

この度上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会で入退院時支援部会ガイドラインを改訂いたしました。

赤字が改定部分ですのでご確認ください。

今後とも本ガイドラインに準拠した対応を宜しくお願いいたします。

～ケアマネジャーと

病院の連携ガイドライン～

社団法人上越医師会

平成 30 年 9 月改定

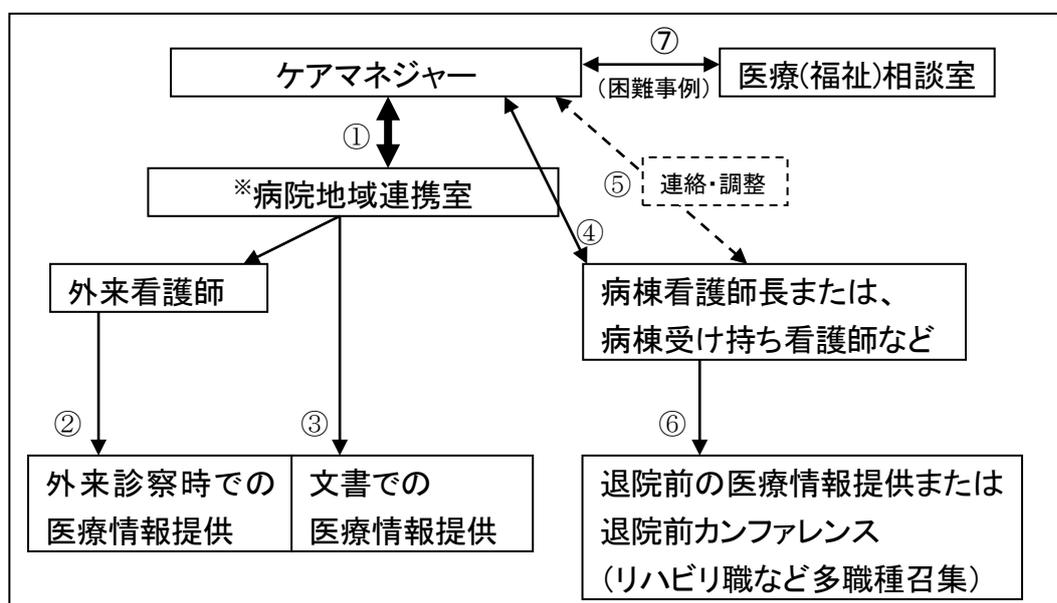
【はじめに】

上越地域では、要介護認定に使用される主治医意見書の約半数は、病院医師が作成しています。ケアマネジャーと病院の看護師・リハビリ職・受け持ち医師などが効率的かつ効果的な連携をとることができれば、この地域の高齢者・障害者ケアは格段に向上すると思われれます。今回、ケアマネジャーと病院の連携ガイドラインを修正し、連携を促進するためのフロー図を作成しました。また、連携のツールとして「地域連携連絡票」をケアマネジャーが作成することとしました。このガイドラインは以下の課題を解決するために作られました。上越の各地区での実情にあった連携の参考にいただければ幸いです。

【解決すべき課題】

- ① ケアマネジャーと病院スタッフがお互いにストレスを与える事なく、連絡・連携する必要がある。
- ② 医療情報の提供にあたり、個人情報保護に留意する必要がある。

【連携のイメージ図】



- ① ケアマネジャーと地域連携室のアクセス
- ② 外来診察時の医療情報提供
- ③ 外来患者様についての文書による医療情報提供
- 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
- ⑤ ケアマネジャーと担当看護師/看護師長との連絡・調整
- ⑥ 退院前カンファレンス/サービス調整会議の開催
- ⑦ ケアマネジャーと医療(福祉)相談室との相談・連携
- ⑧ 個人情報の保護について
- ⑨ その他

注1) ; 「※病院地域連携室」と記したのは、医療だけでなく保健・福祉分野においても地域との連携を強化するための部署であることを強調したためです。また、困難事例を取り扱う「医療(福祉)相談室」と機能を分けてある点にも留意してください。

注2) ; 各病院で部署の名称や組織が異なる場合がありますので、必要に応じて、末尾の連絡先一覧に問い合わせてください。

<在宅時>

① ケアマネジャーと地域連携室のアクセス

	ケアマネジャー	地域連携室
役割など	・最初の連絡先・相談先を地域連携室とする。	・ケアマネジャーの総合相談窓口として業務。
連絡方法	・原則ファックスでの連絡とする。 (地域連携室の業務軽減の意味から) ・ファックス様式1に記載しファックスする。(診療所用:ファックス様式3と間違わないように！)	・院内の連絡がすんだ時点で、速やかにファックスで返答する。
ファックス内容	・ご利用者基本情報/いつ・どこで・誰から情報提供して欲しいのか？ ・外来/入院ともに、 <u>プラン作成上聞きたい内容を簡条書きにすること。</u> ・外来同行の場合、予定の受診日時も記入する。 ・居宅サービス計画書送付希望の有無も確認する。	・誰に連絡したか？ ・面談予定日時 ・ケアプランなど特に持参する必要物品があれば記載。

② 外来診察時の医療情報提供

	ケアマネジャー	外来看護師またはその他の病院スタッフ
外来受診前	・様式1に記載しファックスする。 ・ご本人/ご家族と相談の上、聞きたい内容を再度簡条書きにして整理しておく。	・あらかじめ主治医にケアマネジャーからのファックスを提示し、質問内容を確認してもらう。 ・外来受診時での <u>情報提供の了解を得ておく。</u>
受診時	・身分証明書の提示 ・外来看護師に、診察への同席の許可を確認。	・待ち時間が長い場合はおおよその診察予定時間を伝える。
診療時	・概ね5分程度で面談が終了するように準備。	・ケアマネジャーの同行に際し、診療の支障にならないように配慮する。 ・ <u>診療に同席するか、同席せず診療直後に面談するかを見極め、うまく誘導する。</u>
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地域連携室宛に送付する。	

③ 外来患者様についての文書による医療情報提供

	ケアマネジャー	地域連携室
事前準備	・ご利用者・ご家族に医療保険での診療情報提供料(1割自己負担で250円)が発生することを事前に説明し了解をえておく。	・なるべく早急に文書の作成ができるよう調整。 ・原則は、 <u>情報提供と同時に</u> ご本人/ご家族による自己負担金の支払いが必要である。各病院において対応方法を明らかにしておくこと。
文書作成	・上記の承諾を得ている旨記載する。 ・診療情報提供料の算定可能な文面(様式2参照)で質問事項を地域連携室宛てに <u>原則郵送</u> する。 ・様式2と診療所用:ファックス様式3と間違わない	・診療情報提供書の提供方法(郵送・家人に取りに来ていただく・ケアマネジャーに手渡しするなど)についても、各病院において手順を明らかにしておく

	<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、日程や参加する必要がある職種などについて協議。 ・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"> ・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。

<その他>

⑨ 個人情報の保護

	ケアマネジャー	病院での担当者
外来 および 入院中	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人/ご家族と同席せずに病院より医療情報を提供していただく場合は、事前にご本人/ご家族から了承を得ておく。(その為の承諾書は必要なし。) ・外来/入院を問わず、常に身分証明書を明示すること。(顔写真付きが望ましい) 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 医療情報について、介護サービス計画上必要な場合は居宅介護支援事業者に開示すること。 (2) 情報の開示を希望しない方には、事前にその旨申し出ていただくこと。この2点について、 ・外来ではわかりやすく揭示し、 ・入院では入院時の案内文書に記載することや同意書によってご本人・ご家族の承諾を得ておくこと。

⑩ その他、連携が困難な場合など

	ケアマネジャー	地域連携室
困難事例	<ul style="list-style-type: none"> ・連携の困難な場合は、地域包括支援センターに連絡・相談をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーとの連携に関する問題点・課題について、地域包括支援センターを経由する形で、上越市の高齢者支援課に随時提案していく。(妙高市は福祉介護課)
連絡会議	<ul style="list-style-type: none"> ★ それぞれの病院において、症例検討会・懇親会などの形で、連携室と地区の包括支援センター・ケアマネジャーが定期的に協議する場を設け、ネットワークを強固なものにしていく。(年1-2回程度) 	

各職種の方へのお願い

1) ケアマネジャーへのお願い

★「聞きたいことを箇条書きにする」ことが重要です。

「退院後は、……を目標としたリハビリテーションを考えています。ご意見を教えてください。」

「栄養状態が悪化・歩行能力が低下しています。大まかな予後についてお考えを教えてください。」

「心疾患があると伺っていますが、入浴・家周囲の散歩をひとりですることができることを目標に、機能訓練の計画を立てたいと考えています。入浴・日常の活動・機能訓練上の留意点を教えてください。」

「ご家族の介護負担がとて大きいので、今後ショートステイ利用を考えています。ご本人が納得しないので、申し訳ありませんが、先生のほうからも勧めただけませんか？」など

★自分の考えをまず簡潔に言うことも大切です。ただ「教えてください。」ではXです。

X: 「退院後のリハビリはどうしたらいいのでしょうか？」⇒自分でまず考えるべきです。

X: 「入浴や機能訓練上の注意点を教えてください。」⇒どの程度の活動を目標としているのでしょうか？
目標とする状態像について自分の考えをまず述べるべきです。

X: 「夜間せん妄がありご家族が眠れません。精神科受診をご本人に勧めてください。」

⇒ご家族から主治医にお願いする事項です。

★病院では、早期の退院をめざし入院当初でもケアマネジャーと相談したい意向があります。 要望のあった場合は退院時期が決まる前でもコンタクトを積極的にとっていきましょう。

★求めに応じた事後の報告と、個人情報の保護を常に念頭において行動してください。

★特に外来患者さまの情報提供は電話では困難です。外来診察への同伴もしくは「診療情報の提供のお願い」様式2での対応をお願いします。

★電話での情報交換は各病院で対応が異なります。

2) 病院側へのお願い

- ★介護サービス利用の入院患者様は、原則として全例にケアマネジャーと連絡を取り合ってください。
- ★退院前カンファレンスは、病棟看護師長／担当看護師が中心になって調整し、多職種の意見がケアマネジャーのサービス計画に反映できるよう配慮してください。
- ★簡易な形でも、病院受け持ち医を含め病院スタッフとケアマネジャーが直接話をできる場を設けてください。了解があれば、受け持ち医師からご家族への病状説明に同席していただくのも方法です。

3) 地域包括支援センターへのお願い

- ★退院時にケアマネジャーが決まっていないケースもあり得ます。その場合は地域包括支援センターがケアマネジャーの代理としてフォローしていただきたいと思えます。

各様式の使い分けにご注意下さい

【様式1】

病院関係者と面会する際の予約用紙です。面会時にお聞きになりたい事項を記載して下さい。

【様式2】

病院へ情報提供を依頼する際の様式です。病院から医療上の指示を書面で回答をいただく際に使用します。

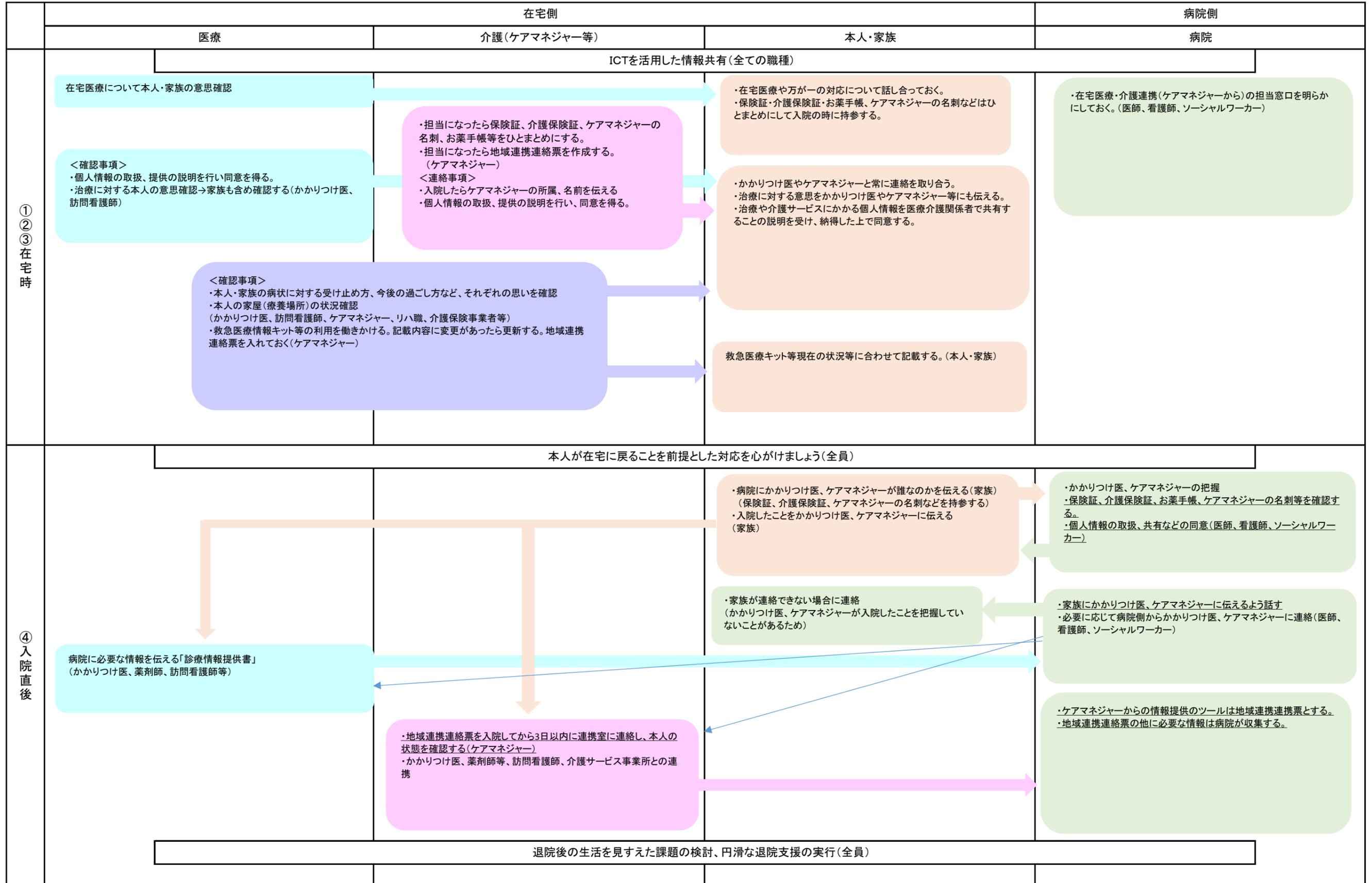
【様式3】

診療所（開業医師・医院）へケアマネタイムの予約や情報提供を依頼する様式です。病院へは使用できません。ご注意ください。

より円滑な連携のために皆様方からご意見をお待ちしております。
実際の業務を通じて、「困ったこと」や「改善してほしいこと」など
何でも結構ですので下記までご連絡下さいますようお願い申し上げます。
上越地域在宅医療推進センター 電話 025-520-7500

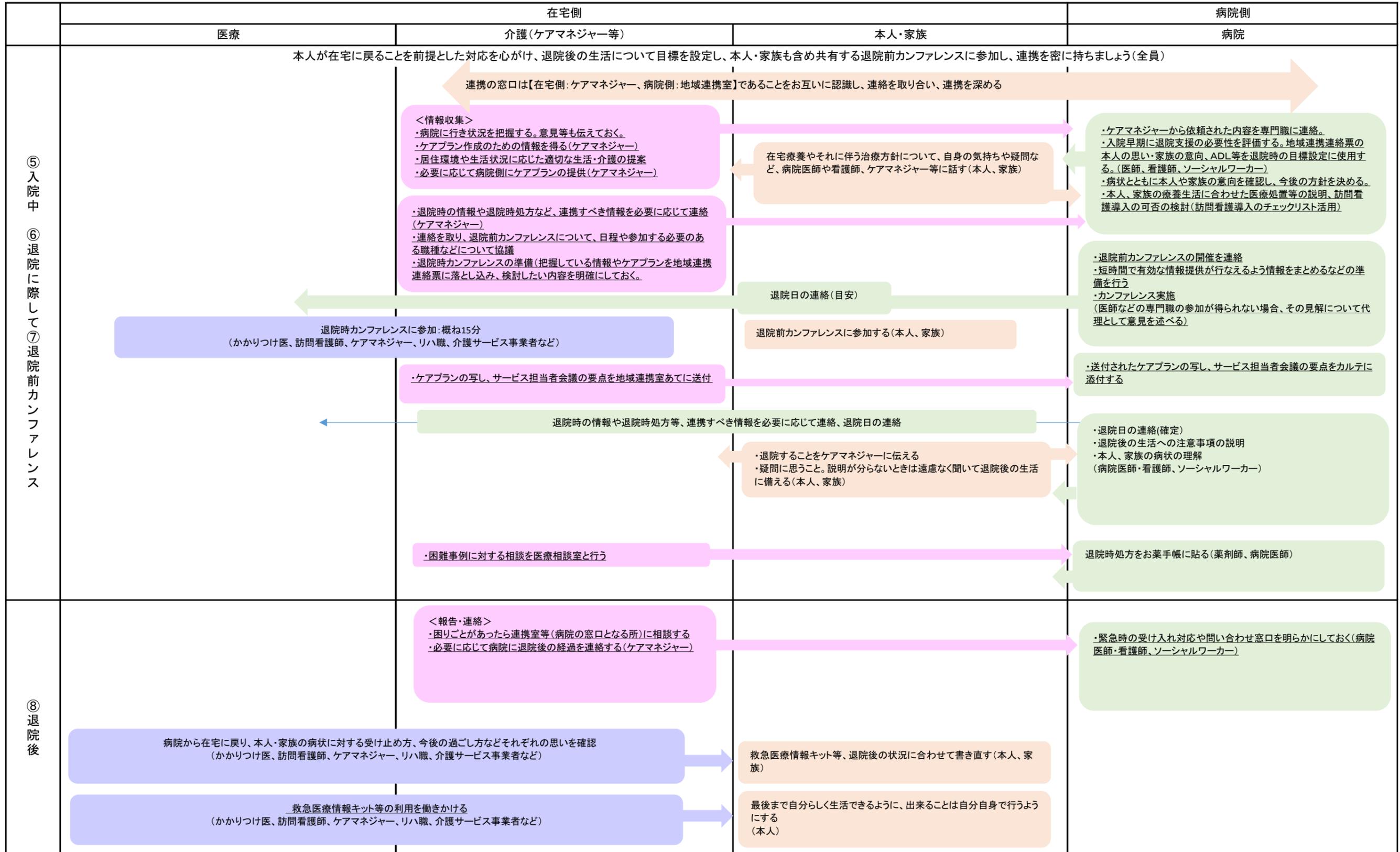
入退院時の連携フロー①(在宅時から入院直後まで)

※ 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