

入退院時支援部会

部会長 植木 光代

副部会長 早津 敏彦

委員 金澤 責

小笠原 直

斎藤 謙

中澤 康平

オブザーバー 相澤 由美子

平成29年度 入退院時連携に関する課題

- 病院側は退院後の在宅生活のイメージができていない
- ケアマネジャーや地域包括支援センターは病院に対して、情報を収集するのにハードルが高いと感じている。
- 訪問看護は特別な医療がないとサービス利用につながらない。病状不安定の人を退院直後に支援できていない。



部会の最終目標

入退院時の連携ガイドラインを、多職種連携の視点を入れて見直し、スムーズな入退院支援を目指す

入退院時支援部会の活動内容

H29年度の経過

- 地域連携連絡票の活用を盛り込んだ連携フロー図を作成、既存の「ケアマネジャーと病院のガイドライン」を見直した。
- 訪問看護導入のチェックリストを作成
- 病院とケアマネとの情報交換会を開催



P（計画）H30年度 重点目標

- 連携ガイドライン、訪問看護チェックリストの周知活用
- 連携状況を評価するための指標の設定

D (実行) 平成30年度 部会の具体的取り組み

- 年3回の部会の開催
ケアマネジャー、地域包括支援センター、病院連携室からの意見聴取を行い、ガイドライン、フロー図に反映させた。また、病院窓口の明確化のため一覧表を作成した。
- 9月に、ガイドライン、フロー図をがんぎネットに掲載し運用を開始した
- 10/19入退院時支援のための研修会開催
- 在宅医療介護連携に関する実態調査結果から連携の実態把握を行なった。

部会で作成

- ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン（見直し）
- 入退院時の連携フロー（新規作成）
 - ①（在宅時から入院直後まで）
 - ②（入院中から退院後まで）
- 病院連携窓口一覧（新規作成）
- 訪問看護導入のチェックリスト（新規作成）



ホーム



ごあいさつ



センターの
紹介



活動報告



がんぎ
ネットだより



地域の
みなさまへ



医療・介護
従事の方へ



会員ページ

上越・妙高地域のみなさまへ

> 総合窓口案内

在宅医療や在宅での介護などについての情報・ご相談はこちらから



> 訪問歯科診療

通院などが困難な方の所に歯科医師・歯科衛生士等が訪問します



> 訪問診療

通院などに薬物療養の

> 訪問栄養食事指導

通院などが困難な方の所に管理栄養士が訪問し、食事の指導をいたします



> 在宅医療地域マップ

上越・妙高地域の在宅医療を支援する機関のマップです



> 地域医療連携

上越・妙高地域の在宅医療に関するイベントの予定を紹介しています



医療介護従事の方へのお知らせ

イベントカレンダー

MCネット

データダウンロード

キャビネット

研修会の企画コーディネート

医療・介護・福祉情報リンク集

メンバーズサイト(会員ページ)

センターメニュー

HOME

ごあいさつ

センターの紹介

活動報告

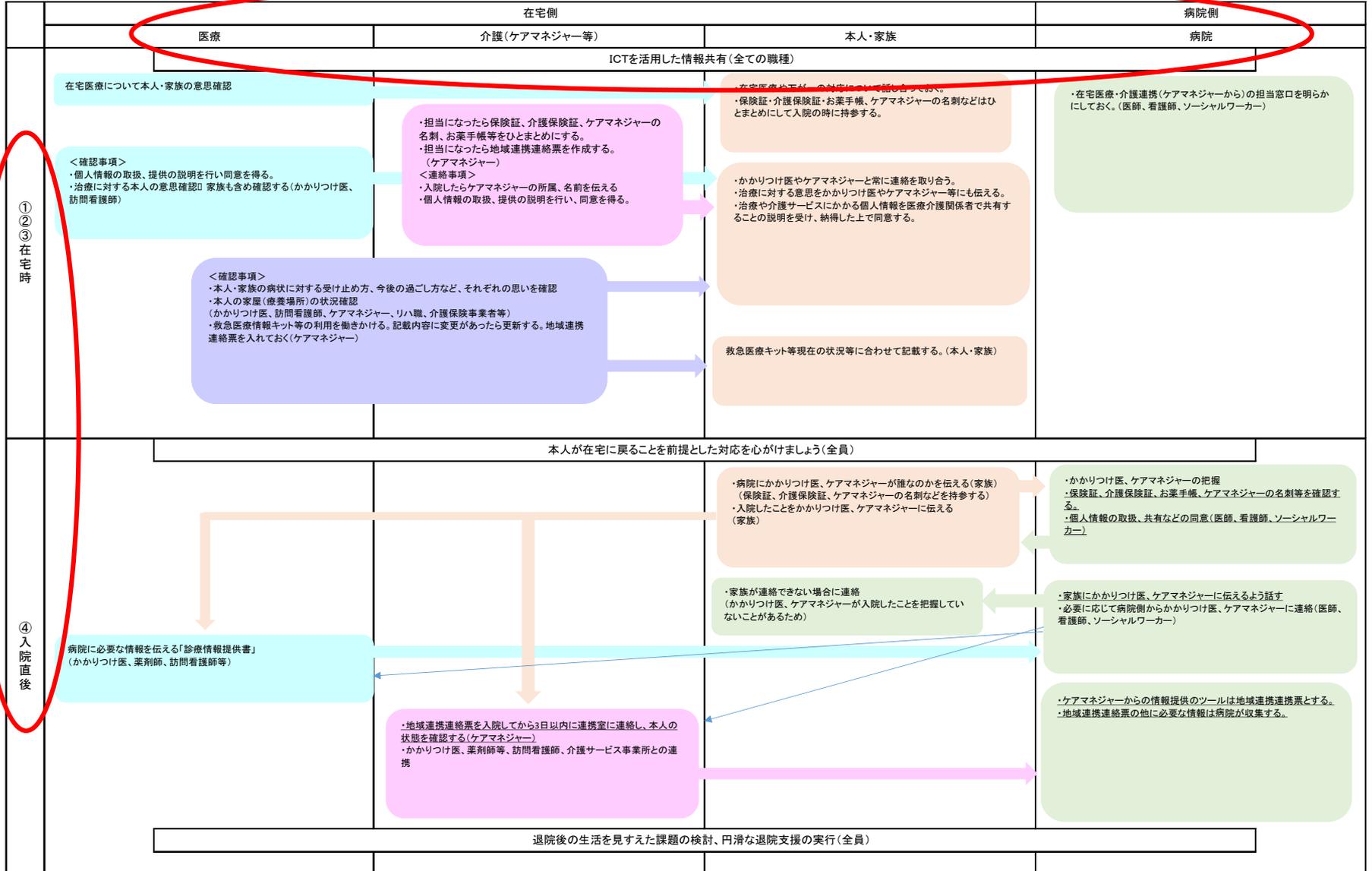
がんぎネットだより

リンク



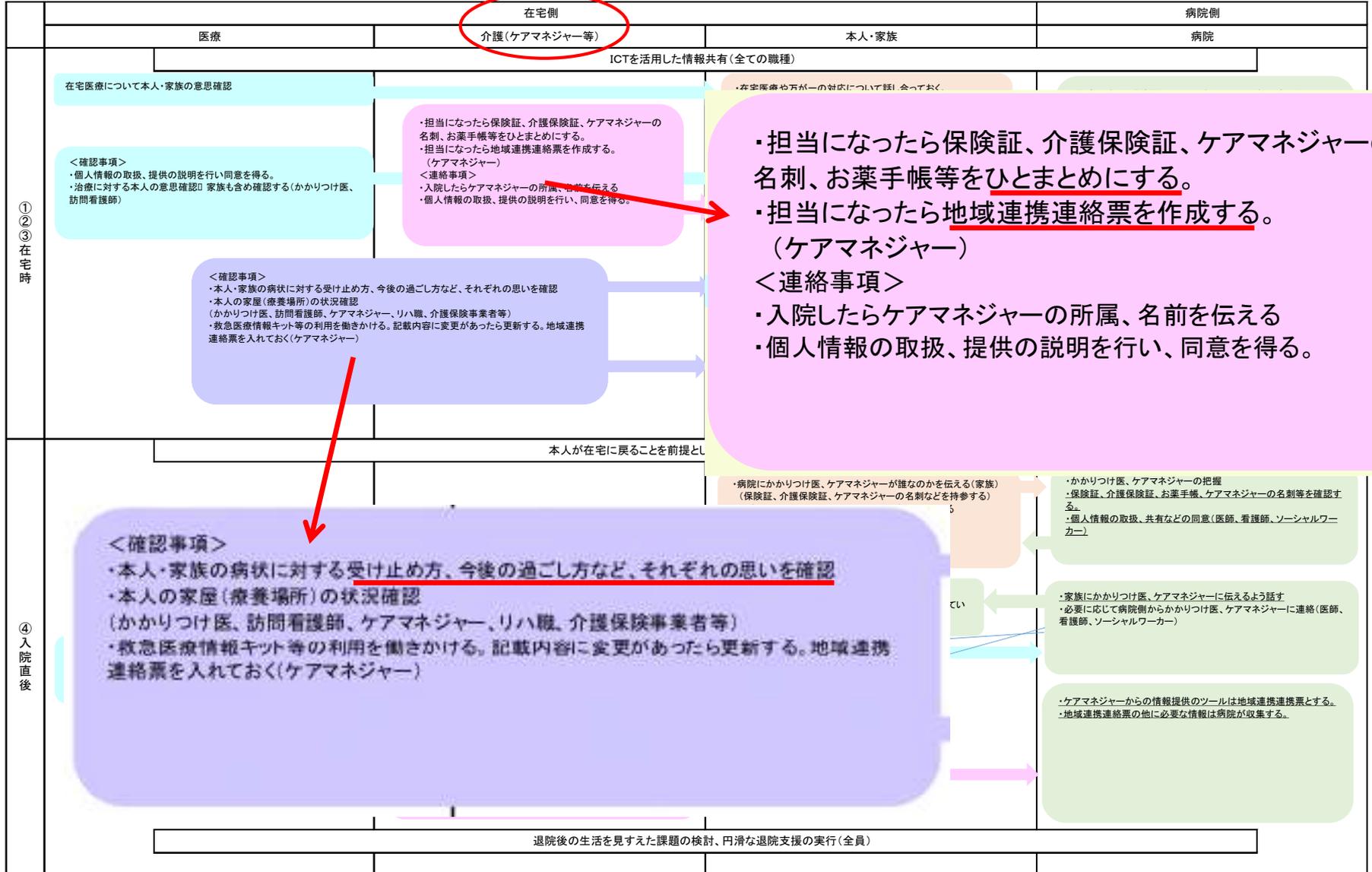
入退院時の連携フロー①(在宅時から入院直後まで)

※ 表中の下線は、「ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン」とリンクしています。



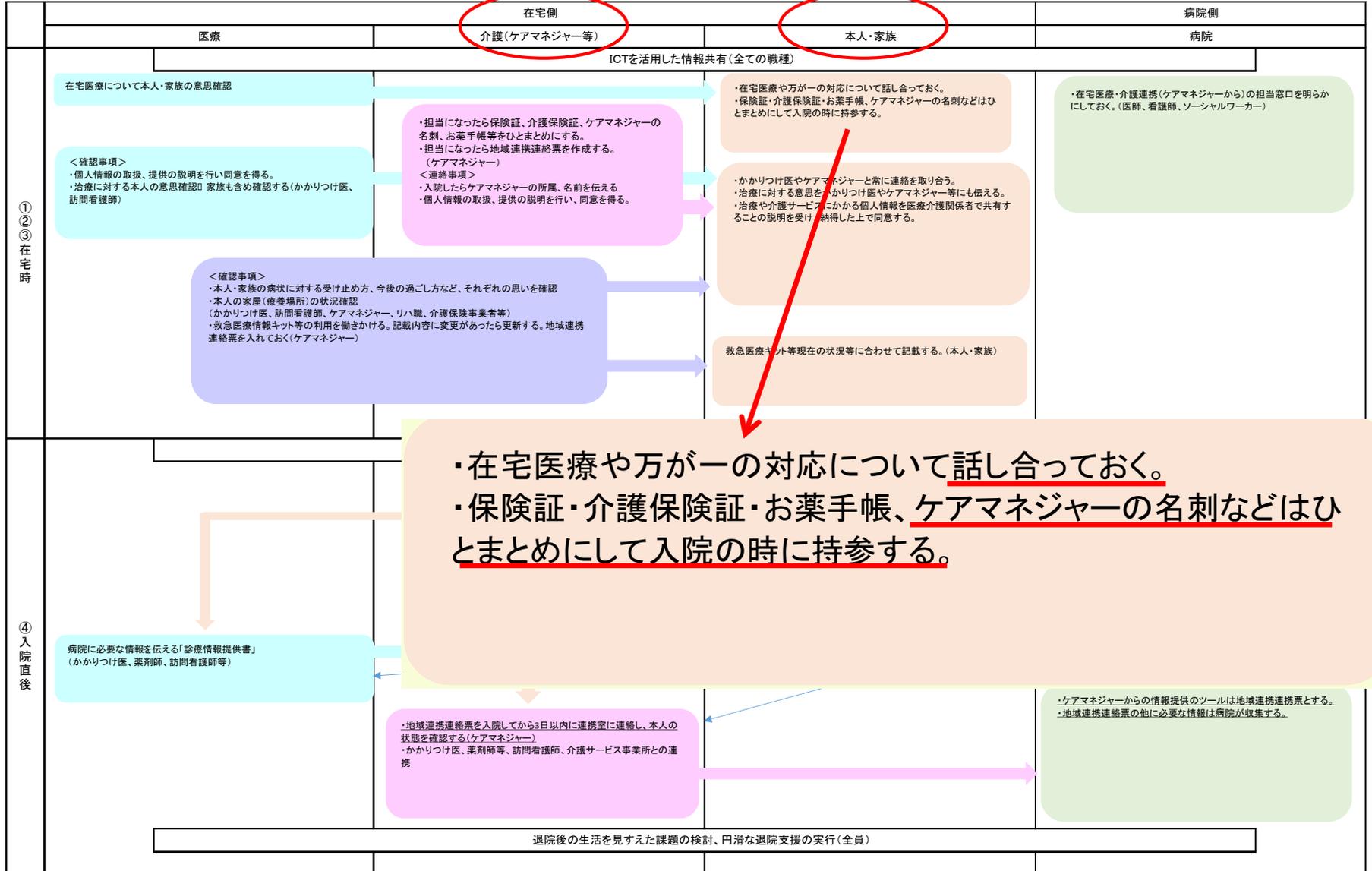
入院時の連携フロー①(在宅時から入院直後まで)

※ 表中の下線は、「ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン」とリンクしています。



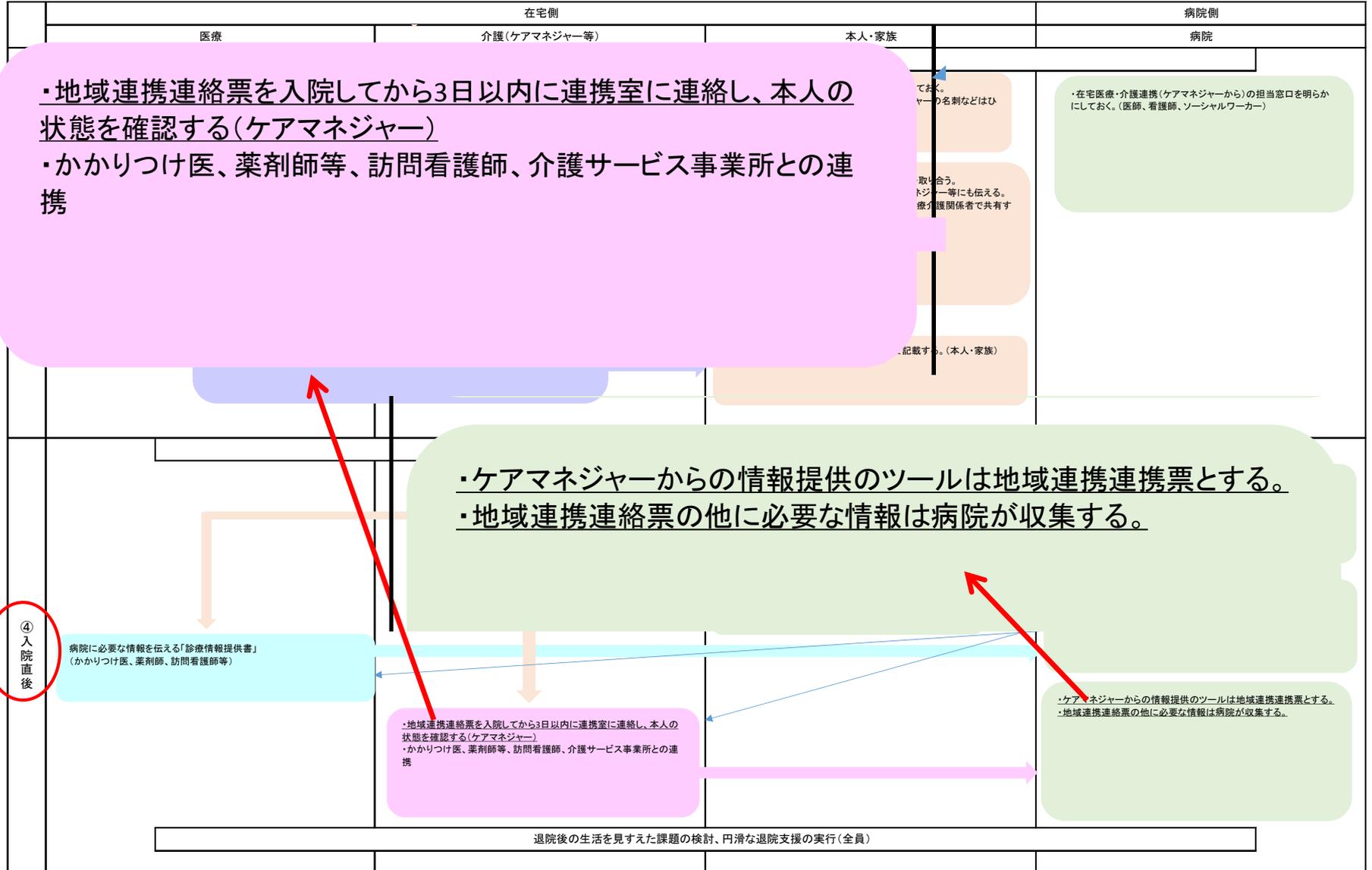
入院時の連携フロー①(在宅時から入院直後まで)

※ 表中の下線は、「ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン」とリンクしています。



入退院時の連携フロー①(在宅時から入院直後まで)

※ 表中の下線は、「ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン」とリンクしています。



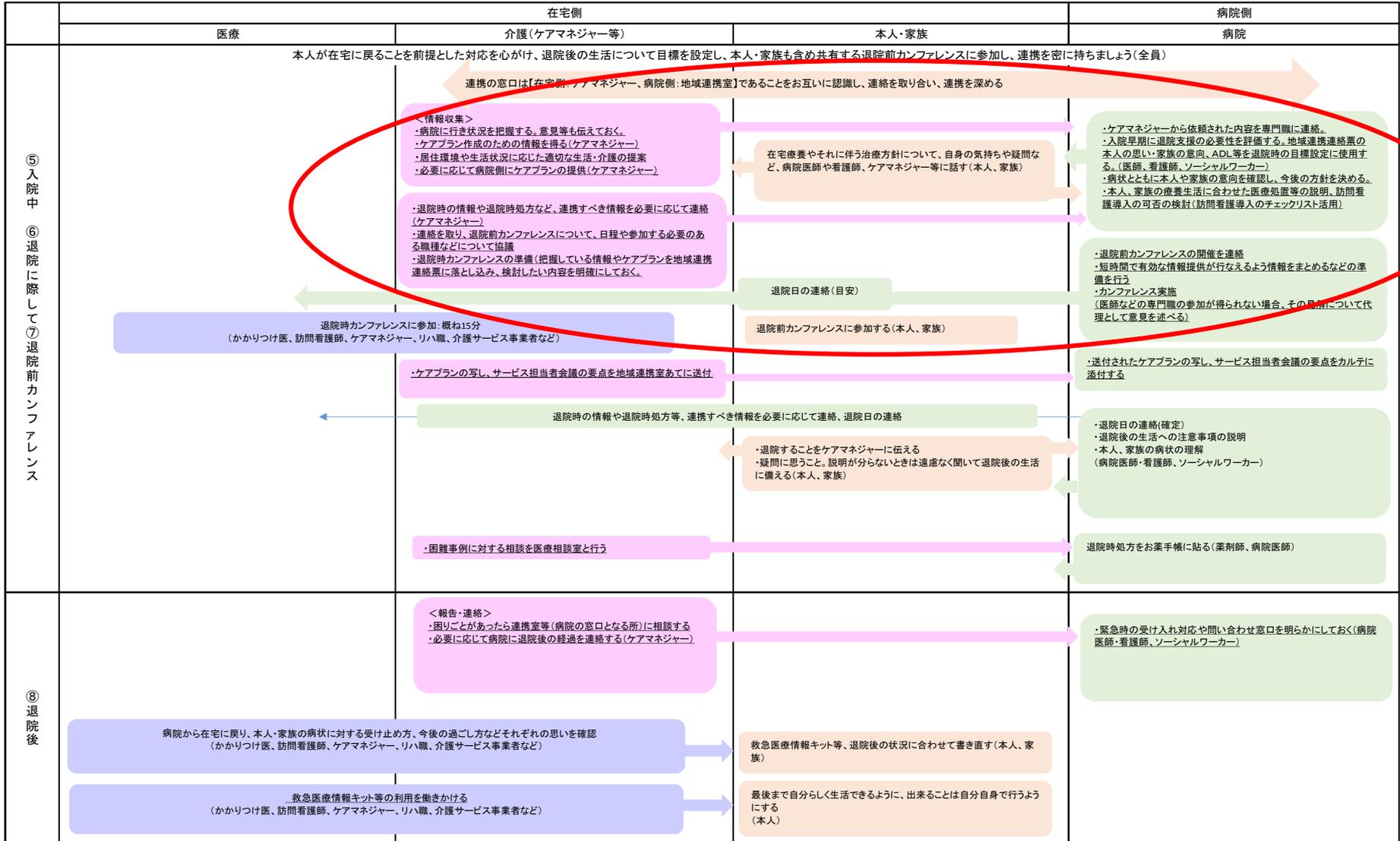
上越地域医療機関 ケアマネ連携窓口一覧

H30.9現在

病院名	ケアマネ連携窓口	MCネット加入 (受信者)	電話番号	FAX番号	入院時情報提供	退院前カンファレンス		診療情報提供書	
						依頼先	依頼方法	窓口	費用
三交病院 〒943-8530 上越市大字塩屋337-1	地域連携室	なし	025-543-2624(代) 025-543-2664(直)	025-543-0415(代)	地域連携室(PSW)	地域連携室 (患者担当PSW)	電話による日程調整	医事課受付	診療報酬の通り
川室記念病院 〒943-0109 上越市北新保71番甲	相談リハビリテーション部 相談室	なし	025-520-2021(代)	025-520-2022(代)	相談室(精神保健福祉士) 外来(看護師)	担当の精神保健福祉士	電話にて日程調整	入院中(病棟看護師) 外来(外来看護師)	診療情報提供料 I 250点
高田西城病院 〒943-0834 上越市西城町2-8-30	精神保健福祉相談室	なし (連携ネットのみ)	025-523-2139(代) 025-526-6281(直)	025-522-7035	精神保健福祉相談室	精神保健福祉士	電話	医事課会計窓口	診療報酬の通り
医療法人 知命堂病院 〒943-0834 上越市西城町3-6-31	地域医療介護連携センター	なし	025-523-2161(代)	025-520-6008(直)	地域医療介護連携センター	MSW	電話で日程調整 参加者を事前にFAX	会計窓口	診療報酬の通り
JA新潟厚生連 上越総合病院 〒943-8507 上越市大道福田616	地域連携センター	あり (MSW)	025-524-3000(代)	025-524-3140(直)	病棟看護師へ (要事前連絡)	病棟看護師 もしくはMSW	電話にて日程調整	書類受付 (会計窓口隣り)	診療報酬の通り
上越地域医療センター病院 〒943-8531 上越市南高田6-9	地域医療連携室	あり (MSW)	025-523-2131(代)	025-526-3345(直)	退院調整看護師 又は 受け持ち看護師	退院調整看護師 不在時は病棟	電話等にて日程調整	種類によるので、MSW にお問い合わせください	診療報酬通り
さいがた医療センター 〒949-3193 上越市大潟区犀潟468-1	企画課 医事	加入予定	025-543-3131(代) (内線6129)	025-534-6718	病棟看護師 (要病棟へ事前連絡)	医療福祉相談室	担当MSW・PSWに事前相談 電話相談にて対応	介護施設への診療情報 提供書は医事課窓 口	診療報酬の通り
新潟労災病院 〒942-8502 上越市東雲町1-7-12	相談支援室	加入予定	025-543-3123(代)	025-543-7110(直)	入院病棟	入院病棟	電話	医事課O番窓口	診療情報提供料(250点)
けいなん総合病院 〒944-8501 妙高市田町2-4-7	地域連携センター	あり (MSW)	0255-72-3161(代)	0255-72-3175(直)	退院支援看護師へ (要事前連絡) ※不在時は連携センター	退院支援看護師	電話にて日程調整 参加者を事前Fax	医事課窓口	診療報酬の通り
新潟県立柿崎病院 〒943-3216 上越市柿崎区柿崎6412-1	地域連携室	なし	025-536-3131(代)	025-536-3136(代)	病棟看護師 *事前に日程調整が必要	退院調整看護師	電話にて日程調整	医事課窓口	診療報酬の通り 外来患者は文章と引換えに会計が 必要、入院患者は入院費に含む。
新潟県立中央病院 〒943-0192 上越市新南町205番地	地域連携センター	あり (看護師長)	025-522-7711(代)	025-524-3232(直)	入院病棟担当看護師 (入院病棟不明な場合は地域 連携センターへ問い合わせ)	入院病棟または 退院支援担当者	電話等にて日程調整	会計窓口	診療報酬の通り
新潟県立妙高病院 〒949-2106 妙高市田口147-1	経営課	なし	0255-86-2003(代)	0255-86-4278(直)	病棟看護師へ	MSW	電話にて日程調整	会計窓口	診療報酬の通り

入退院時の連携フロー②(入院中から退院後まで)

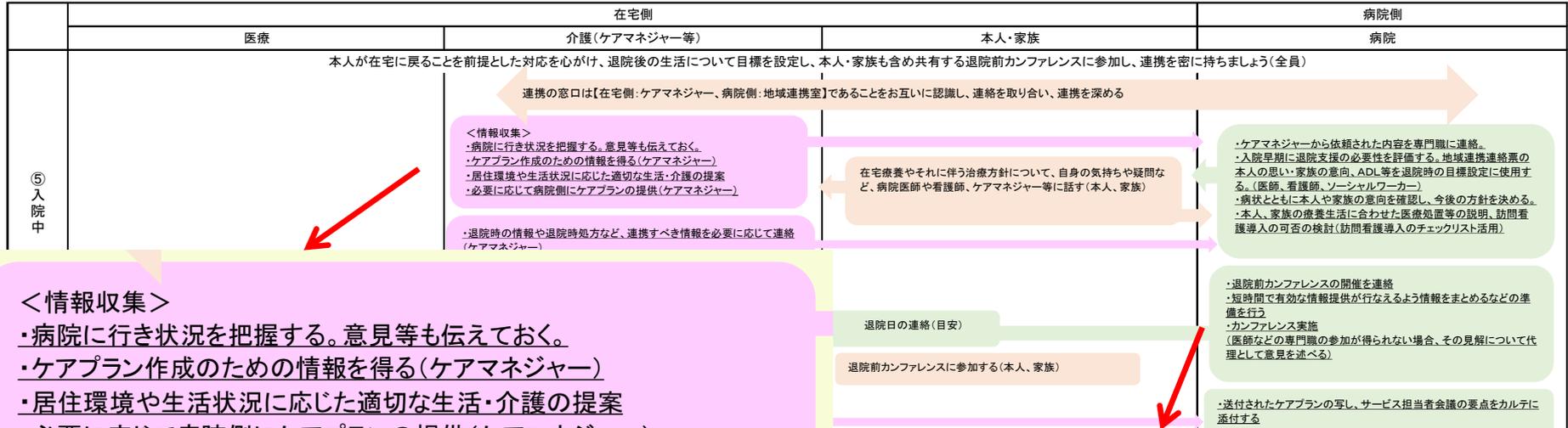
※ 表中の下線は、「ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン」とリンクしています。



※訪問看護を利用してみませんか(チェックリスト)
※がんぎネット 医療介護従事者の方へ
データベースダウンロードページに掲載あり

入退院時の連携フロー②(入院中から退院後まで)

※ 表中の下線は、「ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン」とリンクしています。



<情報収集>

- ・病院に行き状況を把握する。意見等も伝えておく。
- ・ケアプラン作成のための情報を得る(ケアマネジャー)
- ・居住環境や生活状況に応じた適切な生活・介護の提案
- ・必要に応じて病院側にケアプランの提供(ケアマネジャー)

- ・退院時の情報や退院時処方など、連携すべき情報を必要に応じて連絡(ケアマネジャー)
- ・連絡を取り、退院前カンファレンスについて、日程や参加する必要がある職種などについて協議
- ・退院時カンファレンスの準備(把握している情報やケアプランを地域連携連絡票に落とし込み、検討したい内容を明確にしておく)

- ・ケアマネジャーから依頼された内容を専門職に連絡。
- ・入院早期に退院支援の必要性を評価する。地域連携連絡票の本人の思い・家族の意向、ADL等を退院時の目標設定に使用する。(医師、看護師、ソーシャルワーカー)
- ・病状とともに本人や家族の意向を確認し、今後の方針を決める。
- ・本人、家族の療養生活に合わせた医療処置等の説明、訪問看護導入の可否の検討(訪問看護導入のチェックリスト活用)

⑧ 退院後

病院から在宅に戻り、本人・家族の病状に対する受け止め方、今後の過ごし方などそれぞれの思いを確認(かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー、リハ職、介護サービス事業者など)

救急医療情報キット等の利用を働きかける(かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー、リハ職、介護サービス事業者など)

- ・退院前カンファレンスの開催を連絡
- ・短時間で有効な情報提供が行なえるよう情報をまとめるなどの準備を行う
- ・カンファレンス実施(医師などの専門職の参加が得られない場合、その見解について代理として意見を述べる)

訪問看護を利用してみませんか

上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会
入退院時支援部作成

患者様が退院後も引き続き医療や看護を継続し、安心して在宅療養できるようにするため「訪問看護」を利用してみませんか。療養状況チェック項目に1つでも該当すれば、訪問看護の支援対象になります。

下記のチェック項目は、担当看護師から患者様に説明し、「訪問看護」をイメージしていただくためのものです。患者様(ご家族様)とともに、現在の状態をチェックし、退院後必要な支援内容を検討され、訪問看護をご紹介してください。

<療養状況チェック項目>

【生活支援の必要性】

- 栄養 低栄養、脱水を繰り返す
- 食事療法がうまくいかない
- 嚥下障害がある
- 経管栄養、胃瘻栄養
- 排泄 尿路感染を起こしやすい
- 尿道カテーテル、膀胱瘻
- 介助が必要
- 排便コントロールがうまくいかない
- 洗腸又は摘便が必要
- 清潔 入浴又は清拭の介助が必要
- 口腔内が不潔になりやすい
- その他()

【医療処置など】

- 注射(インスリン療法等)
- 点滴
- 経管栄養
- CV(ポート)
- 吸引
- HOT
- 気管カニューレ
- 人工呼吸器
- 膀胱留置カテーテル
- CAPD
- 褥瘡
- ストマケア
- 疼痛管理
- その他()

- 服薬の管理ができない
- 薬に対する理解が不十分

【機能訓練】

- 体力や身体機能が低下し、寝たきりや廃用症候群になりやすい
- リハビリを継続したい

【介護状況・希望】

- 一人暮らし又は介護をする人がいない
- 介護者が高齢である
- 在宅療養の不安がある
- 病状が不安定(入退院を繰り返す)
- 終末期を自宅で過ごしたい
- その他()

<訪問看護の支援内容イメージ>

- 健康状態(血圧、脈拍、呼吸など)のチェック
- 栄養状態の維持管理(医師と連携)
- 誤嚥予防
- 尿道カテーテルの管理、尿失禁の対策やおむつ使用の方法、トイレ移動介助、尿路感染予防、座薬、洗腸、摘便の指導や排便介助
- 下剤調整の相談
- 入浴指導や介助
- 清潔ケア(ベッド上での清拭や洗髪等)

- 主治医の指示により毎日処置を実施
- 医療機器のチェックや物品の確認・紹介等
- 薬の種類や量、服薬方法を確認(薬剤師と連携)
- 主治医の指示により、点滴や注射の実施

医師の指示のもとに、訪問看護師が支援します。患者様が訪問看護を希望された場合には、ケアマネジャー、病院地域連携室へご連絡ください

- リハビリ担当と連携し、機能訓練を実施
- 機能低下や寝たきり予防の生活法の説明
- 介護用具の相談

- 主治医の指示により、疼痛や症状の緩和ケア
- ご家族の不安や介護負担軽減へのサポート(ケアマネジャーや他のサービス機関と連携)

出典(社)富山県看護協会

具体的にこのような支援をさせていただきます。

困ったことはありませんか？
チェックしてみてください！

	<p>ように！</p> <ul style="list-style-type: none"> ・何を聞きたいのか明確に記載する。 ・ファックスによる送付については、個人情報保護の観点より、診療情報の管理専用ファックス回線を利用する場合においてのみ、ケアマネジャーの責任の下で行なうこと。 	く。
事後の処理	・医師より求めがある場合は、後日居宅サービス計画書を医療連携室宛に送付する。	

<入院中>

④ 入院患者様についての情報提供の要請・在宅でのサービス調整の要請

連絡	ケアマネジャー	地域連携室（又はその他の病院スタッフ）
	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携連絡票を入院してから 3 日以内に連携室に連絡し、本人の状態を確認する。 ・ご家族に、退院の話が出たら早めに連絡をいただくように依頼する。 ・時期を見て退院前カンファレンスを地域連携室へファックスで申し込む。（FAX 様式 1 参照） 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険証、介護保険証、お薬手帳、ケアマネジャーの名刺等を確認する。 ・個人情報の取扱、共有の同意を得る。 ・ご家族に入院したことをかかりつけ医、ケアマネジャーに伝えるよう依頼する。 ・ケアマネジャーからの情報提供のツールは地域連携連絡票とする。この他に必要な情報は病院が収集する。
加算	医療連携加算	・介護支援連携指導料

⑤ ケアマネジャーと担当看護師/看護師長等との連絡・退院調整、退院前の医療情報の提供

連絡	ケアマネジャー	地域連携室/退院調整看護師/看護師長/担当看護師
	<ul style="list-style-type: none"> ・連携の窓口は【在宅側：ケアマネジャー、病院側：地域連携室】であることをお互いに認識し、連携を取り合い、連携を深める。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・病院に行き、状況を把握する。意見等も伝えておく。 ・ケアプラン作成のための情報を得る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーから依頼された内容を専門職に連絡。 ・入院早期に退院支援の必要性を評価する。地域連携連絡票の本人の思い、家族の意向、ADL等を退院時の目標設定に使用する。 ・病状とともに本人や家族の意向を確認し、今後の方針を決める。 ・本人、家族の療養生活に合わせた医療処置等の説明、訪問看護導入の可否の検討（チェックリスト活用） ・退院前カンファレンスの調整を行う。
	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンス開催が困難な場合でも、お互いに連絡を密にして、在宅での必要な課題（低栄養・口腔ケア・運動器の機能訓練・住宅改修等）について、リハビリ職など専門職からの情報を反映させること。 	

	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として、ケアマネジャーが来院し、医療情報の提供を受ける。 ・電話、ファックスでの連絡は利便性と相手の都合を考慮したうえで、ケースにより可能とする。
加算	退院退所加算 <ul style="list-style-type: none"> ・介護支援連携指導料 ・ケアマネジャーへケアプランの写しの送付を依頼する。

⑥ 退院に際して（新規追加）

連絡	ケアマネジャー	地域連携室/退院調整看護師/看護師長/担当看護師
	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時の情報や退院時処方など、連携すべき情報を必要に応じて連絡 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・居住環境や生活状況に応じた、適切な生活・介護の提案 ・必要に応じて病院側にケアプランの提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院日の連絡、退院後の生活への注意事項の説明、本人、家族の病状の理解等を確認し、伝える。

⑦ 退院前カンファレンス/サービス調整会議の開催

	ケアマネジャー	病棟看護師長/担当看護師/MSW
事前の調整	<ul style="list-style-type: none"> ・お互いに連絡を取り、退院前カンファレンスにつき、ご家族・在宅でのサービス担当者（訪問看護など）に参加の連絡、調整を行なう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・日程や参加する必要のある職種などについて協議。 ・院内の参加予定者に連絡、調整する。
退院前カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅主治医の参加が得られない場合は、主治医からの質問事項/連絡事項を事前に把握しておく。 ・効率良い会議のために、できれば事前に把握している情報やケアプランを地域連携連絡票に落とし込んで作成し、検討したい内容を明確にしておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師など専門職の参加が得られない場合、その見解について代理として意見を述べる。 ・概ね 15 分で会議を行なうように調整する。 ・短時間で有効な情報提供が行えるよう情報をまとめるなど準備を行う。 ・ケアプランの写しの送付を依頼する。
事後処理	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの写し、サービス担当者会議の要点を地域連携室あてに送付、在宅主治医にも内容を伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・送付されたケアプランの写し、サービス担当者会議の要点をカルテに添付する。
加算	退院退所加算	介護支援連携指導料・退院時共同指導料 2

<退院後>

⑧ ケアマネジャーと医療（福祉）相談室との相談・連携

	ケアマネジャー	病院での担当者
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・困難事例（生活保護世帯・介護力のない家庭など）に対する相談を医療（福祉）相談室と行なう。 ・困りごとがあったら連携室等に相談する ・必要に応じて病院に退院後の経過を連絡する ・救急医療情報キット等の利用を働きかける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後、自宅療養になる予定の困難事例について、早めにケアマネジャーに連絡、相談する。 ・緊急時の受け入れ対応や問い合わせ窓口を明らかにしておく。

入退院時支援のための研修会

- フロー図を中心に連携のポイントを説明、質疑応答を行うことにより共通理解のもと運用できるようにした。

日時：H30年10月19日

場所：リージョンプラザ コンサートホール

参加人数：110名

ケアマネジャー 78名

地域包括支援センター 17名

病院連携室 15名

会場の様子



質疑応答

- ガイドラインでは、地域連携連絡票を入院先医療機関に3日以内に「持参」としているが、ケアマネの加算算定要件では「提供方法」は問わないとなっている。また、病院側の受け入れ窓口は整っているのか

加算要件とは別にガイドラインとして定めたもので「望ましい」というお願いで強制ではない。実際、連絡票をもって病棟にケアマネジャーが来ることも増えている。窓口一覧表も活用してほしい。

- 入院時、カンファレンスでの書式について

上越・妙高圏域において共通のツールがあった方がよいと思う。

アンケート結果より

- ケアマネジャーの退院前カンファレンスの出席回数
H27 : 94件 → H30 : 144件
- 入院先の病院へ提出した書面 H27 : 135件 → H30 : 162件
そのうち地域連絡票の提出状況 H27 : 88.9% → H30 : 97.5%
- 入退院支援加算の取得状況 加算1又は2 : 8 / 12病院
- 訪問看護ステーションの新規利用者 増加 5 維持 2 減少 6

アンケート結果より（自由意見）

- H27と比較すると病院窓口の明確化や連携体制は向上したと感じ、連携件数の増加にもつながっている。
- 退院後の在宅医療提供体制(訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤指導)が進展したと感じている
- 訪問看護ステーションでは相談は増えているが、人員不足のため新規を取れない現状がある。

C（評価）今年度の活動のまとめ

- 入退院支援のための研修会を通し、入退院時支援について共通理解を図り、連携の必要性について再確認できた。
- 訪問看護導入チェックリストの運用によって、活用状況や新規件数の動向について確認する。
- ガイドライン、フロー図の運用によって、課題を整理し研修会などを実施していく必要がある。
- 精神科病院との連携の在り方について、検討を行う必要がある

A（計画） 次年度計画

- 5月ごろガイドライン、フロー図について運用の実態を把握するとともに、見直しの是非等についてケアマネジャー、病院連携室にアンケート調査を行い、9月ごろまでに見直し等について検討を行う
- ケアマネジャー、地域包括支援センター、病院連携室・担当者を対象に、入退院時の連携について研修会を行う。（グループワーク主体、2～3会場にて）
- 訪問看護導入チェックリストを活用した連携について確認していく必要がある。
- 精神科病院と地域との連携について状況把握し、研修会または意見交換会などを開催する。