進行がん患者の場合、患者に病状が重篤であることを知らされていないこともあり、退院のゴールに関するイメージが、患者、家族、医療者の間でまったく異なっている場合もある。

2 退院支援・退院調整とカンファレンス

退院に向けて支援したり調整したりするうえで、カンファレンスがとても重要な役割を果たす。先にも触れたように、退院に向けて関わる患者および家族と医療従事者の意向はしばしば食い違っている。それを1つの方向に絞り込んでいくためには、十分な話し合いを持つことが重要であることはもちろんであるが、話し合いを企画し、望ましい方向にまとめ上げていくプロセスそのものが退院支援・退院調整のプロセスになる。そのため、行き当たりばったりの話

し合いではなく、意図的に計画的に話し合いの場すなわちカンファレンスを開催していくことが重要なのである。

退院に向けてのカンファレンスは、小規模のものから大規模のものまで数多く開催されているが、ここではその重要な柱となる2つのポイントでのカンファレンスのポイントについて触れておく。まずは、入院後早期に開催されるカンファレンスであり、病棟において入院診療計画書を作成すると同時くらいに、担当医師、担当看護師、退院調整看護師といった医療者のみの最小限のメンバーからなるカンファレンスである。そして、退院直前の入院中の締めくくりとして開催され、介護保険利用者に対してはサービス担当者会議に相当するような、退院後関わるすべての職種が集まり、それぞれの役割分担や今後のスケジュールの確認を行うカンファレンスである。ここでは前者をカンファレンス〈1〉、後者をカンファレンス〈2〉として解説する。

また、ここで使用している退院支援と退院調整という2つの言葉については、次のような意味を含めて使い分けているのでお知らせしておく。

退院支援は、患者および家族が、生活の場をかえて療養を継続するという選択肢があるということを理解し、どこでどのような療養生活を送ればよいのかということを選択することができるように関わることである。また退院調整は、患者が居宅などの環境においても、必要な医療が継続していくよう、居宅サービス利用、療養環境整備、必要物品の調達、療養費の試算といった多方面からの調整を行うことを指している。

両者はまったく別のものではないが、退院支援をすることなく退院調整のみを行っても円滑な退院にはつながらない可能性がある。また、本人が退院する気持ちを強くもっていても、それを支えるための調整が難航すれば、患者の希望が叶わない場合もあるだろう。両者の機能がバランスよく提供されていくことが重要であると考えている。

3 カンファレンス〈1〉の目的

退院に対して共通した認識をもつためには、患者、家族、医療者が話し合いをもつことが必要なのはもちろんであるが、まず医療者の間で可能となる選択肢についてあらかじめ確認しておき、そのうえで患者・家族と話し合いをもつことが重要である。退院後にも必要となる医療や介護については、特に医療者間で共通の理解ができるような標準化が進んでいない領域であるため、在宅医療を経験した医療者や退院調整に慣れている医療者（訪問看護経験者など）を含んだ医療チームでまずは退院に向けてのおおよそのイメージを話し合うことが重要となる。

医療チームとして検討することは、治療に関する大まかな経過についての見通しを確認し、その見通しのなかのどの時点で退院が可能であるかについて話し合うことである。この段階で必要なのは、家族介護者の状況など患者を取り巻く状況を検討するというよりも、投薬スケジュールやリハビリテーションの目標設定などについて、患者のQOLを重視した場合、どのような選択肢がありうるのかということを検討することがである。

たとえば、胃瘻造設患者については、1日3回の栄養剤の注入が必須であるのか、回数を減

らすことはできないか、経口摂取に向けたリハビリテーション・プログラムをどの時点で開始し、それをどのように継続していくのか、それを提供していける地域の医療チームはあるのかといったことである。退院後にも必要となるこのような医療の継続については、できるだけ種類や回数を少なくし、簡便な方法を選択することが基本となる。

4 カンファレンス〈1〉と〈2〉をつなぐ退院支援

次に、患者・家族を交えての話し合いをすることになるが、医師が患者・家族（時には家族だけ）を相手に病状説明をし、その場面に看護師が立ち会って記録をするといった病状説明の場面だけでは十分ではない。患者および家族が医師から説明を受けた内容をどのように理解をして、そのうえでどうしていきたいのかといった意思決定をしていくプロセスにも、医療者として寄り添い、支えていくことが必要である。

主治医に対してなかなか質問ができないという患者・家族も多く、相手の理解度に応じた追加の説明を行うなど、より患者・家族に近い存在として時間をかけて支援することが、主として看護師や医療ソーシャルワーカーに求められる。がんを含め、その患者の病態についてよく理解をし、療養の場に応じた医療の提供方法や介護サービスなどについて専門的な知識をもつ看護師や医療ソーシャルワーカーなどがこの役割を担うことで、さらに具体的な療養相談に乗ることができ、患者・家族の不安に応えることが可能となる。

こうしたプロセスを経ながら、自宅に帰ることを患者・家族が考え始めるかどうかであるが、それは医療者の関わり方が関係していると考えている。進行がん患者が病院のベッドで過ごし、なかなか改善しない自分の病状と向き合いながら、病室の天井をじっと見つめている状況を目している医療者は何を考えるであろうか。もしかしたら、「この方、このまま何もしないうちに亡くなるのではないか。それでよいのだろうか。自分だったら嫌だな」と考える医療者がいるであろう。そうした気持ちをもてる医療者であれば、患者と一歩踏み込んだコミュニケーションをとって努力をしてほしい。

コミュニケーションを図るきっかけをつくることは、そう難しいことではない。まずは30分くらいの時間があればよいと思うが、患者のベッドサイドに行き、できれば椅子などに座って「いかがですか」とたずねてほしい。「痛みは大丈夫」と、患者は答えるかもしれない。こうしたとき、「痛みではなく、あなたのこれからの人生について伺いたいです」と踏み込むことはできないだろうか。「あなたがどのような人生を歩かれて、これからどうしていきたいのか、どうしていきたいのかについて伺いたい。そのうえで何かお役に立ちたいのだ」というメッセージを伝えてみてほしい。その時には話し出さない患者も、たびたび関わることで話し出すだろう。なぜなら、その患者にとっての一番の関心事項であるからにはかならないからである。

医療者としてこのような患者の意思を確認する際に必要なのは、このような重篤な状況で自宅に退院するのは無理であろうと推測するのではなく、いくら重篤であろうと患者がどのように考えているのかということをおの言葉で表現できるように関わることである。時には、家

族に遠慮をして患者本人が自分の意見を述べない場合もあるかもしれないが、遠慮をしてよい状況なのか、家族の思いも聞きながら総合的な支援を行っていくことになる。

支援には、具体的な見通しをもちながら患者・家族と関わるが必要となる。施設への転院、自宅への退院など、どのような選択をしようとも、具体的な情報を提供できる能力が医療者には求められる。具体的な情報は、地域にある施設や在宅ケア事業所の事情、退院後の医療提供方法、費用のことなどを含んでいる。

5 具体的な退院調整

患者・家族の意思が固まってきたら、退院後の生活を見据えた具体的な調整作業に入る。調整の柱となるのは、医療の継続に関わるものと、介護の継続に関わるものの2つに分けると考えやすい。医療の継続については、退院後必要となる薬剤、医療機器を決定し、それらを継続していくために必要なシステムを整えることになる。たとえば、疼痛管理のために持続皮下注射が必要となれば、麻薬の処方箋を扱うことのできる保険薬局を選定すること、注入ポンプの機種を選定すること、そしてそれらを継続して利用していくための処方箋を書く医師を決定し、その医師が継続的に患者の診療を行うための体制を調整することなどを含むことになる。こうした医療の継続については前にも書いたが、できるだけシンプルな方法を選択することが重要である。

医療の継続に関わる調整として、訪問看護導入の必要性についてアセスメントをすることが重要な要素となる。訪問看護は、各種カテーテルの管理や褥瘡処置を要する患者の場合に依頼されることが多いが、本来看護の役割として重要視されている予防機能に関しても訪問看護を活用する方向での導入を検討することが必要である。たとえば、歩いて通院できる患者であっても、訪問看護を必要とする患者がいる。

通院している進行がん患者も多いと思われるが、そうした場合、鎮痛薬を外来で処方される場合もあるだろう。薬剤による効果や副作用をモニタリングしながら評価をしていくことが重要であると考えられる患者の場合、帰宅後のセルフケア能力が十分に備わっているかどうかという視点からのアセスメントを十分に行うことが重要である。病院では「はい、わかりました」と答えていた患者でも、実際には服薬をせず我慢していたといった事例もあるため、患者の服薬についての理解度について判断に迷う場合は、訪問看護の導入を検討すべきであろう。この時期から訪問看護を導入しておくことで、終末期が近づいた時にも在宅で医療を受けることに対する患者や家族の抵抗感が少なくなるのではないだろうか。また、医療者にとっても自宅での生活を知ることで、終末期に向けたケアの方向性について、患者・家族と話しやすくなり、より充実したケアの実践に役立つものと考えられる。

介護の継続については、患者の身の回りのケアと家事が含まれる。身の回りのケアには、食べること、排泄すること、身体の清潔に関することなどがある。排泄に関するケアの必要性を抱えている患者の場合、退院直後から失敗しないよう調整をしておくことが、その後の生活の継続においてきわめて重要となる。患者・家族に介護に関する指導を最低限の範囲で行うこと

はもちろんではあるが、病院内での指導には限界があるため、退院後できるだけ早く、できれば退院当日に訪問看護などのサービスを導入するよう調整することも重要である。

また、介護に関連した家事については、1人暮らしや高齢者のみの世帯が増えているなかで検討を要することが増えている。買い物、炊事、洗濯、掃除、ゴミ出しなどが滞りなく継続できることを保証するための調整が必要となる。介護保険では、家事についても訪問介護サービスにおける生活援助として依頼することができる。

医療と介護の調整を退院調整の2本柱として位置づけ、それに関連して必要な物品を調達したり、その患者特有の在宅ケアネットワークをつくり上げていったりする作業が退院調整の役割である。消耗品となる物品については、おむつからカテーテルまで幅広い種類の物がある。主治医の所属する医療機関が在宅医療指導管理料の範囲で患者に渡す物、患者が薬局などで自費購入する物に分け、滞りなく患者宅で活用できるように調整する。医療機関が出すべき物品を患者に買わせることがないよう、きめ細かな調整を要する。在宅ケアネットワークに関しては、患者が退院後に必要とする人、物、サービスの流れを一覧できるように整理することである。病院、診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、薬局、ボランティア団体、役所、時には消防署なども含めたネットワークができ上がってくる。

こうした退院調整は、医療機関のなかのスタッフがリーダーシップを発揮して実践することが重要である。退院調整の実施は医療ソーシャルワーカーと考えている医療者も少なくないようであるが、前述した通り、病状やその進行について予測しながら計画立案していく医療者の立場で、治療を含む医療の内容を調整することが不可欠であるため、病院の医療スタッフ（医師と看護師）が患者の生活を見据えた医療の調整をすることがきわめて重要となる。それと併せる形で、医療ソーシャルワーカーや介護保険を利用する場合には介護支援専門員（ケアマネジャー）とともに、介護サービスの検討や、必要物品の調達方法、生活費や医療費の確保といった手続きを進めていくことが望ましい。退院調整に必要なノウハウは多岐にわたり、また詳細であるため、それを専任で実践する退院調整看護師といったスタッフを養成することも、今後さらに重要になってくるものと思われる。

(山田雅子)



退院支援プログラムとその活用



1 退院支援が必要な患者とは

がん患者のみならず、入院中に完全に病気が治癒し、退院後、元の生活に戻れる患者は心配いらないが、多くの患者は退院後にも病気と向き合って生活する必要がある。入院中には、患

者教育を主治医・看護師・薬剤師・栄養士から提供し、退院後は定期的な医療機関への通院を継続するなかで生活の場・就労する場しながら病気と向き合っていく生活に患者は入っていく。

しかし、患者や家族だけでは退院後の生活を支えることができない状況で、退院を迎える患者も増えている。それはどのような患者であろうか。

- ・退院後も複雑な医療管理が必要である
- ・再入院を繰り返す
- ・入院前に比べてADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要である
- ・独居、または同居であっても必要な介護を提供できる状況にない

つまり、「急性期医療を受ける時期が終了しても、なんらかの継続する医療・介護があるが、患者・家族だけでは困難な状況にある」という患者である。

2 退院支援が必要な患者の特定

入院期間が短縮されていくなかで、早期に退院支援の必要な患者を特定し、医療チーム内で退院時の生活のイメージを共有し、継続が必要な点の教育やADL低下の予防的視点に立って離床を進めることが重要である。そして何より重要なのは、患者・家族と退院時の生活イメージを共有し、「○○のような生活を目指してこのようにリハビリを進めましょう」とか、「医療処置について練習していきましょう」と、目標をもって患者と一緒に始めることである。

だから、今までの治療経過のみをみて提示する医師の退院決定を待つのではなく、「生活療養のリーダー」である看護師が医師に看護師としてのアセスメントを伝え、患者・家族の思いや自宅での生活状況から「このような支援を入れて、在宅生活が送れるよう退院支援を進めましょう」とアプローチして患者・家族の自己決定を支援しながら、計画的に自宅に帰ることを目指していくことが重要である。

スクリーニングシート・在宅に向けたアセスメントのためのポイントや活用できるシートは、「チームで行う退院支援—入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイド」「ナースのための退院調整」を参考にされたい。

1) 入院時に気づけるポイント

入院時看護師がとる看護情報は、「入院環境において安全に医療・看護を提供するために必要な情報」である。退院後の生活をイメージするときに必要な情報はどのようなものを次に記す。

まず、入院する前、今回の入院の原因となった病状の発症前はどのような生活を送っていたか、ADL・IADLで家族やなんらかの支援を受けていたかといった情報を得ることが必要である。急性期の看護師は、つつい目の前の患者の様子だけで患者の能力を決めてしまう傾向がある。たとえ高齢者でも発症前自立していた人は、安静を強いられても早期に離床を勧めれば自立することも多いが、医療者が高齢者だからとの理由で自立をあきらめてしまうことも多

い。入院前の生活を知ること、ADLを落とさないように看護ケアを提供することが目標になる。医師へ早期離床を進めるためのアクションを起こすことが重要である。

次に大事な情報は、家族の状況である。継続する医療や看護が必要になったとき、患者へ指導をして自立できるか、家族でサポートできる人は誰か、別居している子どもたちの就労状況や患者宅に近いか、おまな介護力にはなれないが、キーパーソンとして家族をまとめる能力は誰がもっているかなどである。

入院時には家族が同行することも多いので、この2点の情報をとる大事な機会になる。この情報をとる場面が、実は退院支援の動機づけ、はじめの一步になるのだ。

2) 治療経過をみながら必要性の判断をする

主治医と入院目的に沿って治療経過をみながら、退院時をより具体的にイメージし、それを共有をする。入院時にとった情報の2点を背景として考え、在宅サービス利用の必要性を考える。

このとき、患者の状態を「医療上の検討課題」と「生活介護上の検討課題」に分けてアセスメントする。疾患から必要な医療的な課題と、入院前から継続しているADLの問題を一緒にしてしまうと、障害がありながらも生活していた患者の状況を知らずに問題を大きく複雑にしてしまう危険性がある。急性期に医療者がきちんと整理するポイントは、「今回の入院理由から考える課題」、そして病気の今後の予測から起こりうる「生活のしづらさ」にどのような「支える医療」が方法としてあるのかである。患者・家族にこの部分がきちんと説明され、整理されると、介護のケアマネジャーや地域の在宅医によって、生活支援のサポート体制は見事な連携で構築してくれる。

3) 在宅サービスへの調整・マネジメント

患者・家族だけでは必要なケアや管理ができない場合、在宅医療や在宅ケアのサービスを使うことで安心した在宅生活につながる。がん患者の場合のサービス利用について簡単に紹介する。

まず、医療上の課題に対して、訪問診療が必要である。ADLが自立して通院可能な状態でも、症状が強くなったとき、往診可能な医師であれば将来的な在宅ホスピスの支援も可能になる。当院でがん患者の在宅医を紹介するとき、患者・家族が「なるべく最期まで自宅を希望する」場合や、病状的な背景や家族関係、介護力から「在宅看取り」が可能な患者の場合、24時間体制の在宅療養支援診療所に依頼することが多い。背景から看取りまでは難しい場合は、以前からのかかりつけ医がいれば、24時間体制で対応できなくても可能な範囲のサポートをお願いすることもある。

訪問看護は、筆者はがん患者の在宅生活には必須であると考えている。在宅医だけでは、患者の生活面の細かいサポートは難しい。患者も「先生にこんなことまで相談するの…」と躊躇してしまい、実はそのことが重要な鍵になる場合も多い。また、患者と家族の思いをそれぞれ

に聞きながら、最期の瞬間を迎えるまでに患者と家族を向き合わせる家族調整が重要になる。

訪問看護は、患者の訴えや生活状況から「症状緩和の評価」を行う。また直接ケアを提供する場面、たとえば入浴、清拭、排便コントロールにも関われる。病状が不安定な患者に日々接する家族の介護そのものの軽減にもつながり、ケア場面を通じて患者の思いに触れることもできる。筆者が在宅ケアの経験のなかで、患者の身体に触れているときに患者は「心の声」を聴かせてくれると実感している。いつも言えない「ありがとう」という思いを嫁や妻にもっているんだ、という本音が出たりする。家族にそっとそのことを伝え、家族はそれだけで最期まで頑張れることにつながる。在宅医と訪問看護の密な、そして深い連携があってはじめて患者と家族に寄り添える在宅医療になる。

介護的な課題に対しては、40歳以上の場合、「末期がん（余命6カ月）」という診断であれば介護保険が利用できる。使うサービスとして多いのは「電動ベッド・車椅子」といった福祉用具のレンタルである。布団からの起き上がりが困難であったり、上体挙上する必要があったりする場合、医師の意見書に記載があれば介護度が低くてもレンタルが可能なので、病状からサービスの必要性が訴えられる意見書にしたい。訪問看護は、「末期がん」の場合は「医療保険給付」になるため、限度額にしばられず回数制限を設けずに利用できる。注意しなくてはいけないのは、医療保険給付の場合は3割自己負担になるので、65歳以上で「末期がん」でなくても介護認定が受けられる場合には、訪問看護も介護保険給付をして1割自己負担にする場合もあることである。患者の病状、必要な医療管理、ケア内容によって「どのようなサービスを提供することが必要か」をアセスメントして適切に行い、サービスへつなぐことがポイントになる。

したがって、病態予測を行える退院調整看護師がソーシャルワーカーと協働して退院調整する仕組みが必要になってくる。

がん患者で骨転移や脊椎転移があって、自宅の浴槽では入れない患者にとって、「訪問入浴」による入浴サポートがとても感謝されることが多い。亡くなる前日まで訪問入浴を受けていて「この瞬間が痛みがまったくなく幸福な時間だった」という声を何度も聞いている。看護師とヘルパー2人の3人体制で、組み立て式の浴槽を持参し部屋で実施する。自己負担も1,200円前後である。

生活介護上のサポートについては、退院後の生活状況をみながら、ケアマネジャーが少しずつ組み立てることが可能である。医療的な課題のアセスメントや、在宅医による往診や訪問看護の継続は、病院側が行う退院調整のなかで、必ず実施すべきこととして挙げる必要がある。がん患者の多い病棟では、医師や看護師が在宅での生活場면을イメージしながら、患者・家族と退院準備を進めることを当たり前にしていきたい。そして、退院調整部署の看護師やソーシャルワーカーが、地域サービスと連携する仕組みを構築していく。

退院した後の在宅医や訪問看護師、ケアマネジャーとの窓口も引き続き退院調整部門が行うことで、患者が再入院が必要などの窓口にもなれる。また、在宅看取りを可能にした場合は、病棟看護師へのフィードバックも行い、自分たちの退院支援の評価を行うことも大切であ

図5-1 退院支援・調整プログラム フローシート³⁾

退院支援・調整プログラム フローシート

- ◆ このプログラムは、退院後も継続してケアを必要とする入院患者を特定し、その人と家族が安心して退院できるよう医療と福祉サービスをつないでいくために病院職員が取り組む方法を示すものです。
- ◆ なお、ここでは入院から退院までの期間を取り上げていますが、診断後で治療開始まで間がある患者や外来で麻薬を導入する患者など、外来にて継続したケアを必要とする事例についても対象として応用し、活用できるものと考えています。

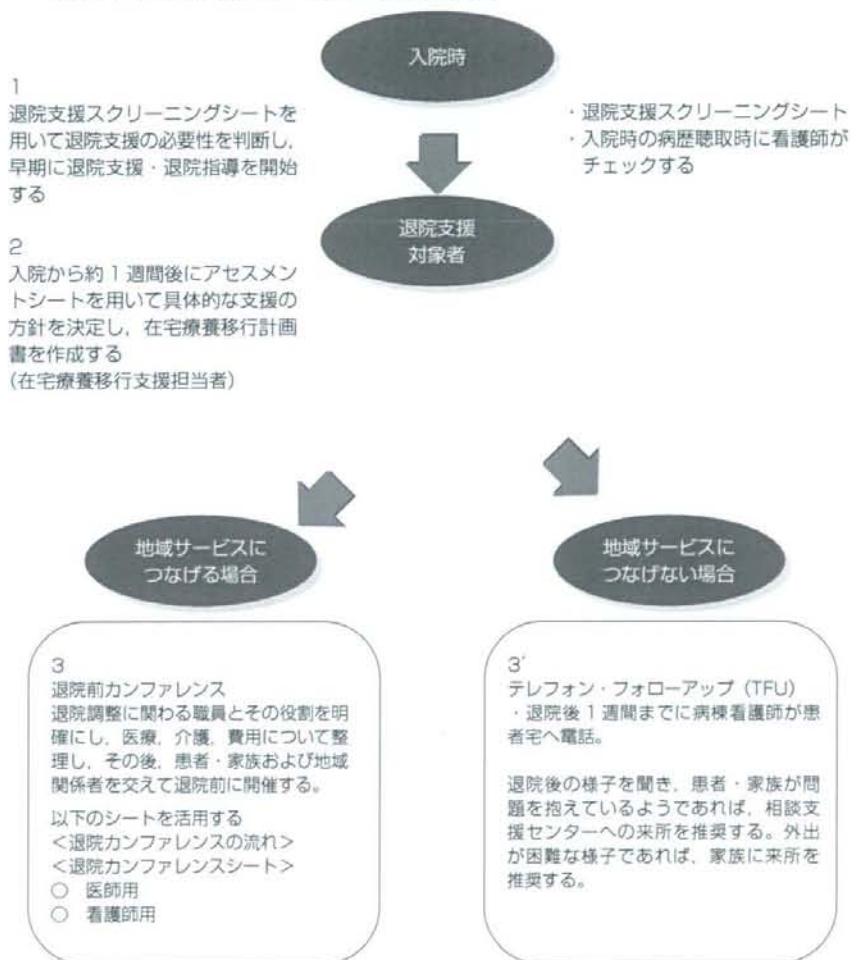


図5-2 退院支援・調整スクリーニングシート³⁾

| 退院支援・調整スクリーニングシート | | | | | | | |
|---|---|-------|---|-------------------|---|-------------|-----------------|
| | | 評価日 | | 年 | 月 | 日() | |
| | | 退院予定日 | | 年 | 月 | 日() | |
| 氏名 | 性別 | | | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年齢 () 歳 |
| 入院日 | 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) →介護度変更申請の必要性:有・無 | | |
| 病種 | | | | | 2. 申請中 3. 必要あるが未申請 4. 不要または非該当 | | |
| 特定疾患 | 無・有() | | | 身障手帳 | 無・有() (級) (種類:) | | |
| 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(住診可/不可) 2. いない | | | ケアマネジャーは決まっていますか? | | | 1. はい 2. いいえ |
| ■第一段階(48時間以内に記入):(病棟看護師が記入) *BPSDは「認知症に伴う行動・心理障害」をさす | | | | | | | |
| 区分 | 項目(当てはまるものすべてに○) | | | | | 記入日: / | |
| 主疾患 | 1. 悪性新生物 2. 脳血管障害 3. 難治性神経疾患 4. 心疾患 5. 骨折 6. 慢性呼吸器疾患 7. 糖尿病 8. うつ病 9. 認知症 10. 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() | | | | | | |
| 医療処置 (退院後予測される) | 1. 気管カニューレ 2. 人工呼吸器 3. 吸引 4. HOT 5. 注射・点滴 6. 中心静脈栄養 7. 経管栄養 8. 腎臓 9. 膀胱カテーテル 10. 尿管皮膚瘻 11. CAPD 12. ストーマケア 13. 褥瘡処置 14. 疼痛(麻痺)管理・症状のコントロール 15. リハビリテーション 16. その他() 17. 特になし | | | | | | |
| 入院形態 | 1. 再入院(1カ月以内 2カ月以内 半年以内) 2. 緊急入院 3. その他() | | | | | | |
| 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. 同居・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. 有料老人ホーム・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. 有料老人ホーム・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 | | | 社会復帰への支援 | | 1. 必要 2. 不要 | |
| 退院後の生活についてのご希望 不安なこと | | | | | | | |
| ■住宅医療移行支援の必要性について:(病棟看護師が記入) | | | | | | | |
| 支援の必要性 ※○は1つ | 1. 在宅医療移行支援担当者が中心となり対応 2. 病棟看護師が中心となり対応 3. 不要 | | | | | | |
| 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継続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() | | | | | | |
| ■住宅医療移行支援の必要性について:(在宅医療移行支援担当者が記入) | | | | | | | |
| 在宅医療移行支援担当者 | 職種() 部署名() | | | | | | |
| 支援の必要性 ※○は1つ | 1. 在宅医療移行支援担当者が中心となり対応 2. 病棟看護師が中心となり対応 3. 不要 | | | | | | |
| 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継続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() | | | | | | |

図5-3 アセスメントシート³⁾

| アセスメントシート 第二段階 (約1週間後に記入) 在宅医療移行支援担当者 | | |
|---------------------------------------|--|--|
| 区分 | 項目 | 記入日: / |
| 疾患・症状 ※○はいくつでも可 | 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 () | |
| 医療処置 ※○はいくつでも可 | 1. 気管カニューレ 2. 人工呼吸器 3. 吸引 4. HOT 5. 注射・点滴 6. 中心静脈栄養 7. 経管栄養 8. 腎臓 9. 膀胱カテーテル 10. 尿管留置 11. CAPD 12. ストーマケア 13. 褥瘡処置 14. 疼痛(麻薬)管理・症状のコントロール 15. リハビリテーション 16. その他 () 17. 特になし | 薬 状 況 具体的内容(自由記述) |
| 日常生活動作 ※○は各々1つ | | |
| 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 | |
| 整容 | 1. 自立(用具は準備してもらう) 2. 全介助 | |
| トイレ動作 | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 | |
| 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 | |
| 起居・移動 | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助だが座位はとれる 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 | |
| 更衣 | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 | |
| 階段昇降 | 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 | |
| 認 知 | 0) 正常 1) 軽度(通常の家内行動ほぼ自立、日常生活上助言や介助は必要ないが、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) | |
| 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 () | |
| 希望する 退院先 | 本人 | 1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・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. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他 () 7. 未確認 |
| 家族・介護者の状況 (家族の介護力、退院に対する不安など) | | |
| その他の状況 | (社会資源・入院前の在宅サービス利用状況など) | |
| 支援の必要性 ※○は1つ | 1. 在宅医療移行支援担当者が中心となり対応 2. 病棟看護師が中心となり対応 3. 不要 | |
| 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の医療が必要な患者 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 () | |

図 5-4 在宅医療移行計画書²⁾

在宅医療移行計画書

| 患者 ID | | 病棟名 | | 計画決定日 | 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(全てはまるものすべてに○) 院内 医師(部門) 理学療法士 医師 医師(病棟) 作業療法士 訪問看護師 看護師(部門) 言語療法士 ケアマネジャー 看護師(病棟) ケアマネジャー ソーシヤルワーカー その他() その他() | |
| 生年月日 男 女 期 | 年齢 | 承認・症状 | 本人 家族 医師() | | |
| 退院に向けての目標/退院時に期待される状態 | | | | | |
| 自宅医療移行に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) | 退院に向けた「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) | 入院中に実施する支援(退院調整) | 入院中に実施する支援(退院調整) | 退院先 有： 無 | 退院先 有： 無 |
| 1 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 2 入院中に実施する支援(退院調整)に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 3 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 4 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 5 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 6 その他 | 1 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 2 入院中に実施する支援(退院調整)に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 3 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 4 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 5 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 6 その他 | 入院中に実施する支援(退院調整) | 入院中に実施する支援(退院調整) | 退院先 有： 無 | 退院先 有： 無 |
| 以下の項目を必ず記入してください。 1 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 2 入院中に実施する支援(退院調整)に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 3 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 4 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 5 退院後の生活に関する「退院後の生活」に関する (退院調整)の心づき方、退院調整(記載) 6 その他 | | | | | |