

# 気仙沼圏域での医療・介護連携における 退院支援強化に向けた取組

## 『退院へ向けた気仙沼市立病院と 介護支援専門員との連携の手引き』 の作成



平成28年2月9日（火）

宮城県気仙沼保健福祉事務所 成人・高齢班

○技術主査 洞口 亮, 次長（班長）小野寺 敏広

技術主査 高橋 祥恵, 技師 渡部 和馬

連携  
連絡票

① 平時の連絡

医療発信型  
連携連絡票

② 入院

情報提供  
の手引き

歯科医院



薬局



病院



病院



気仙沼市立病院



居宅



地域包括  
施設 ケアマネ



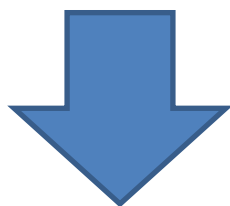
気仙沼圏域における  
介護支援専門員と医療機関等との  
情報交換イメージ図

## 病院とケアマネジャーの連携調整会議を受けて



病院

**入院の時**にケアマネジャーさんからもらう  
情報提供書の様式は決まったけど、  
**退院の時**には、病院はどんな情報を出せばいいのかしら？



**退院時**における  
情報提供のルール化・情報提供書（様式）  
の検討も必要ではないか？

歯科医院



薬局



病院



病院



気仙沼市立病院



# 退院へ向けた 情報提供書・連携体制 検討会

## ③退院

情報提供?!  
連携の手引き



# 気仙沼医療圏の入院患者動向

## 圏域内住民の約7割が圏域内病院へ入院

\*第6次宮城県地域医療計画より



## 気仙沼市立病院

### 気仙沼圏域の中核病院（総合病院）

病床数：404床 診療科目：全18科

救急医療，周産期医療，小児医療，がん医療，脳卒中医療，  
急性心筋梗塞医療，糖尿病医療、災害拠点病院など，  
急性期医療から緩和ケア，終末期医療までも行う。



当所が事務局となり，気仙沼市立病院の各部署へ  
趣旨説明・協力依頼を行う

# 退院へ向けた情報提供書・連携体制検討会

## 【目的】

退院へ向けた情報提供書・連携体制の確立

## 【目標】

1. 対象者の在宅支援に必要な情報が関係者間で共有できる。
2. 退院前の情報提供や連携の方法のルールが明確になる。
3. 退院へ向けた情報や連絡により，ケアマネジャーが適切なサービスを調整できる。





# 気仙沼市立病院をモデルに

## 【検討内容】

### 退院へ向けた情報連携体制のルールづくり

- ▶いつ・誰が・誰に・何を連絡をするのかの明確化
- ▶連絡するタイミング
- ▶退院へ向けた情報提供のポイント
- ▶情報提供書の様式
- ▶相談窓口 等



## 【開催時期】

平成27年6月～9月に月1回 計4回

上記を整理し、  
**手引き**という形で**見える化**しまとめた

# 退院へ向けた情報提供書・連携体制検討会で 話し合われた意見・内容等

気仙沼市立病院における  
現在の退院支援の方法は？  
地連・病棟・リハ室

退院サマリーなど  
既存の情報提供ツールって  
どんなのがあるの？

今使っているツールを  
うまく使えないかな？

ケアマネジャーや  
地域包括支援センターに  
おける  
現在の退院支援の方法は？

今後こんな風になると  
お互いいいな～





# 完成

×退院時の手引き



○退院へ向けた手引き



平成27年11月  
より運用開始

退院支援は入院時から！

退院へ向けた気仙沼市立病院と  
介護支援専門員との連携の手引き

平成27年11月  
退院へ向けた情報提供書・連携体制検討会  
気仙沼市立病院  
宮城県気仙沼保健福祉事務所  
宮城県ケアマネジャー協会気仙沼支部  
気仙沼市地域包括支援センター

# 手引きの構成（目次）

## I 連携の実際

- ・ 連携体制を状況により5パターンに分類
- ・ 病棟・地域医療連携室・ケアマネジャー・地域包括支援センター・患者家族の役割と流れを整理
- ・ 留意事項

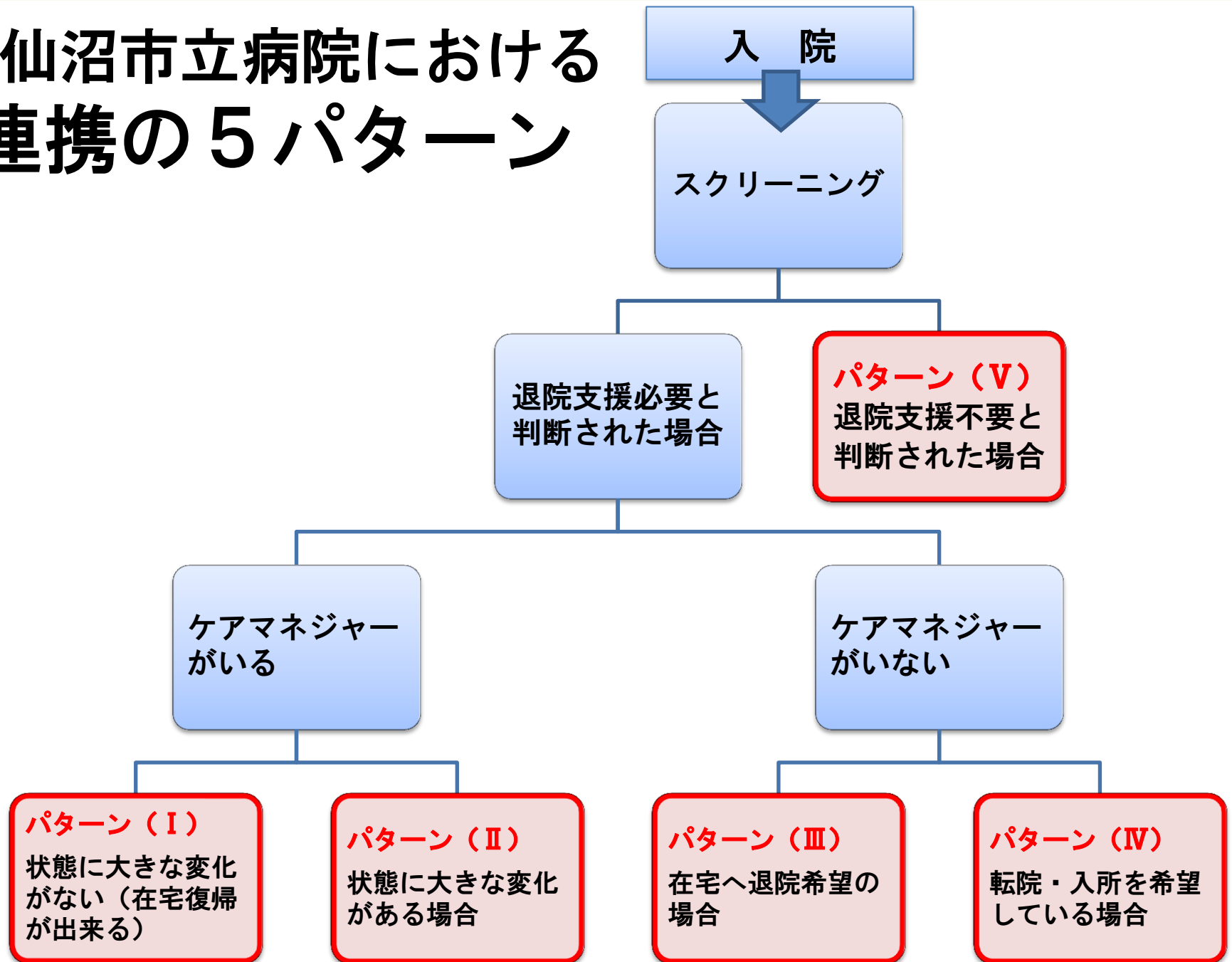
## II 情報連携ツール

- ・ 情報提供書
- ・ 気仙沼市立病院で使用しているスクリーングシート、退院支援計画書，退院支援計画書（指導書）
- ・ 今回検討していただいた看護連絡票

## III 参考資料

- ・ 相談窓口として居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・介護保険施設等の連絡先
- ・ 連携に関する診療報酬・介護報酬

# 気仙沼市立病院における 連携の5パターン



# フローチャート (パターンごとに見開きで)

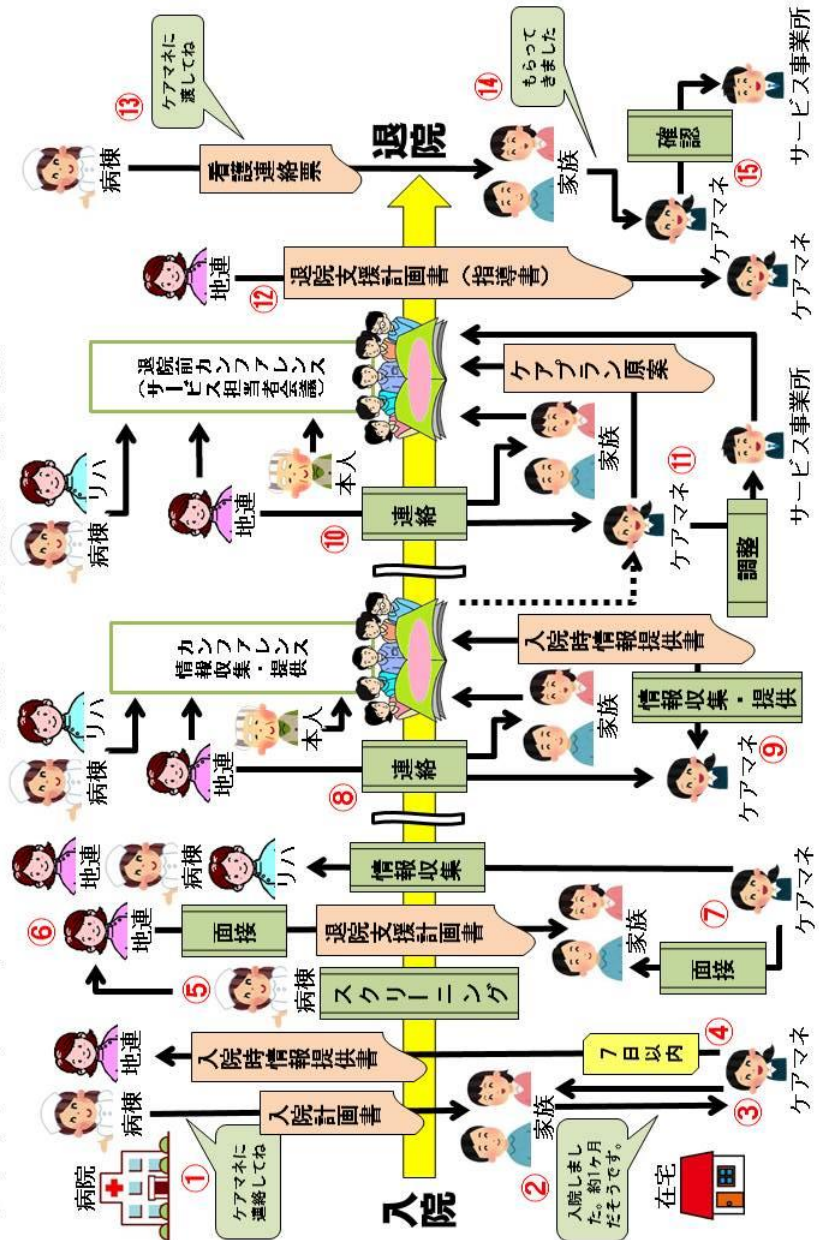
## 【連携体制】

### (Ⅱ) ケアマネジャーがついていて、状態に大きな変化がある場合

気仙沼市立病院		ケアマネジャー	本人・家族
<b>病棟</b> ①入院時に、家族に対して入院したことをケアマネジャーへ連絡するように伝える。 ⑤病棟は、退院支援が必要か判断するため、スクリーニングを行う。 ⑧地域医療連携室は、必要時カンファレンスを行うため、ケアマネジャーに連絡を行い、参加要請を行う。 ⑩在宅復帰が見えてきた時点で、退院前カンファレンスを行うため、ケアマネジャーに連絡を行い参加要請を行う。	<b>地域医療連携室</b> ④ケアマネジャーは、入院日から7日以内に病院(窓口・地域医療連携室)へ入院情報提供書を持参する。介護者の意向等在宅復帰が出来ないことが想定される場合は、情報提供を行う。 ⑥退院支援が必要と判断された場合、地域医療連携室は、入院日から7日以内に本人・家族と面接を行い、退院支援計画書の作成に着手する。 ⑦ケアマネジャーは、地域医療連携室・病棟・リハビリテーション室等から情報収集を行う。家族が持っている退院支援計画書を確認する。 ⑨ケアマネジャーは病棟担当看護師・リハビリ担当者から入院情報提供をもとに、変化したところを中心に情報収集をする。在宅復帰へ向けた情報提供をしながら検討する。 ⑪(必要時)ケアマネジャーはあらかじめケアプランの原案の準備を行い、サービス事業所も参加できるように調整を行い、サービス担当者会議も兼ね開催できるよう準備する。	<b>本人・家族</b> ②家族は、入院したことをケアマネジャーに連絡する。 ③ケアマネジャーは、入院計画書に記載されている入院期間の目安を家族から聞き取る。 ④ケアマネジャーは、入院日から7日以内に病院(窓口・地域医療連携室)へ入院情報提供書を持参する。介護者の意向等在宅復帰が出来ないことが想定される場合は、情報提供を行う。 ⑥退院支援が必要と判断された場合、地域医療連携室は、入院日から7日以内に本人・家族と面接を行い、退院支援計画書の作成に着手する。 ⑦ケアマネジャーは、地域医療連携室・病棟・リハビリテーション室等から情報収集を行う。家族が持っている退院支援計画書を確認する。 ⑨ケアマネジャーは病棟担当看護師・リハビリ担当者から入院情報提供をもとに、変化したところを中心に情報収集をする。在宅復帰へ向けた情報提供をしながら検討する。 ⑪(必要時)ケアマネジャーはあらかじめケアプランの原案の準備を行い、サービス事業所も参加できるように調整を行い、サービス担当者会議も兼ね開催できるよう準備する。	
入院情報提供書 入院情報提供書を参考に、看護・リハビリ・退院支援等を行う。	④ケアマネジャーは、入院日から7日以内に病院(窓口・地域医療連携室)へ入院情報提供書を持参する。介護者の意向等在宅復帰が出来ないことが想定される場合は、情報提供を行う。	②家族は、入院したことをケアマネジャーに連絡する。	
情報収集	⑦ケアマネジャーは、地域医療連携室・病棟・リハビリテーション室等から情報収集を行う。家族が持っている退院支援計画書を確認する。	③ケアマネジャーは、入院計画書に記載されている入院期間の目安を家族から聞き取る。	
⑤病棟は、退院支援が必要か判断するため、スクリーニングを行う。	⑥退院支援が必要と判断された場合、地域医療連携室は、入院日から7日以内に本人・家族と面接を行い、退院支援計画書の作成に着手する。	④ケアマネジャーは、入院日から7日以内に病院(窓口・地域医療連携室)へ入院情報提供書を持参する。介護者の意向等在宅復帰が出来ないことが想定される場合は、情報提供を行う。	
⑧地域医療連携室は、必要時カンファレンスを行うため、ケアマネジャーに連絡を行い、参加要請を行う。	⑦ケアマネジャーは、地域医療連携室・病棟・リハビリテーション室等から情報収集を行う。家族が持っている退院支援計画書を確認する。	⑤病棟は、退院支援が必要か判断するため、スクリーニングを行う。	
⑩在宅復帰が見えてきた時点で、退院前カンファレンスを行うため、ケアマネジャーに連絡を行い参加要請を行う。	⑪(必要時)ケアマネジャーはあらかじめケアプランの原案の準備を行い、サービス事業所も参加できるように調整を行い、サービス担当者会議も兼ね開催できるよう準備する。	⑥退院支援が必要と判断された場合、地域医療連携室は、入院日から7日以内に本人・家族と面接を行い、退院支援計画書の作成に着手する。	
⑫地域医療連携室は、退院前カンファレンスで、退院支援計画書(指導書)を記入し、ケアマネジャーに情報提供を行う。	⑬ケアマネジャーは、退院前カンファレンスで、退院支援計画書(指導書)を記入し、ケアマネジャーに情報提供を行う。	⑦ケアマネジャーは、退院前カンファレンスで、退院支援計画書(指導書)を記入し、ケアマネジャーに情報提供を行う。	
⑬病棟看護師は、退院時には家族に看護連絡票を渡す。病棟看護師は家族に対してケアマネジャーに看護連絡票を渡して欲しいことを伝える。	⑭ケアマネジャーは、看護連絡票の情報をもとに、ケアプランの作成に変更がないか確認する。	⑧ケアマネジャーは、退院前カンファレンスで、退院支援計画書(指導書)を記入し、ケアマネジャーに情報提供を行う。	

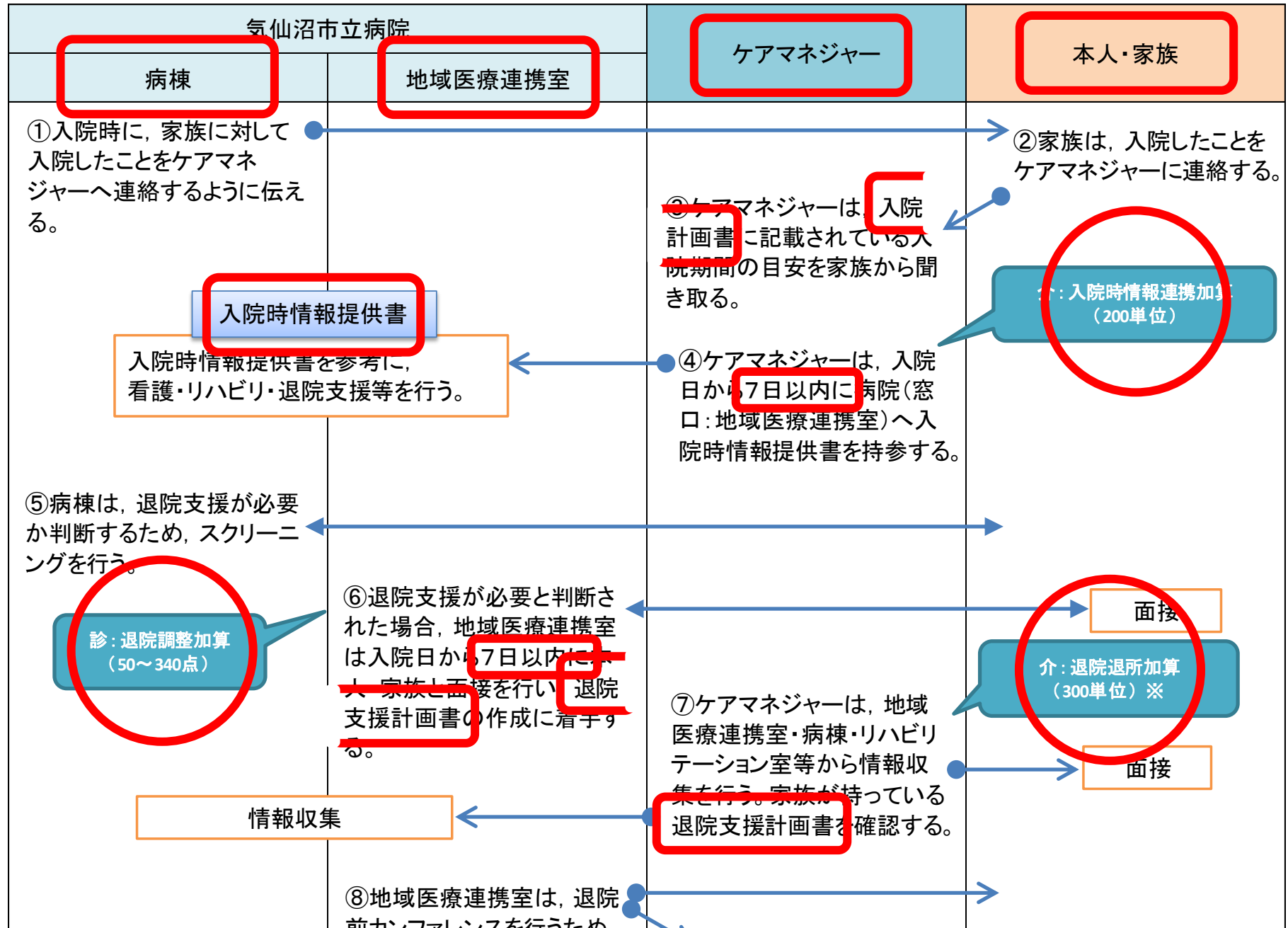
※退院退所加算は、利用者の退院に当たって、職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居室サービス計画を作成し、居室サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、院中につき3回を限度として算定できる。  
 ※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。

### (Ⅱ) ケアマネジャーがついていて、状態に大きな変化がある場合

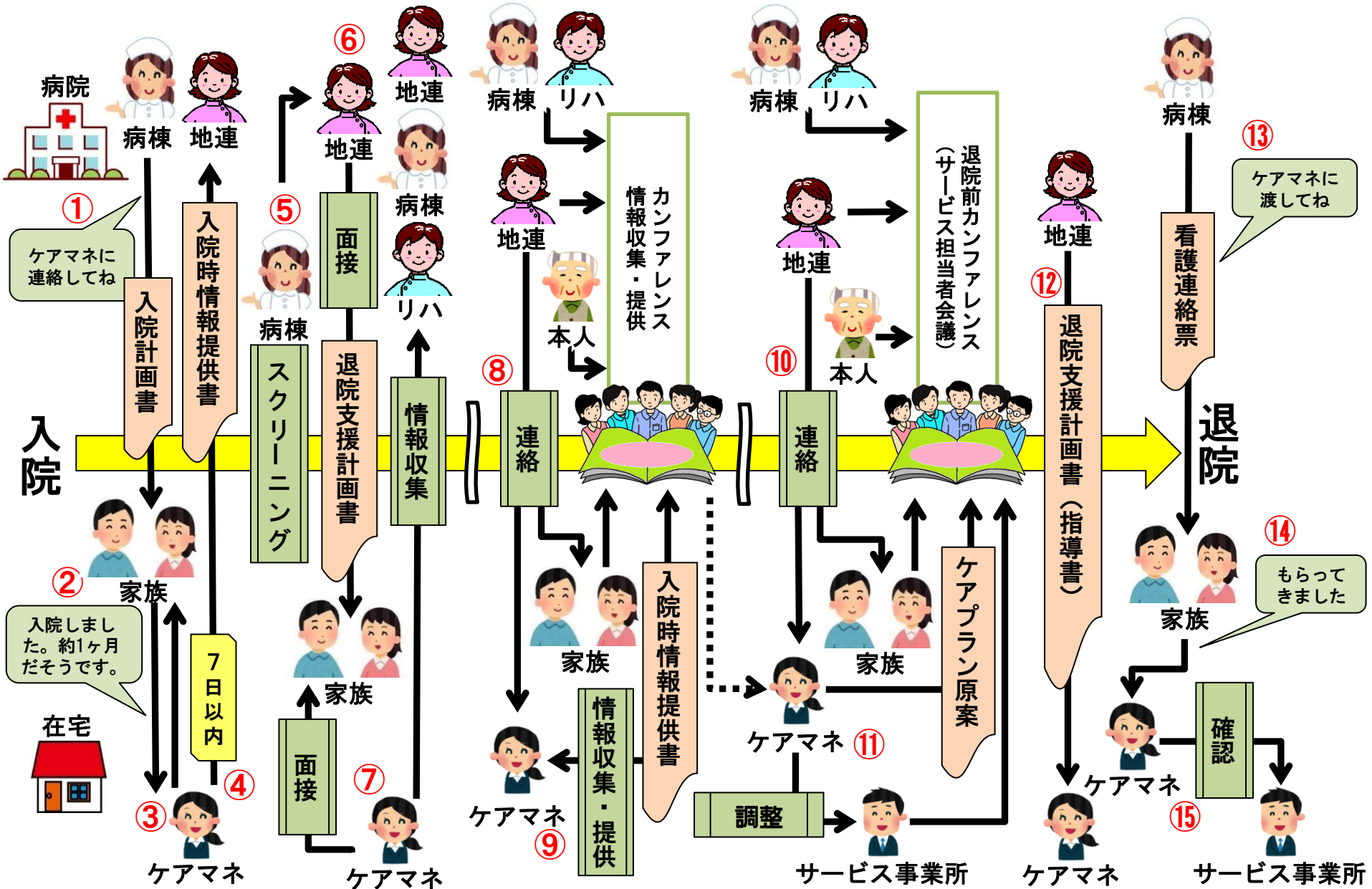


# 【連携体制】

(I) ケアマネジャーがついていて、状態に大きな変化がない場合(在宅復帰ができる場合)



## (Ⅱ) ケアマネージャーがついていて、状態に大きな変化がある場合





# 手引きの主なポイント①

- 基本は、現在実施している既存の流れを**見える化**して整理し、誰でも同じ方法で連携が取れることを意識した。
- 入院したことをケアマネジャーが知る方法として、**家族の役割**も明確化した。
- ケアマネジャーは**入院時情報提供書**を病院に持参する。



## 手引きの主なポイント②

- 状態変化が大きい方や新規の方は、ケアマネジャーが調整する時間を確保するためにカンファレンスを**基本2回**実施する。



1回目では情報収集を、2回目ではケアマネジャーはケアプランの原案を準備し、サービス担当者会議も兼ねて開催できるようサービス担当者にも参加調整を行う。

- 介護認定申請やケアマネジャーの選定が困難な場合及び在宅療養が難しい場合等、**地域包括支援センターの役割**も明確化した。



# 手引きの構成（目次）

## I 連携の実際

- ・ 連携体制を状況により5パターンに分類
- ・ 病棟・地域医療連携室・ケアマネジャー・地域包括支援センター・患者家族の役割と流れを整理
- ・ 留意事項

## II 情報連携ツール

- ・ 情報提供書
- ・ 気仙沼市立病院で使用しているスクリーニングシート、退院支援計画書、退院支援計画書（指導書）
- ・ 今回検討していただいた看護連絡票

## III 参考資料

- ・ 相談窓口として居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・介護保険施設等の連絡先
- ・ 連携に関する診療報酬・介護報酬



# 手引きの構成（目次）

## I 連携の実際

- ・ 連携体制を状況により5パターンに分類
- ・ 病棟・地域医療連携室・ケアマネジャー・地域包括支援センター・患者家族の役割と流れを整理
- ・ 留意事項

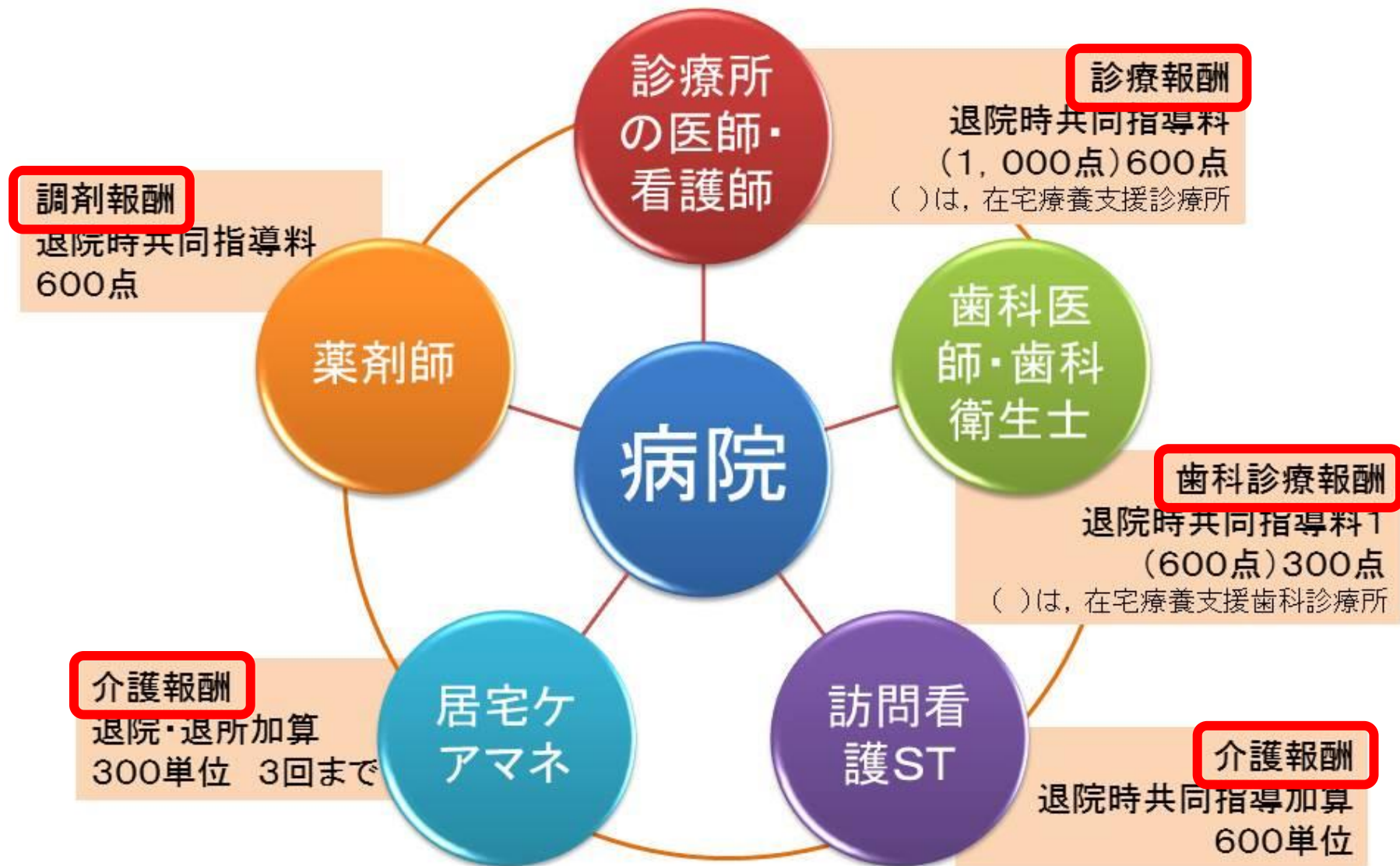
## II 情報連携ツール

- ・ 情報提供書
- ・ 気仙沼市立病院で使用しているスクリーングシート、退院支援計画書，退院支援計画書（指導書）
- ・ 今回検討していただいた看護連絡票

## III 参考資料

- ・ 相談窓口として居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・介護保険施設等の連絡先
- ・ 連携に関する診療報酬・介護報酬

# 退院時多職種連携に伴う報酬



# 関係機関への周知

## 1 気仙沼市立病院内の周知

- ・ 会議や院内職員研修にて

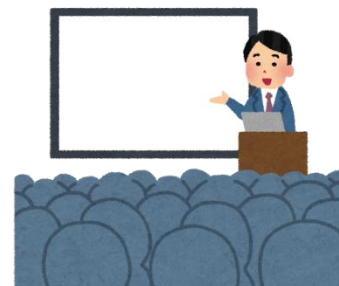


## 2 介護支援専門員への周知

- ・ 平成27年10月16日 ケアマネジャー協会気仙沼支部役員会で報告
- ・ 平成27年11月13日 介護支援専門員への説明会を開催  
(ケアマネジャー協会気仙沼支部と共催)

## 3 関係機関への周知

- ・ 平成27年10月23日  
気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会で報告
- ・ 平成27年10月30日  
気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会在宅療養システム部会で報告
- ・ 平成28年3月  
「病院とケアマネジャーの連携調整会議」において情報提供  
参集者：管内7病院の看護部長・地域連携担当者、  
ケアマネジャー協会気仙沼支部，市町担当等

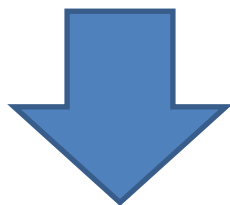


# 気仙沼圏域全体への普及



平成28年2月

「退院へ向けた情報提供書・連携体制検討会」を再度開催し，運用後の手引きの評価（見直し）を行う



各病院の体制や状況を勘案し  
ご意見を伺いながら検討していく

平成28年  
1月14日

# 河北新報に掲載されました

## 気仙沼市立病院など

## 「手引き」「連絡票」導入

入院患者を在宅療養にスムーズに橋渡しするため、気仙沼市立病院などが「退院に向けた介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携の手引き」をまとめ、運用を始めた。退院までに病院と患者家族、ケアマネジャーらが介護方針を話し合う時期や業務を明確にしたのが特長で、連携体制の強化に努めている。

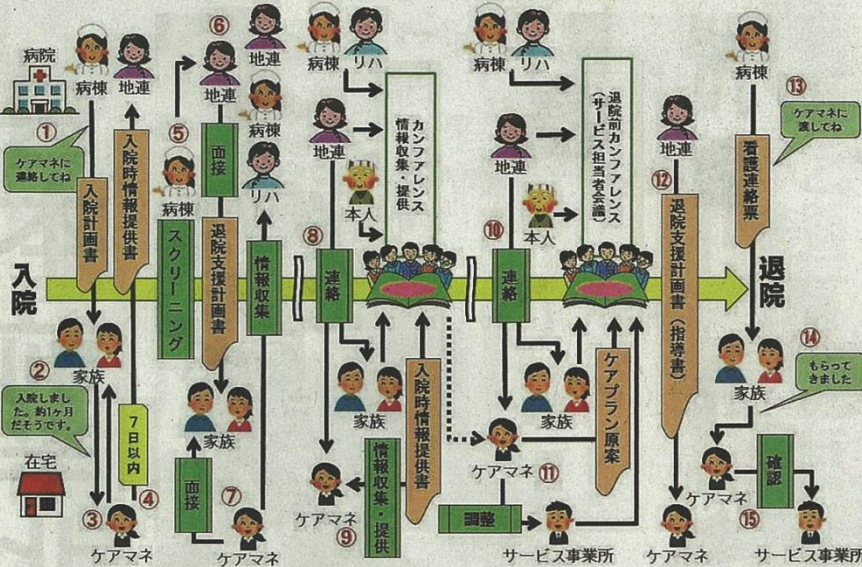
手引きは、市立病院と県ケアマネジャー協会気仙沼支部、県気仙沼保健福祉事務所、地域包括支援センターが協議を重ね、昨年11月に関係者に示した。A4判35ページで、入院前に介護保

険の認定を受けていたかなど五つのパターンごとに、病院（病棟や地域医療連携室―地連―など）とケアマネジャー、患者家族、地域包括支援センターの動きを規定した。誰がいつ連絡や面談をする

# 入院患者を 在宅療養へ

# 切れ目なく橋渡し

(Ⅱ) ケアマネジャーがついていて、状態に大きな変化がある場合



手引きの一部。病院やケアマネジャーの連携の流れを示したフローチャート

## ケアマネジャーと連携強化

かや「退院前カンファレンス（検討会）にケアプラン原案を不す」といった業務の流れを明確にした。新たな情報連絡ツールとして、退院時に病院が患者情報をケアマネジャーらに伝える「看護連絡票」（A4判2枚）も導入。入院中の経過、食事や入浴などの日常生活動作（ADL）といった介護に必要な情報を引き継ぐことができるようにした。

こうした手引きや連絡票の導入は県内の病院では珍しい。病院とケアマネジャーの情報交換は口頭や文書でやりとりされているが、流れがはっきりしないことから「退院ぎりぎりにケアプラン策定を迫られる例もある」（関係者）という。

市立病院の小松由美副看護部長は「病院と地域を切れ目のないサポートでつなぐことができる」と話す。県気仙沼保健福祉事務所の担当者も「医療も介護も人手不足の中、手引きに沿って効率的に動くことができる」と期待する。手引きは同事務所のホームページに月内に公開される。



気仙沼市立病院が導入した看護連絡票

連携  
連絡票

① 平時の連絡



医療発信型  
連携連絡票

病院



② 入院

情報提供  
の手引き

病院



③ 退院

連携の  
手引き

気仙沼市立病院



居宅



施設



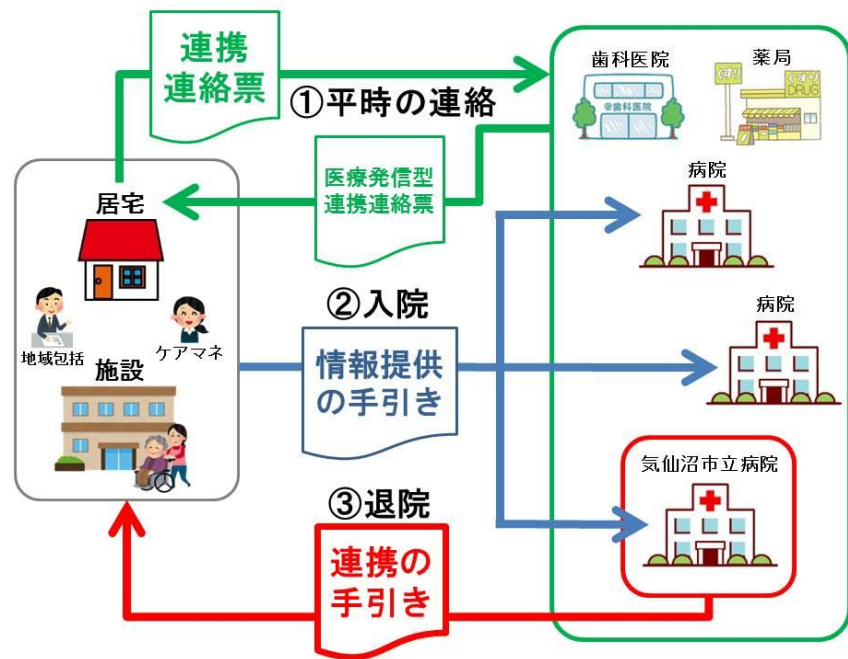
気仙沼圏域における  
介護支援専門員と  
医療機関等との  
情報交換イメージ図



# 考察①

気仙沼圏域での  
医療・介護連携においては、  
退院時に情報が欲しいと  
病院へ要望するだけでなく、  
まずは地域ができることとして、

**入院時に現在の生活情報を病院へ伝えるという取組が**  
うまく波及し、その結果、今度は病院から退院へ  
向けた情報提供をしたいと主体的な動きが生じ、  
退院支援の強化につながった。



## 考察②



病院の動きに対して、

**タイミングを逃さずに**事業化することができ、

患者に円滑に退院してもらいたいという

共通の目標に向かって、病院と介護支援専門員及び

行政がお互いの課題を共有し、それぞれの立場を

踏まえた**具体的なルールづくりを通して、**

また一歩、医療・介護連携が強化された。



# 今後に向けて

気仙沼圏域では、地域包括ケアシステムの構築に向けたこれまでの取組が確実に積み重なっており、この地域特性を活かしながら、今後もさらなる医療・介護連携の促進へ向けて取り組んでいきたい。

