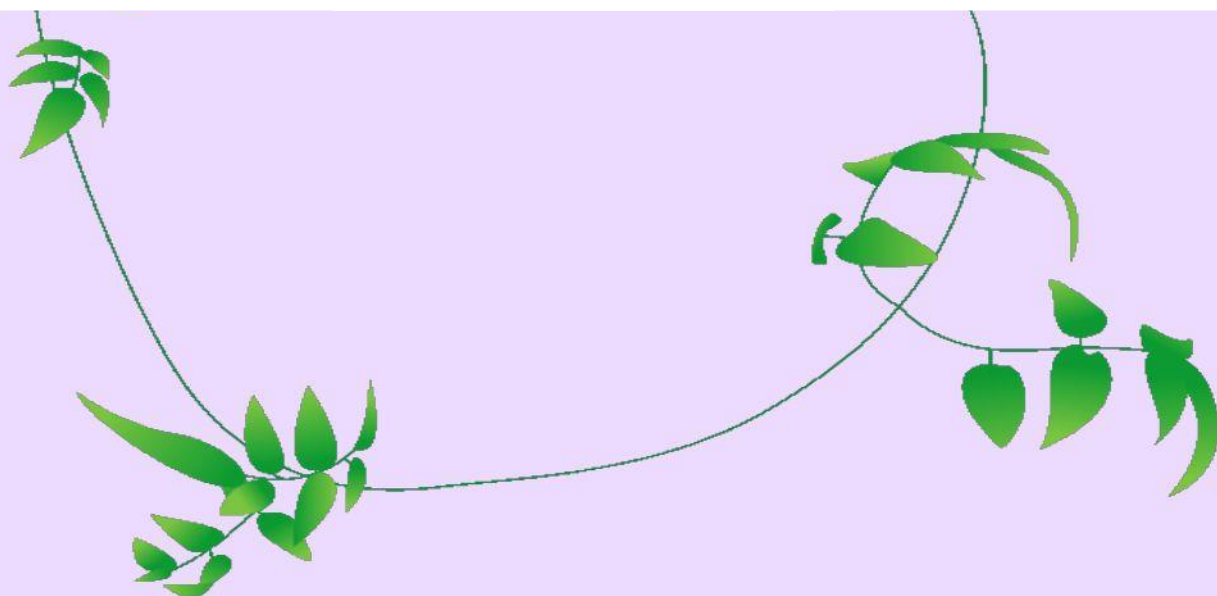




春日部市医療介護連携ガイド

はるパス・思いやりガイド・入退院支援ガイド

活用の手引



春日部市地域包括ケアシステム推進センター

春日部市在宅サービス多職種連絡協議会



目次

1. 春日部市医療介護連携ガイドの基本的な考え方	
(1) はじめに	1
(2) 春日部市医療介護連携ガイドの目的	1
(3) 目指す多職種連携の姿	2
(4) 情報共有とは	2
(5) 春日部市医療介護連携ガイドの評価と改定	3
(6) 春日部市医療介護連携ガイドに関する留意事項	3
2. 多職種連携にあたっての心構え『思いやりガイド』	
(1) 連携にかかわる私たちが取り組みます	3
(2) 医師の私たちが取り組みます	3
(3) 病院スタッフの私たちが取り組みます	3
(4) ケアマネジャーの私たちが取り組みます	4
3. 入退院支援ガイド	
(1) ケアマネジャーの支援	4
(2) 病院スタッフの支援	5
(3) 入退院支援のポイント	6
4. はるパス運用マニュアル	
(1) 運用上の基本姿勢	6
(2) 理念	6
(3) 使用場面	7
(4) 受け取りと保管	8
(5) 管理責任者・管理について	8
(6) 記入者	8
(7) 個人情報の取り扱い	8
(8) 診療報酬・介護報酬	9～14
5. 記入マニュアル	
(1) 表面	15～16
(2) 裏面	17～23
付録	
・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準	24
・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	25
・ADL評価方法	26

1.春日部市医療介護連携ガイドの基本的な考え方

(1)はじめに

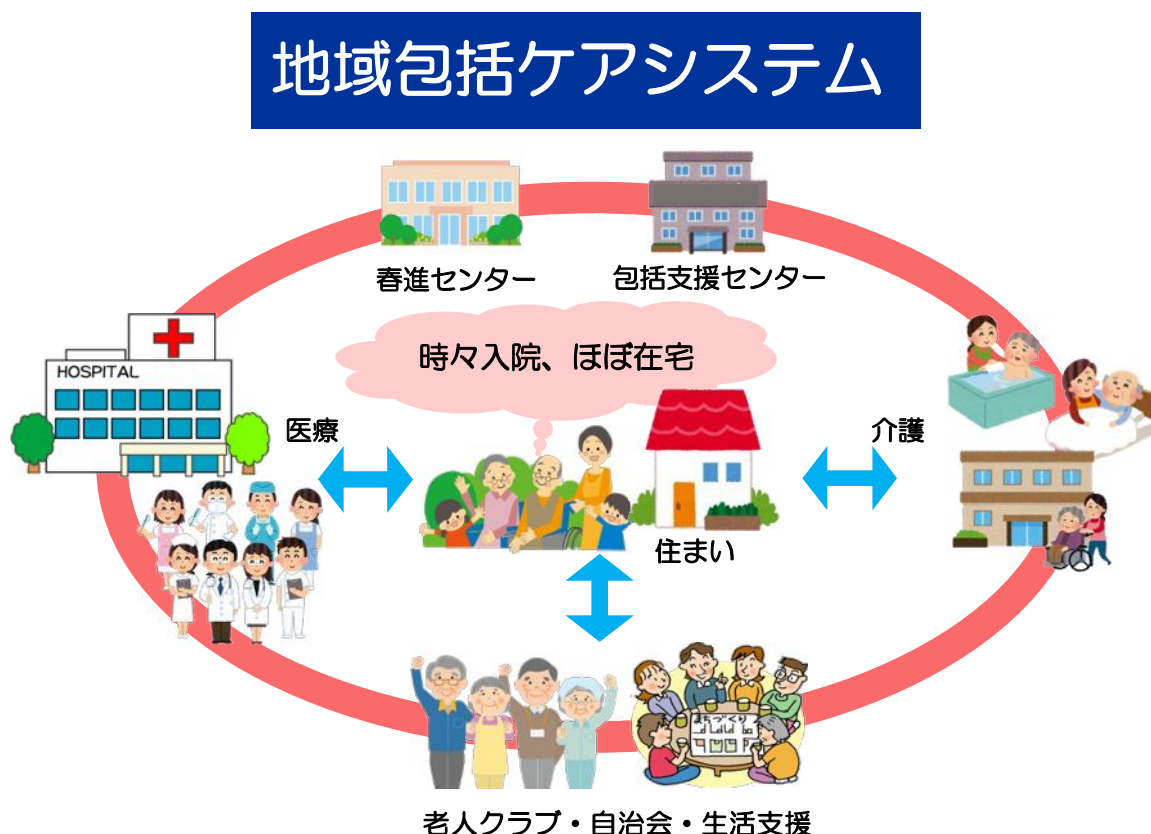
高齢化が急速に進んでいる中、医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加しています。このため、厚生労働省の政策として、疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要と考えられています。

こうした状況から、全国では地域包括ケアシステムの構築を目指して、医療介護関係者の連携・協働を促進するため、様々な連携のルールが定められ運用がなされています。

春日部市においても、利用者のQOL向上を目的として、医療介護関係者等が協働し、情報共有を図ることを促進していくため『はるパス（春日部市医療連携シート）』を作成しておりましたが、この度、さらに進化・深化した連携のルールを作成するにあたり、市内の医療介護関係者、市職員など延 221 人もの方にお集まりいただき連携・協働について協議し、多職種が集まる春日部市在宅サービス多職種連絡協議会にて取りまとめ、春日部市医療介護連携ガイドとして『はるパス・思いやりガイド・入退院支援ガイド』を策定しました。このツールの主旨をご理解いただき、関係者の立場をお互いに尊重しあいながら春日部市医療介護連携ガイドをご活用くださいますようお願いいたします。

(2) 春日部市医療介護連携ガイドの目的

住み慣れた生活の場で、自分らしい生活を続けられるために、在宅生活における医療と介護が常に連携・協働することが必要になります。また、入退院時に医療機関とケアマネジャー等の専門職が連携し、必要な情報を共有していくことが求められます。このツールは、利用者本人・家族のニーズや思いに基づき、一貫した支援がなされることを目的とし、医療と介護の関係者が、顔の見える関係づくりをさらに深化させ連携協働を図ることで、安心して自分らしい生活が続けられるような地域づくりを目指しています。



(3) 春日部市医療介護連携ガイドを用いて目指す多職種連携の姿

利用者（患者）が入院した場合、その人らしい暮らしに戻るため、病院スタッフと在宅医療介護職との協働が求められます。また、退院後、再発・重度化を予防し、本人が望む在宅療養生活が継続できるよう、医療介護職が、互いの強みを活かしながら地域全体で連携し支援を行うことが大切です。

(4) 春日部市医療介護連携ガイドにおける情報共有とは

情報共有とは、見分（実際に見たり聞いたりすること）や知識、ノウハウ（物事のやり方に関する知識）を、仲間に伝達し共有することです。組織やメンバー間で知識や情報などを伝達し合うことで認識などを揃える、といった文脈（すじみち）などで特に使われる表現です。

情報共有は、仕事を円滑にまわすための素地をつくることであると同時に、情報をオープンにすることで、仲間との信頼関係を構築する目的も含まれています。情報共有することにより、在宅医療・介護を受ける利用者に対し、質の高い安全な医療や介護サービスを迅速に提供することが可能となります。

情報共有を効率化するためには、無駄な情報共有を減らすことが重要です。「情報を共有する」という仕事に時間をかけすぎないこと、「リアルタイムのやり取り」と「ストックしたいデータ」とは別情報として取り扱うことが必要です。目的に応じたツールを使用することで、連携調整が標準化され、業務の効率化が期待できます。

医療介護の情報とは、一次から四次情報に分類されます。（下記図参照）

はるパスで得た情報は、2 次情報に分類され、それを活用することにより、利用者が入院・退院をする際に必要となる情報が共有でき、シームレスなサービス提供が行えます

※個人情報の取扱いについて

医療・介護の連携のためには、関係者間の情報共有が不可欠ですが、個人情報の取扱いには、細心の注意が必要です。個人情報の取扱いについては、厚生労働省から「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」が示されていますので、参考にしてください。

（厚生労働省ホームページ）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

医療介護の情報



(5) 春日部市医療介護連携ガイドの評価と改定

春日部市医療介護連携ガイドの使用者から寄せられた意見を、春日部市地域包括ケアシステム推進センター（以下、春進センター）が集め、必要に応じて春日部市在宅サービス多職種連絡協議会（春宅会）において評価や見直しについて協議し、春日部市医療介護連携ガイドの改定を行う予定です。しかし、各事業所においてルールを円滑に実践するための補足事項の追加等については、柔軟に行ってください。

(6) 春日部市医療介護連携ガイドに関する留意事項

『はるパス・思いやりガイド』は、連携ルールとして策定しましたが、強制力を持つということはありません。医療介護職の顔の見える関係づくりの深化や、連携・協働の促進が期待される標準的な行動を定めたものとなります。また、春日部市医療介護連携シート「はるパス」については、参考様式であり、各病院・事業所の既存のシートを活用していただいて構いません。対象者によって情報共有の方法は異なりますので、その都度、必要な情報を追加するなど関係者間で柔軟に調整をお願いします。

2. 多職種連携にあたっての心構え『思いやりガイド』

医療介護連携時に医療介護職が心がけることとして、「春コン（春日部市医療介護職連携研修・交流会）」にて意見交換したものを『思いやりガイド』としてまとめました。この『思いやりガイド』が、地域の多職種連携を少しでも進化・深化できるよう、お役立ていただければ幸いです。

(1) 連携にかかわる私たちが取り組みます

- ① 多職種連携は、目配り・気配り・心配りを意識して取り組みます
- ② お互いに日常的なコミュニケーションを心掛け、日頃から顔の見える関係を築きます
- ③ お互いの専門性や役割を理解し歩み寄り思いやりをもち、丁寧な対応を心がけます
- ④ お互いの視点を大切に、なるべく専門用語は使わずわかりやすく相手に伝えます
- ⑤ 相手が必要としている正確な情報を、5W1Hを意識し結論から伝えます
- ⑥ 他職種に連携をとるときには、どの程度急ぐ用件か判断して連絡します
- ⑦ 担当者不在時の体制を整備しておきます

(2) 医師の私たちが取り組みます

- ① 主治医意見書や指示書などの書類を出来るだけ早くきれいに作成します
- ② ケアマネジャーと顔の見える連携が構築できるよう私たちから働きかけます
- ③ ケアマネジャーへ専門用語は少なめに、医療情報を分かりやすく伝えます
- ④ ケアマネジャーからの連絡に耳を傾け、健康生活状況の把握をします

(3) 病院スタッフの私たちが取り組みます

- ① 入院中から在宅生活をイメージした支援を心がけます
- ② 本人指導のみならず、ご家族にも退院後の療養生活について指導します
- ③ 退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせます
- ④ 必要な書類はケアマネジャーと確認します
- ⑤ 利用者が入院した際は、ケアマネジャーに連絡します
- ⑥ ケアマネジャーが行う入院中の面談や情報収集に協力します
- ⑦ 退院前カンファレンスは、できるだけ1週間前までを目安に開催します

- ⑧ 多職種での退院前カンファレンスが数回開催出来るよう、日時の調整に取り組みます
- ⑨ カンファレンスが有意義な時間になるよう発言しやすい雰囲気作りに取り組みます
- ⑩ 介護保険の申請や区分変更は、患者・家族・ケアマネジャーと相談の上で進めます
- ⑪ 担当ケアマネジャーがいない場合は、地域包括支援センターに相談します。

(4)ケアマネジャーの私たちが取り組みます

- ① 医療機関へ情報提供を求める際には、本人・家族から了承を得ます
- ② 家族から入院等の連絡が入るよう家族とこまめに連絡を取ります
- ③ 保険証などに担当ケアマネジャーの氏名・所属が分かるよう名刺などをはさみます
- ④ 医療機関の訪問に際しては、事前に相手方に確認しアポイントメントを取ります
- ⑤ 入院前の情報提供書類は、出来るだけ手渡しし、顔の見える連携に取り組みます
- ⑥ 訪問や受診同行は、事前に氏名・所属・職種・目的を伝え、相手方と日時調整をします
- ⑦ 訪問や受診同行の際には、自己の紹介と要件や結論を簡潔に伝えます
- ⑧ 入院中、面会の前には病院担当者に挨拶してから利用者と面会します
- ⑨ 退院時カンファレンスの内容は、各介護サービス担当者と情報共有します
- ⑩ 退院前カンファレンスには、できるだけ全ての介護サービス関係者へ声かけします
- ⑪ 退院前カンファレンスでは、必要な情報を確実に収集できるよう準備して臨みます
- ⑫ 退院時の ADL に関する情報は、できるだけ自分の目で確認します

3.入退院支援ガイド

入退院支援時に必要な情報や取り組みについて、「春コン」にて意見交換したものを、日頃から・入院時・入院中・退院時、それぞれの時期における支援内容例を『入退院支援ガイド』としてケアマネジャー・病院スタッフ別にまとめました。医療介護職による入退院支援が、スムーズに連携できるよう、お役立ていただければ幸いです。

(1)ケアマネジャーの支援

①【日頃から】

- ◇ 日頃から利用者の入院退院情報を早期に把握するための取り組みに努める
- ◇ 元気に過ごせるよう健康管理に配慮し、入退院を繰り返さないよう、重度化を防止し再入院しないための支援に努める
 - 本人家族から入院した際に医療機関と情報交換することの同意を得る
 - 本人家族に担当ケアマネジャーの名刺を渡し、医療保険証・介護保険証・お薬手帳等と一緒に保管し、入院時に必要なもののセットとして持参するように伝える
 - 自宅の見えるところ（電話の前、ベッドサイドなど）に担当ケアマネジャーの氏名・連絡先を貼っておくように伝える
 - 入院したら担当ケアマネジャーに連絡するように、本人や家族に伝える
 - 入院したら入院先にケアマネジャー氏名と連絡先を報告するように、本人や家族に伝える
 - 入院中に病院からの病状説明や退院目的の話があった時ケアマネジャーに報告するように、本人や家族に伝えておく

②【入院時（入院から3～7日以内）に】

- ◇ 入院生活、退院準備に必要な情報をなるべく早く提供することに努める

- 本人・家族や医療機関から入院の情報を入手する
- 利用している介護保険サービス事業所や担当者への連絡
- 入院先とかかりつけ医が違う場合は、かかりつけ医と情報共有を図る
- 入院医療機関から連絡相談窓口等を把握する
- 入院時情報提供書等を作成し情報提供する
- 退院予定の連絡を依頼

③【入院中に】

◇ 病院と在宅チームが認識や方向性を合わせることに努める

◇ 退院に向けて療養環境を整えることに努める

- 状態変化の確認
- 退院の見込み・時期を確認
- 退院後の生活課題の把握
- 患者・家族の意向を病院スタッフと共有
- 退院先や支援内容などを病院スタッフと意見交換（カンファレンスなど）
- 状態に合わせ区分変更やケアプラン変更、住宅改修などを検討

④【退院の見込みがついた時期から退院までに】

◇ 利用者が自宅に戻ってからの生活イメージを共有することに努める

- 病院・家族から退院見込みの連絡を受けたら、サービス事業所担当者にも連絡
- 病院スタッフと退院後の在宅介護サービス者が情報共有、意見交換を行う
- 在宅介護サービス者のカンファレンス参加を提案
- カンファレンスで助言を受けたい内容を確認する
- 退院前カンファレンスに参加し助言を反映させケアプラン（原案）を作成
- 在宅介護サービスの調整
- 次回受診日や追加事項などの確認
- 必要に応じて、退院後ケアプランを医療機関へ提供

(2) 病院スタッフの支援

②【入院時（入院から3～7日以内）に】

◇ 入院生活、退院準備に必要な情報をなるべく早く収集することに努める

- 介護認定状況やケアマネジャーの有無、受けている介護サービスの確認
- ケアマネジャーが不明の場合や不在時、家族に相談
- 本人・家族からケアマネジャーに病院へ連絡するよう依頼、もしくはケアマネジャーへ入院したことの連絡
- 本人・家族から病名や推定される入院期間をケアマネジャーに連絡するよう説明
- 本人・家族と退院支援について話し合い退院支援計画書を作成

③【入院中に】

◇ 入院時から退院後の生活を見据えた医療と看護

◇ 病院と在宅チームが認識や方向性をあわせることに努める

- 患者・家族の意向を確認しケアマネジャーと共有
- 入院生活と経過をケアマネジャーに情報提供
- 退院へ向けた健康問題の整理および退院後の生活課題を把握しケアマネジャーと情報共有
- 病院多職種のスタッフ内において情報共有を行い退院支援について相談

- 退院先や支援内容などをケアマネジャー等と意見交換（カンファレンスなど）
- 退院後の生活イメージについて本人・家族に説明
- 退院（入院期間）の見込み・時期をケアマネジャーと共有

④【退院の見込みがついた時期から退院までに】

- ◇ 退院後に必要な支援が切れ目なく提供されるよう病院から在宅医療介護職につなぐ
- 退院見込み日を出来るだけ早く家族・ケアマネジャーに連絡
- 在宅介護サービス者と退院後の生活課題について情報共有、意見交換を行う
- カンファレンスにて説明する内容（在宅療養生活等）について院内多職種で整理
- 退院前カンファレンスの開催
- 退院後の医療管理先と内容（口腔や薬剤管理等）を本人・家族・ケアマネジャーと共有
- 入院主治医の許可した退院日を本人・家族・ケアマネジャーに連絡
- 必要書類（サマリー等）を本人・家族・ケアマネジャーに渡す

(3) 入退院支援のポイント

入院から退院までの経過における、入退院支援のポイントは、以下の 5 つです。

- ① 【医療機関】ケアマネジャーの把握と入院の連絡
- ② 【ケアマネジャー→医療機関】「入院時情報提供書」等情報の提出
- ③ 【医療機関→ケアマネジャー】「退院見込み」の連絡
- ④ 【医療機関・ケアマネジャー等】退院前カンファレンスにて情報共有
- ⑤ 【医療機関→ケアマネジャー】「退院時情報提供書」等情報の提出

4. はるパス運用マニュアル

(1) 運用上の基本姿勢

『はるパス』は、春日部市及び近隣の多職種が協働して、利用者本人が在宅生活を安心して継続できるよう支援するために、必要な情報共有を行うことを目的としています。

【表面】

利用者の身体・生活機能等の情報を記入します。医療情報については、診療情報提供書等をご参照下さい。

【裏面】

裏面は、すべての欄への記載は必要ありません。本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼にあたって必要な項目を記入してください。

(2) 理念

- 利用者本人、家族のニーズや意向を尊重する。

『はるパス』は、利用者、家族の基本情報、利用者の身体、生活機能について、また本人家族の意向などを記載する用紙になっております。利用者本人、家族を中心にして、そのニーズや意向を踏まえ、一貫性のある医療・介護の提供ができるよう作成されています。

- 医療・介護を担う多職種連携を推進する。

利用者の生活支援を担う多職種の連携を円滑に行うためには、各職種間の共通理解が前提となります。しかし、職種ごとに使用される用語や理解が異なることがあるのが現状です。

(4) 受け取りと保管

『はるパス』を渡す時は、コピーを診療録等に保管し、原本を相手先にお渡しください。本シートを受取する際の手段（訪問、郵送等）や、シートを受領したか否かを確認する手段（面談、電話等）については、事前に連携先と協議のうえ、取り決めておくことが望ましいと考えます。

(5) 管理責任者・管理について

『はるパス』の管理者は、病院では連携担当者（MSWや退院調整看護師等）、在宅や施設では、ケアマネジャーや生活相談員が想定されますが、機関によっては上記職員以外の連携担当者が管理責任者になることも可能と考えます。

(6) 記入者

『はるパス』は、医者、看護師、リハビリ療法士、MSW、薬剤師、栄養士、ケアマネジャーなどの多職種で記入し、用紙を完成していきます。

(7) 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いに関しては、別紙『個人情報の取扱いについて』をご参照ください。

追記：『はるパス』をFAXまたはEメール等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関の方で氏名を記入してもらう等の配慮が必要です。また、本シートは、利用者本人及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容(特に認知症症状や既往歴等)については十分に注意してください。



お問い合わせ

春日部市地域包括ケアシステム推進センター

〒344-0063 埼玉県春日部市緑町 6-11-41

TEL : 048-745-8651 FAX : 048-745-8655 Mail : harushin@skmg.jp