

医療と介護の連携の実際

～退院時共同指導・介護支援連携指導 説明書について～

地域連携看護師会

寿康会病院

長江 明美

2019.9.19

地域連携看護師会について

2013年3月 「これからは医療依存度が高い患者が退院する為、看護職がもっと地域と連携をとる必要がある。」と考え発足。

以来、川口・戸田・蕨市の入院機能を持つ医療機関において、地域連携に携わる看護職が、個別性を重視した最良の看護援助を継続するために、地域の看護職や他職種と連携を図ることを目的に活動。

今年7年目を迎え、34施設が参加、医師会はじめ、日本看護協会・埼玉県看護協会・行政等からも支持、2018年末にはホームページも完成。

本日、ご紹介する「退院時共同指導・介護支援等連携指導書」は、学研の教材にも取り上げられることになった。

ご存知の通り、入院が決まった時から

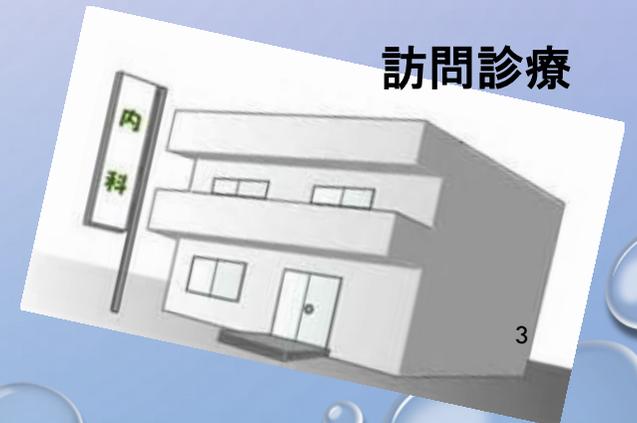
退院支援は開始



施設



訪問診療



まず・・・ 退院支援計画書を作成！

退院困難と思われる方に対し、入院後7日以内に作成。

退院支援に必要な情報を集める＝ケアマネと連携
(または、介護保険の説明・申請)

在宅の
情報持っ
てます



ケアマネさんはどなたですか？



介護保険とは・・・、申請を！

次に・・・ 介護支援連携指導！

• 介護支援連携指導1回目

患者の個別性を踏まえて、退院後の生活を見越し、導入可能な介護サービスの検討や適切な療養場所の検討

• 介護支援連携指導2回目

退院を前に、ケアプランの原案となるような具体的内容の検討



急性期病院と訪問診療の連携

退院前には・・・ 退院時共同指導（主治医と在宅療養を担う医師の連携）

担当医または看護師と、退院後在宅療養を担う医師または看護師が、退院後の在宅での療養上必要な説明および指導を共同で行うこと。

さらに、多機関共同指導加算（3者以上、歯科医師・ケアマネ・薬剤師・訪問看護師等が加わっての行う多職種連携は、効果が高く、診療報酬でも高く評価）

ところが・・・

- ・職種によって必要な情報が違う為、カンファレンスがまとまりづらく、時間がかかる。
- ・病院ごとにカンファレンスの流れの**違い**がわかりにくい。
- ・職種ごと(病院・居宅支援事業所など)にカンファレンス記録が必要な為、一つのカンファレンスで何枚ものカンファレンス記録が作成される。その為にご家族は何回もサインをしなければならない。

更に... ケアマネさんへのアンケートの結果では・・・

- ・先生怖い・・・ 緊張する
- ・看護師さん医学用語連発する・・・



あ の う . . .



病院の敷居って高い・・・

そこで・・・「なんとかならない？」



「統一した説明書」作っちゃお！

2015年 「退院時共同指導・介護支援連携指導 説明書」を作成
各地で「退院時共同指導のロールプレイ」を実施
退院時共同指導カンファレンスの流れを紹介

・ケアマネサロン会・県南在宅医療研究会で紹介・退院調整看護師研修会発表 等

□退院時共同指導 □介護支援連携指導(1回目・2回目)		説明書
様 (生年月日:)		記録者
実施日、時間 月 日() : ~ :		
実施場所		
参加者 □患者 □家族(続柄) □その他() □医師() □病棟看護師() □リハビリ() □医療相談員() □訪問看護師(事業所 氏名) □介護支援専門員(事業所 氏名) □その他事業所()		
病状の経過と継続事項		参加者の方には、自己紹介をしながら、それぞれ参加者欄に名前を記入。
ご本人・ご家族の意向		病棟看護師から病状経過説明
退院調整看護師またはMSWからご家族の意向を説明		
退院後の療養生活に係る説明・検討点・確認事項		
□ 清潔	□口腔ケア・お下の清潔・入浴以外の清拭 入浴介助 その他:	訪問看護師・ヘルパー・ご家族・その他() 訪問看護師・ヘルパー・ご家族・その他()
□ 排泄	自立・しびん介助・おむつ交換 膀胱留置カテーテル尿を捨てる その他:	訪問看護師・ヘルパー・ご家族・その他() 訪問看護師・ヘルパー・ご家族・その他()
□ 食事	お口からの食事・お口から以外の栄養 食事、栄養内容: その他:	訪問看護師・ヘルパー・ご家族・その他()
□ 移動	杖・T字杖・歩行器・シルバーカー・車いす	退院後の生活について、項目ごとに説明・検討しながら全員で確認
□ その他		

「退院時共同指導・介護支援連携指導 説明書」は、A4 一枚にまとめられた説明書。

あらかじめ病棟看護師が記載し、MSWと打ち合わせをしておく。

時間を決めて、患者・ご家族、多職種に集まって戴く。

退院調整看護師から開始の挨拶を行う。
「本日は、お忙しい中お集まりいただきありがとうございます。〇〇さんの退院に向けたカンファレンスを行いたいと思います。」

介護保険に係るサービス

- 介護認定 要支援1・2・要介護1・2・3・4・5
 利用するサービス
 訪問看護
 訪問介護
 訪問入浴
 通所系
 短期入所
 福祉用具
 住宅改修
 施設入所
 その他:

ケアマネから介護度の説明。退院後必要なサービスについて確認。

退院後の診療に係る説明

- 点滴
 注射
 経管栄養
 高カロリー中心静脈栄養
 在宅酸素
 吸引
 気管カニューレ
 人工呼吸器
 膀胱留置カテーテル
 床ずれの処置
 腎ろう・尿管皮膚ろう
 人工肛門
 リハビリテーション
 痛み・つらさの管理・症状の緩和
 その他:

病棟看護師から退院後に必要な医療処置について説明。

その他

退院予定日	月	日 ()	午前・午後	時	送迎手配:
<input type="checkbox"/> 初回訪問看護の予定	月	日 ()	午前・午後	時	
<input type="checkbox"/> 初回訪問診療の予定	月	日 ()	午前・午後	時	

MSWまたは退院調整看護師より退院日、退院方法の確認。初回訪問看護の予定日及び初回訪問診療の予定日の確認。

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅に関わる訪問看護はじめ介護事業所と共同で退院支援いたしました。

病院名
住所
電話番号

私は、上記の内容の退院指導を受けました。 年 月 日

カンファレンス終了後、患者またはご家族にサインを頂き、参加人数分コピーをして、参加者に配布。 9

ご利用者・ご家族サイン

説明書を利用した結果・・・

- 経験が浅い看護師やMSWでも「退院時共同指導」や「介護支援連携指導」が簡単に行えるようになった。
- 地域の看護職や多職種に必要な情報が、洩れなくカンファレンスされるようになった。
- カンファレンス終了と同時に説明書が完成する為、その場で、患者・ご家族にサインを頂くことが可能となった。
- サインを頂いた説明書をコピーし、他職種に配布することで、それぞれがカンファレンス記録をまとめることなく、利用できるようになった。
- 患者・ご家族が、何度もサインをする必要がなくなった。
- 統一した用紙を使用することで、カンファレンスの流れを予測しやすく、把握しやすくなった。

□退院時共同指導 □介護支援連携指導 説明書

A

様 (生年月日:) 様 (記録者)

住所: 電話番号:
 実施日、時間 月 日 () : ~ :
 実施場所
 参加者 ご本人 ご家族 () その他 ()
 訪問診療 () 医師・歯科医師: 看護師:
 訪問看護師 () 氏名:
 介護支援専門員 () 氏名:
 訪問薬剤師 () 氏名:
 その他事業所 () 氏名:
 病院医師 () 病棟看護師 () リハビリ ()
 病院相談員 ()

退院後の療養生活に係る説明・検討点・確認事項

清潔 お下の清潔・入浴以外の清拭
 入浴介助
 その他:
 排泄 自立・しびん介助・おむつ交換
 膀胱留置カテーテル尿を捨てる
 その他:
 食事 お口からの食事・お口から以外の栄養
 食事、栄養内容:
 その他:
 移動 杖・T字杖・歩行器・シルバーカー・車いす
 薬 自立・支援が必要
 お口の中のケアの必要性 なし・あり
 その他
 ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他 ()
 ヘルパー・その他 ()

介護保険に係るサービス

介護認定 要支援1・2・要介護1・2・3・4・5
 利用するサービス 訪問看護 訪問介護 訪問入浴
 通所系 短期入所 福祉用具
 住宅改修 施設入所 居宅療養管理指導
 その他:

退院後の診療に係る説明

点滴 注射 経管栄養 高カロリー中心静脈栄養 服薬支援
 在宅酸素 吸引 気管カニューレ 人工呼吸器
 膀胱留置カテーテル 床ずれの処置 腎ろう・尿管皮膚ろう 人工肛門
 リハビリテーション 痛み・つらさの管理・症状の緩和
 その他:

その他

退院予定日 月 日 () 午前・午後 時 送迎手配:
 初回訪問看護の予定 月 日 () 午前・午後 時
 退院後の通院、訪問診療先: 退院後診察日時:

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたしました。

病院名
 住所
 電話番号

私は、上記の内容の退院指導を受けました。 年 月 日

ご利用者・ご家族サイン

□退院時共同指導 □介護支援連携指導 説明書 (1回目 2回目) **B**

様 (生年月日:) () 記録者

住所: 電話番号: _____

実施日、時間 月 日 () : ~ : _____

実施場所 _____

参加者 ご本人 ご家族 () その他 ()
 訪問診療 () 訪問看護師 ()
 介護支援専門員 () 訪問薬剤師 ()
 その他事業所 () 病院医師 ()
 病院相談員 () 病棟看護師 ()
 リハビリ ()

病状の経過
看護サマリー参照

患者・家族の意向

退院後の療養生活に係る説明・検討点・確認事項

課題となっ ている 生活	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22時
--------------------	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	-----

課題	退院後の支援内容	支援者・利用サービス
<input type="checkbox"/> 生活リズム		家族・訪問看護・ヘルパー その他 ()
<input type="checkbox"/> 家事能力・社会技能		家族・訪問看護・ヘルパー その他 ()
<input type="checkbox"/> 対人関係(家族関係含む)		家族・訪問看護・ヘルパー その他 ()
<input type="checkbox"/> 薬物療法		家族・訪問看護・ヘルパー その他 ()
<input type="checkbox"/> 身体		家族・訪問看護・ヘルパー その他 ()

各種制度の利用状況

自立支援受給 あり なし
 自立支援医療 医療機関 訪問看護 調剤薬局 デイケア
 障害福祉サービス ()
 精神保健福祉手帳 あり(1級・2級・3級) なし
 介護認定 未申請・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5
 高齢者の福祉サービス ()

その他検討課題

退院予定日 月 日 () 午前・午後 時 送迎手配: _____ 時
 初回訪問看護の予定 月 日 () 午前・午後 時
 退院後の通院、訪問診療先: _____ 退院後診察日時: _____

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅で関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたしました。

病院名 _____
 住所 _____
 電話番号 _____

私は、上記の内容の退院指導を受けました。 _____ 年 月 日

ご利用者・ご家族サイン _____

□ 退院時共同指導 □ 介護支援連携指導 説明書 (1回目 2回目) 記入例

様 (生年月日:) 記録者

住所: 電話番号: _____

実施日、時間 月 日 () : ~ :

実施場所

参加者 ご本人 ご家族 () その他 ()
 訪問診療 () 訪問看護師 ()
 介護支援専門員 () 訪問薬剤師 ()
 その他事業所 () 病院医師 ()
 病院相談員 () 病棟看護師 ()
 リハビリ ()

病状の経過
看護サマリ―参照

患者・家族の意向

退院後の療養生活に係る説明・検討点・確認事項

課題となった生活	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22時
物事の段取りがうまくできない、意欲低下、昼夜逆転、引きこもり傾向など										フリー入カ	
一日を通して、課題となっている行動を記入する											

課題	退院後の支援内容	支援者・利用サービス
<input type="checkbox"/> 生活リズム		家族・訪問看護・ヘルパー
<input type="checkbox"/> 家事能力・社会技能	物忘れ、物取られ妄想、収集癖、幻視・幻聴等、こだわりのある行動、外出して戻れない、自傷行為、金銭管理が困難など	
<input type="checkbox"/> 対人関係(家族関係含む)	暴力行為、介護拒否、介護者の認知症の理解、家族関係が悪く、介護力が不足	
<input type="checkbox"/> 薬物療法	主治医に相談しづらい、服薬管理が困難など	その他()
<input type="checkbox"/> 身体		家族・訪問看護・ヘルパー
<input type="checkbox"/> その他	食欲低下、脱水傾向、体重の変化、手足に力が入らない、手足の震え、疲れやすい、転倒していないのに急に歩けなくなった、症状の急激な進行など	その他()

各種制度の利用状況

自立支援受給 あり なし

自立支援医療 医療機関 訪問看護 調剤薬局 デイケア

障害福祉サービス ()

精神保健福祉手帳 あり(1級・2級・3級) なし

介護認定 未申請・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5

高齢者の福祉サービス ()

その他検討課題

退院予定日 月 日 () 午前・午後 時 送迎手配: 午前・午後 時

□ 初回訪問看護の予定 月 日 () 午前・午後 時

□ 退院後の通院、訪問診療先: 退院後診察日時: _____

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅で関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたしました。

病院名
住所
電話番号

私は、上記の内容の退院指導を受けました。 年 月 日

ご利用者・ご家族サイン _____

1. 利用対象者

- ・日常生活自立度の高い認知症。目安として、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする方。
- ・アルコール依存症
- ・精神疾患の診断がついているなど

2. 利用目的

- ・一般病院、もしくは精神科病院に入院し、自宅退院する場合の地域支援内容を考えるためのもの

3. 注意事項

- ・介護連携指導管理料の算定は、介護保険の認定がされており、ケアマネージャーが介入した場合のみ算定できる

「課題」を検討する場合の事項について、以下参照して下さい。

生活リズム	物事の段取りがうまくできない、意欲低下、昼夜逆転、ひきこもり傾向など
家事能力・社会技能	物忘れ、物取られ妄想、収集癖、幻視・幻聴等、こだわりのある行動、外出して戻れない、自傷行為、金銭管理が困難など
対人関係(家族含む)	暴力行為、介護拒否、介護者の認知症の理解、家族関係が悪く、介護力が不足
薬物療法	主治医に相談しづらい、服薬管理が困難など
身体	食欲低下、脱水傾向、体重の変化、手足に力が入らない、手足のふるえ、ふらつき、疲れやすい、転倒していないのに急に歩けなくなった、症状の急激な進行など