

医療機関と地域連携のルールづくり（国の事業のウ、エ）作業部会報告

作業部会員	真木 裕子	（エルケア千里山ケアプランセンター）
	菊澤 薫	（ケアプランセンターあす～る吹田）
	富士野香織	（コスモス吹田）
	児浦 博子	（大阪府済生会吹田訪問看護ステーション）
	丸山 和也	（株式会社フロンティア吹田営業所）
	八木 和栄	（大阪府済生会吹田病院 福祉医療支援室）
	岩間 紀子	（大阪府済生会千里病院 患者支援センター）
	秋本みゆき	（協和会病院 地域医療福祉連携室）
	磯田 容子	（市立吹田市民病院）
	濱本 利美	（健康医療部地域医療推進室）
	事務局	西堀やよい
松浦 正和		（福祉部総合福祉会館）
篠田 真紀		（福祉部亥の子谷地域保健福祉センター）
豊福 祐子		（千里丘地域包括支援センター）

開催日時	第1回	平成29年 6月14日（水）10時～11時半
	第2回	平成29年 8月10日（木）10時～11時半
	第3回	平成29年10月11日（木）10時～11時半
	第4回	平成30年 1月17日（水）10時～11時半

1 目的

医療・介護関係者等が情報を共有し、切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築を図るための具体的な手段を検討する。

2 内容

- (1) 「利用者情報提供書」兼「居宅サービス依頼書」、フロー図、シート等の普及、評価を行う。アンケートを実施し活用状況を把握。
- (2) 「多職種連携研修会作業部会」で必要な取り組みとして提案のあった、退院前カンファレンスの運営方法の検討として、「退院時カンファレンスチェックシート」（案）の作成

3 平成30年度の予定

アンケートの結果を踏まえ、「利用者情報提供書」やフロー図等の普及に向けて取り組むとともに、診療報酬、介護報酬の改正に合わせて連携加算等のシートの更新、「退院時カンファレンスチェックシート」の活用を図る。

吹田市ケアネット実務者懇話会 共通書式 利用者情報提供書 利用状況等のアンケートのまとめ

1 目的

吹田市ケアネット実務者懇話会では、居宅介護支援事業所と医療機関との連携ツールの1つとして「利用者情報提供書・居宅サービス依頼書」(以下、利用者情報提供書とする)を作成している。

この度、地域包括支援センター職員およびケアマネジャーを対象にサービス利用者が入院する際の使用状況についてアンケート調査を実施した。

2 アンケート実施期間、方法

回答期間：平成29年10月24日(火)～平成29年11月30日(木)

配布方法：居宅介護支援事業者部会全体会、各地域包括支援センター、各地域でのケアマネ懇談会にて配布

回答方法：総合福祉会館へアンケート用紙提出、もしくはFAX

3 対象者数、回答数

地域包括支援センター 職員	対象者 59人	回答数 59人	回答率 100%
居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護 ケアマネジャー	対象者 318人	回答数 80人	回答率 25.2%

4 各アンケート項目について

(1)平成29年4～9月の間に吹田市内外の医療機関に入院した利用者数

①地域包括支援センター

- ・吹田市安心自信サポートサービス事業対象者、要支援認定者等 98件
- ・要介護認定者(区分変更)2件

②居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護

- ・吹田市安心自信サポートサービス事業対象者、要支援認定者等 64件
- ・要介護認定者 339件

(2)上記の(1)で医療機関へ書面で在宅療養中の情報を提供した割合

・事業対象者、要支援認定者 98件中

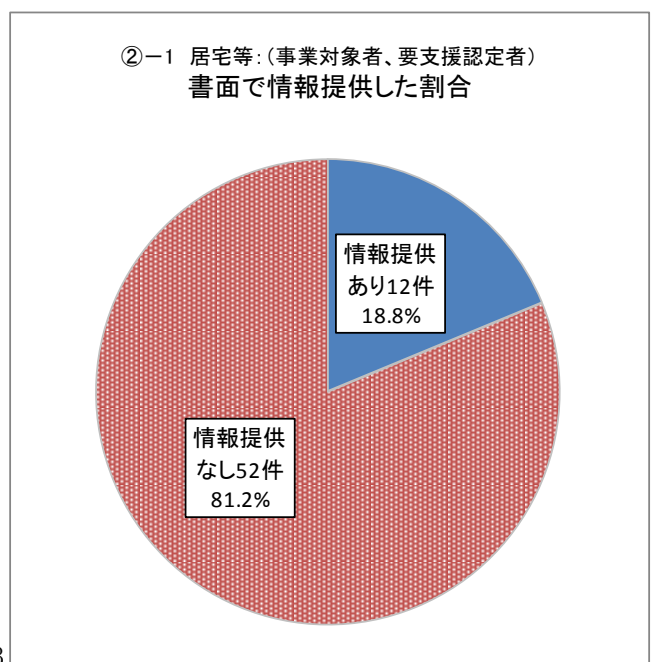
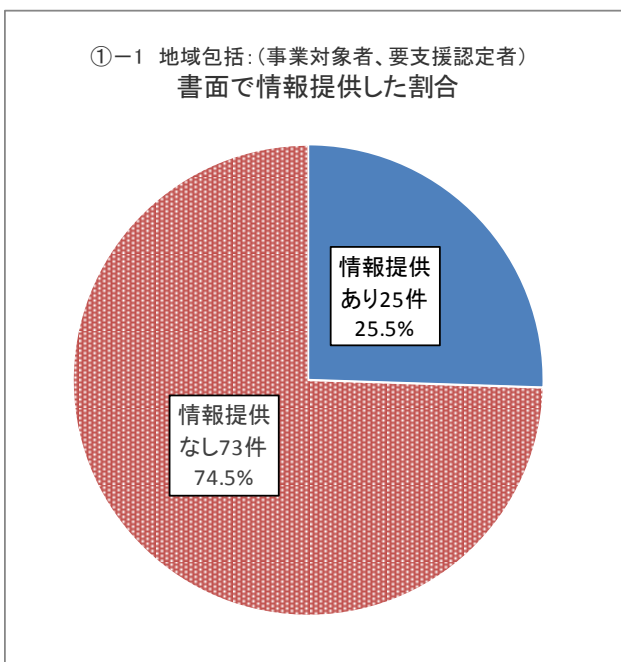
・事業対象者、要支援認定者 64件中

①-1 地域包括支援センター

情報提供あり 25件
情報提供なし 73件

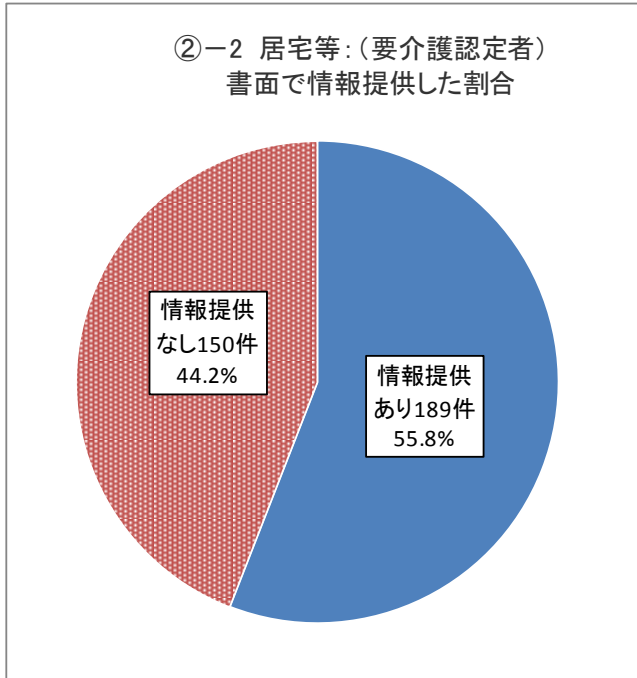
②-1 居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護

情報提供あり 12件
情報提供なし 52件



- ・要介護認定者 2件中
 - ①-2 地域包括支援センター
 - 情報提供あり 2件
 - 情報提供なし 0件

- ・要介護認定者 339件中
 - ②-2 居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護
 - 情報提供あり 189件
 - 情報提供なし 150件

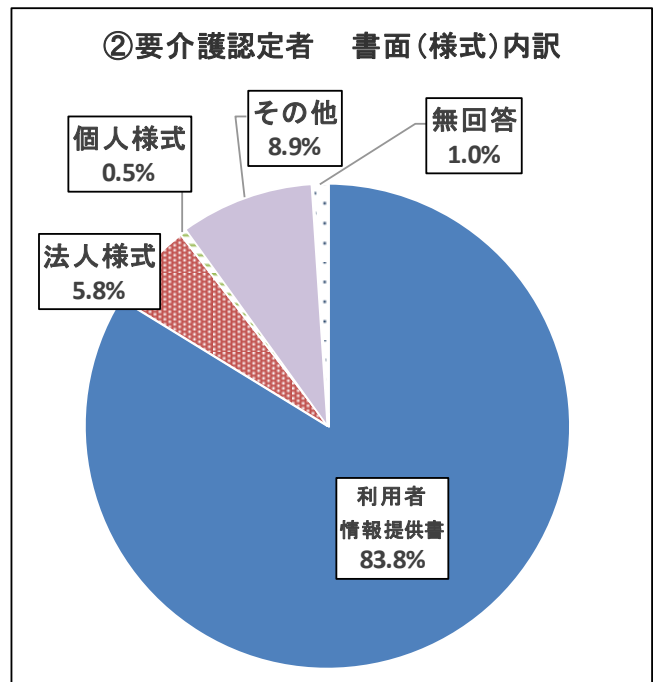
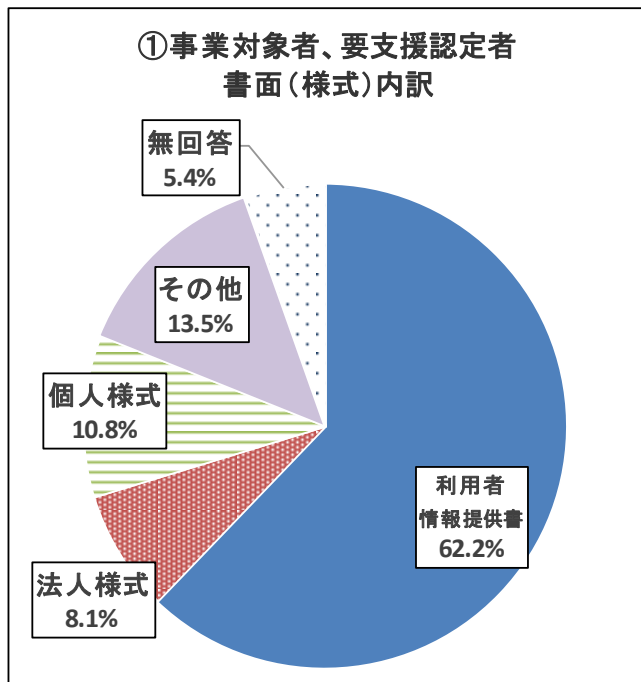


※利用者が要介護認定者の場合、入院時に医療機関へ情報提供すると、居宅介護支援事業所は「入院時情報連携加算」が算定できる。
この情報提供は、入院してから7日以内に行うが、方法は問われない。

(3)上記の(2)の情報提供時の書面(様式)内訳

- ①事業対象者、要支援認定者 37件
(地域包括及び居宅介護支援事業所等)

- ②要介護認定者 191件
(地域包括及び居宅介護支援事業所等)

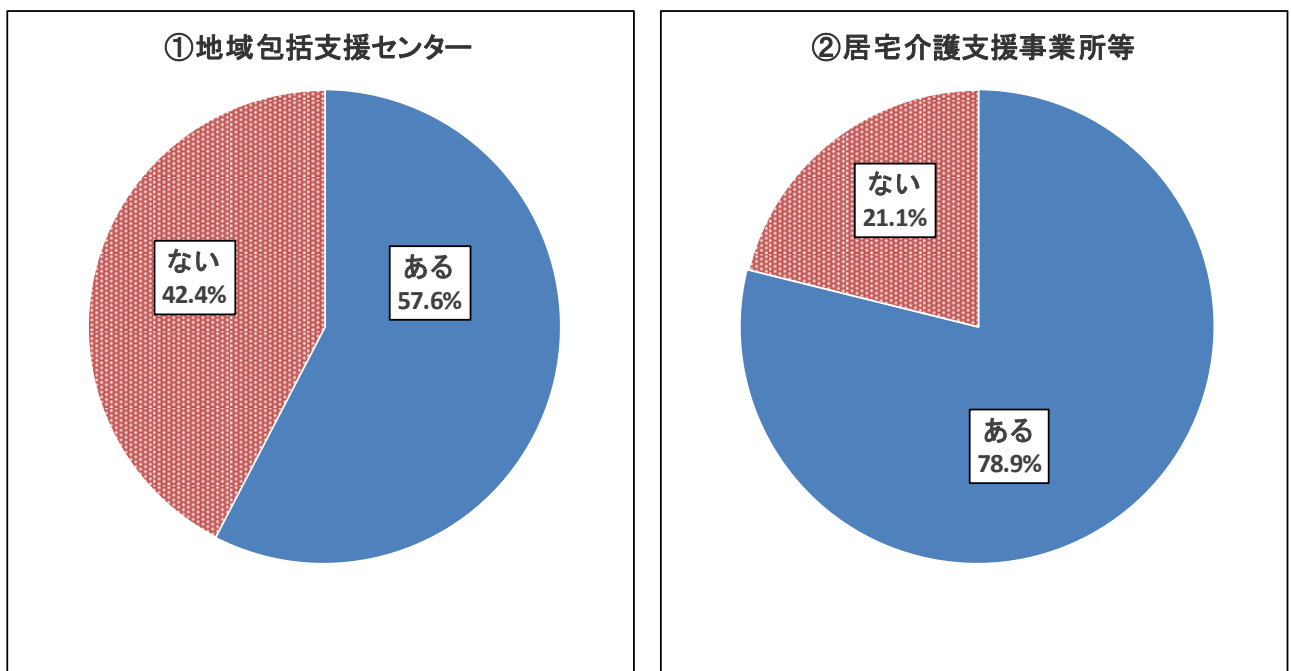


(4) 医療機関に「利用者情報提供書」で情報提供をしなかった理由（複数回答あり）

- ・利用者情報提供書以外の書式に慣れている。
- ・共通書式には記載がない情報提供が必要だったため。
- ・書式作成の時間が無い為、電話で情報提供した。
- ・他市なので行わなかった。
- ・急な入院だったため、情報提供できていない。
- ・家族・本人がしっかりしていたので、不要と判断した。
- ・入院時に医療機関に提出を忘れていた。
- ・定期入院・検査入院・短期入院で必要が無いと判断した。
- ・利用者情報提供書を知らない。
- ・情報提供を行っていない。

※「利用者情報提供書」を知らないと答えたのは、包括・居宅等とも経験年数が1～2年の方であった。

(5) サービス事業所に「利用者情報提供書・居宅サービス依頼書」で情報提供したことがある割合



(6) サービス事業所に「利用者情報提供書」で情報提供をしなかった理由（複数回答あり）

- ・同じ内容でわざわざ利用者情報提供書に書きかえることの負担が大きい。
- ・事業所の書式や利用者基本情報をそのまま使っている。
- ・サービス提供事業所の書式で提出を求められる。
- ・プラン等、必要な書類は引き継ぎの際に渡すので重なる情報が多い。
- ・医療機関だけに使用すると思っていた。
- ・書面での提供は行っていない。電話や担当者会議の場で伝えている。

(7) その他、自由記載

①書式への要望

- ・介護認定区分、事業対象者欄の追加。
- ・書類の項目が多すぎる、作成に手間がかかる。
- ・視覚・聴覚についての記入欄の追加を希望。
- ・豊中市の共通書式が使いやすい。
- ・被保険者番号の記入欄追加。

②医療機関への情報提供方法：電話

- ・電話と直接会って情報提供している。
- ・重度もしくは状態に変化が大きい時は電話で連絡している。
- ・文書で情報を提供したが病院から情報をもらえなかったことがあり、電話で連絡することが多い。
- ・必要時の電話連絡。ごく短期間の入院。入院を後日になって知る等あり。
- ・相談室とは電話での連携がメイン。予防の方は本人がしっかりしていることが多い。
- ・総合相談の対応ケースは主に電話。

③その他

- ・医療機関へ共通様式を入院時には情報として利用することを忘れずにしたいと思うが、医療機関の受入れはできているのか。
- ・短期入院の場合、出しそびれてしまう。
- ・11月の緊急入院には利用者情報提供書を作成した。連絡とりやすくなり良かった。

(8) まとめ

- ・医療機関への書面による情報提供は、要支援者等の約1/4、要介護者の約1/2となっており、介護度が重い方が情報提供する人が多い。その場合、情報提供ツールとして「利用者情報提供書」が一番多く利用されている。利用していない理由としては、「利用者情報提供書以外の書式に慣れている」「電話連絡で済ませている」という意見が多かった。
- ・医療機関では、提供された「利用者情報提供書」をスタッフ間で情報共有するため電子カルテに取り込む等で活用しているところも多い。このため、今後も「利用者情報提供書」等を使用して、医療機関とスムーズな連携が図れるよう、居宅介護支援事業所・医療機関双方への周知が引き続き必要である。
- ・ただ、電話連絡だけで情報提供している場合もあり、書面による情報提供が望ましいケースはどのような場合なのか、居宅介護支援事業所や医療機関等と共通認識が必要である。
- ・アンケート回収率が1/4となっており、アンケート集約結果を踏まえ、今後も「利用者情報提供書」の活用に向け普及啓発を行っていく。

- カルテに取り込み、各関係部署で情報共有できるようにしている。
- 部署に届いた時点で、各病棟担当の退院支援担当者に渡し、情報確認している。また、電子カルテにスキャン取り込みして、院内で多職種と情報共有できるようにしている。
- 入院前のADL、家族状況、生活状況の把握ができるので、入院中の治療、看護、退院支援において活用している。
- 患者の自宅でのADLや過ごし方、インフォーマルサービスなどの把握になる。また退院後の在宅サービスの追加、変更が必要かの目安になる。
- 介護度の把握や入院前のADLの確認のため活用
- 今までの日常生活状況や家族背景等、既往歴、受診状況

(活用できていない意見)

- 利用者情報提供書自体の認識が低いため、活用までに至っていないのが現状
- ケアマネジャーからの提出が少ない。また病棟に直接渡されているものは把握できていない。

7. 利用者情報提供書と併せて配布している介護保険の居宅サービスを利用される方の入院から退院までの支援フロー図は、活用していますか。

活用できている : 5機関 (35.7%) 活用できていない : 9機関 (64.3%)

※どのように活用しているか、または活用できていない理由、御要望を御記入ください。

(活用している意見)

- カンファレンス等の依頼や日程調整時に、フローに沿って説明すれば相手の理解を得やすい。また、ケアマネジャーが確認したい内容の例や心掛けたいマナーの部分は共通認識として有効利用している。
- 自宅退院に向けてのケアマネジャーとの調整や必要とする情報がどんなものかなどの参考にしている。
- 今後、退院支援までの流れを明確にしていき、フローを活用していく。ケアマネジャーに介入していただくポイントを共通認識できるようにしていきたい。
- 退院支援を行っている部署の病棟担当者で共有している。新人でもケアマネジャーと連携しての退院の流れがわかり、ある程度標準化した対応ができると思う。ただし、そのフロー図はあくまでも参考であることを周知し、個別指導は必要と思われる。
- フロー図に沿った退院支援を行っている。

(活用できていない意見)

- 介護が必要な方が退院される場合、転院のケースが多いため活用できていない。
- 既にサービスを導入されている方が入院してくる場合がほとんどである為。
- 支援フロー図があまり周知されていないことが理由かも知れない。
- フロー図があることを把握できていなかった。

担当ケアマネジャーがいる患者が入院されても、ケアマネジャーから利用者情報を頂けることは少ないように感じる。(請求して、もらうことが多いが、嫌がられることもある。)

また退院カンファレンスの際に「ケアプラン原案」を持参頂いたことはほとんどない。当方としては「退院時に看護サマリーが欲しい」と言われることが多いので、退院前カンファレンスの有無にかかわらず担当ケアマネジャーがいて、何らかのサービスを利用されている患者さんには、「看護サマリー」を準備するように病棟側に依頼してほぼ実施できている。

- フロー図の活用方法が決まっていない。認識が低い。
- 情報がなく、理解していなかった。
- 支援フロー図の周知ができていなかった。今後は活用していきたい。

以上

様 退院前カンファレンスチェックシート (案)

病院

病棟

年

月

日

司会：MSW／看護師／ケアマネジャーなど適宜

※在宅での生活について最終確認（目安時間は30分程度）

自己紹介

1 現在までの経過と治療（病棟主治医又は看護師が説明）

2 今後の治療方針

3 入院中の状況、在宅での注意点

①移動と移乗、入院中のリハビリテーション

②食事の内容と食事介助の方法

③排泄状況（自立、一部介助、オムツ等）

④寝具(マットレス)、体位交換、皮膚トラブルの有無

⑤入浴等の状況と頻度

⑥睡眠、更衣、口腔ケア、その他

⑦認知機能、精神面の状況

⑧行っている医療処置

内容：

消耗品：

操作・手技の習得

（本人： 可 不可 ・家族： 可 不可）

⑨介護指導の内容

⑩定時薬と屯用薬

4 在宅へ向けての本人と家族の希望と心配

5 今後の生活へ向けての課題を検討

(ケアマネジャー)

6 質疑応答

7 ケアの調整

①退院日時、退院後の受診について

②緊急連絡先や方法

体調が変わった時の緊急連絡先

8 まとめ（司会）

吹田市退院前カンファレンスチェックシートの活用について

- ・このシートは病院から退院後スムーズに在宅生活が始めるように次の視点から作成した多職種連携ツールです。
 - ①病院スタッフから在宅支援スタッフへ必要な情報が漏れなく提供できます。
 - ②在宅支援スタッフが情報を共有することができます。
- ・このシートをご利用いただく効果は、
 - ①在宅生活スタートにあたり必要な情報を漏れなく聞く事ができます。
 - ②このシートを使って多職種のカンファレンスをスムーズに進めることができます。
 - ③病院スタッフは事前に在宅支援スタッフへ申し送る情報が準備できます。
 - ④経験の浅い在宅支援スタッフもこのシートで退院前カンファレンスをイメージできます。

病院スタッフの皆様へ

- ・このカンファレンスチェックシートは、在宅介支援スタッフが知りたい情報をまとめたものです。決してこのシートに書き込んでいただくものではありません。このシートの記載項目に沿って情報を提供してください。
- ・またカンファレンスができない場合は
項目を御本人へ確認して退院指導をお願いいたします。

在宅支援スタッフの皆様へ

- ・退院前カンファレンスに参加される時、このシートをご活用ください。必ず使わなければならないシートではありません。活用は自由です。
- ・これは退院時、病院から入手する情報漏れがないようにするためのチェックシートであり病院から記入されたものが配布されるわけではありません。

※ このカンファレンスチェックシートが関係職種、皆様の連携のために少しでも役立つ事を願っています。

吹田市ケアネット実務者懇話会
平成30年2月7日

入退院時における相談窓口(利用者情報提供書提出先)

医療機関50音順

医療機関名	相談窓口	職員体制
(医) 蒼龍会 井上病院 江の木町16-17 TEL : 6385-8651	地域医療連携室	MSW 2名
(医) 松柏会 榎坂病院 江坂町4-32-1 TEL : 6384-3365	医療福祉相談室	PSW 7名
大阪市立弘済院附属病院 古江台6-2-1 TEL : 6871-8013	患者支援部	相談員 3名
大阪大学医学部附属病院 山田丘2-15 TEL : 6879-5111	保健医療福祉ネットワーク部	MSW 9名 看護師 3名
(医) 甲聖会 甲聖会記念病院 江の木町7-1 TEL : 6380-0666	地域医療連携室	MSW 3名 相談員1名
(医) 協和会 協和会病院 岸部北1-24-1 TEL : 6339-3455	地域医療福祉連携室	MSW 5名 退院支援看護師 2名
(社福) 恩賜財団 大阪府済生会吹田病院 川園町1-2 TEL : 6382-1521	福祉医療支援室 入退院・在宅支援調整室	MSW 12名 在宅支援看護師 5名
(社福) 恩賜財団 大阪府済生会千里病院 津雲台1-1-6 TEL : 6871-0121	患者支援センター	MSW 5名 看護師 2名
(医) 菊秀会 皐月病院 寿町2-7-24 TEL : 6319-1191	地域連携室	MSW 2名
(国研) 国立循環器病研究センター 藤白台5-7-1 TEL : 6833-5012	医療福祉相談室 専門医療連携室	MSW 4名 退院支援看護師 5名
地方独立行政法人 市立吹田市民病院 片山町2-13-20 TEL : 6387-3311	医療相談室	MSW 5名 看護師 5名
(医) 沖縄徳洲会 吹田徳洲会病院 千里丘西21-1 TEL : 6878-1110	医療ソーシャルワーク室	MSW 3名
(医) ダイワ会 大和病院 垂水町3-22-1 TEL : 6380-1981	地域医療連携室	MSW 3名
(医) 京優会 平海病院 岸部中4-25-6 TEL : 6388-6666	地域連携室	看護師 1名 相談員 1名

吹田市ケアネット実務者懇話会 (平成30年2月7日現在)