

# 病院とケアマネジャーとの連携を進めるために



高齢者が要介護状態になっても在宅で生活をしていくためには、介護保険による介護サービスの利用、ケアマネジャーによるケアプランの作成、主治医による健康管理、さらに地域インフォーマルサービスの利用などが必要になってきます。今後はさらに、これら関係機関との連携や、利用者やその家族との連携をうまくしていくことが大切です。

今回は「医療と介護の連携」に重点を置き、その中でも在宅と病院がうまく連携し、情報共有し合えるシステム作りを目指していきます。

このパンフレットでは、お互いの役割を理解しながら連携をとるためのポイントをまとめました。

## 目 次

### 第1章 連携は、ケアマネジャーのプラン作成から始まっている

- ・ ケアマネジャーのケアプラン作成の内容
- ・ 入院～退院、在宅ケア移行への流れ

### 第2章 利用者が入院したら！～より良い連携のポイント

- ・ 医療機関とケアマネとの連携の流れ
- ・ 連携の手順と役割分担～事例にそって
- ・ 連携に必要な様式（ケアマネ連絡票）
- ・ 地域包括支援センターとのかかわり
- ・ 関係機関

# 【第1章】

## 連携はケアマネジャーのケアプラン作成から始まっています！

ケアマネジャーが作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」は、要介護（要支援）高齢者が在宅で生活をするために必要なサービスや、誰が支援するのか等が記載されています。現在は、介護保険サービスだけでなく、利用者本人や家族、友人や知人などの支援者、医療従事者など利用者を支援する人達のそれぞれの役割も記載することになっています。

### ① 契約

利用者がケアマネジメントによる援助を必要としているのか、それ以外の援助が必要なのか、あるいは他機関への紹介が必要なのかを振り分け、ケアマネジメントが必要な方と契約を行います。

### ④ ケアプラン 原案作成

課題分析の結果を基に、利用者の生活に必要な介護（支援）の目標と達成時期、サービス提供上の留意点を盛り込んだケアプランを作成します。

### ② 情報収集

担当のケアマネジャーが決まれば、ケアマネジャーが利用者の介護だけでなく、医療、生活、家族支援など、様々な視点から情報を集め、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を見つけしていきます。

### ③ 課題分析

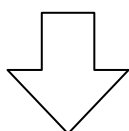
情報収集の結果から見つけ出した課題を基に、必要な支援につなげていきます。介護保険サービスだけでなく、家族や知人の支援、介護保険外のサービス、医療機関の支援など、様々な社会資源を活用していきます。

## ここで医師との連携や意見交換が必要!

- ①日常生活で気をつけること、病気や障がいや服薬状況、緊急時の対応を確認するため主治医に意見を求めます。
- ②介護保険の医療系サービス（訪問看護・通所リハビリなど）を利用するためには、必要な根拠を主治医に確認する必要があります。
- ③要介護1・要支援の方が福祉用具の一部（電動ベッド・車椅子・エアマットなど）を借りるためには、主治医を含めたサービス担当者会議で必要性を検討する必要があります。

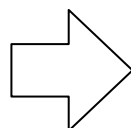
### ⑤サービス 担当者会議

ケアプランの内容を、利用者に関わる関係機関で共有し、サービスの必要性や注意事項等の確認のためにも、主治医をはじめ医療機関関係職種にも参加を依頼し、専門的見地からの意見をもとめます。



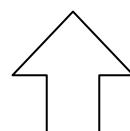
### ⑥ケアプラン完成

利用者・家族をはじめ関係機関で内容を共有して初めてケアプランが完成です。最終的に利用者が同意をし、関係機関や主治医等にも配り、生活状況を把握してもらうことが大切です。



### ⑧モニタリング

利用者・家族、サービス事業者と継続的に連絡を取り、計画の実施状況と解決すべき課題の把握を行い、必要に応じて計画の変更や事業者との連絡調整を行います。



### ⑦サービス開始

ケアプランが完成して、初めてサービスが利用です。ケアプランで決めた目標に沿って、各サービスで支援を行っていきます。

# 連携の現状を、お互いに尋ねてみると・・・

## ケアマネジャー



「病院によって窓口が異なるので、誰に相談すればよいのか・・・」

「退院の連絡が入っておらず、対応に大慌てでした」

「大きい病院は担当者がわかりにくく、連携がしにくいです」

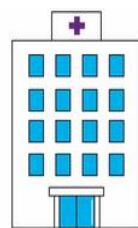
## 医療従事者

「在宅での状況がわからないので、教えてもらえませんか？」

「家族に連絡もせず、病院へ情報提供を求められても・・・」

「転院の際は、カンファレンスは行なっていません」

「何についての情報が必要か、わかりません」



# ○ 医療と介護の連携強化の目標 ○

## 安心して退院・退所できる環境の整備

- ① 在宅サービス利用開始時から医療との連携の徹底。
- ② 利用者・家族への医療連携の必要性の説明。
- ③ 医療機関連携窓口の明確化。
- ④ 関係機関内での在宅時の課題分析や支援方法についての意見交換（カンファレンス）を図る。
- ⑤ 課題分析（ケアマネジメント）能力向上のための研修会等の実施。
- ⑥ 互いの制度についての知識の理解が出来る。

## 職種間連携の具体的なルール構築

- ① 関係職種内で具体的連携のルールについての検討。
- ② 連絡票の見直し。
- ③ 医療と介護職種間で意見交換することにより互いの現状・課題の共有を図れる。
- ④ 医療機関連携窓口担当者の定期的な確認をし、ケアマネジャーへの周知を図る。

## 地域で支える仕組みづくり

## 【第2章】

# 利用者が入院したら！～より良い連携のポイント～

実際に利用者が入院した場合、ケアマネジャーと医療機関でどのような連携が必要でしょうか？ここでは、事例を用いて連携方法を確認していきます。

### 事例

Aさん（80歳・♀・要介護2）

ADL：歩行は足元が不安定で、一人では転倒の危険もあり、家族（夫）が付き添っている。認知症はなく、食事や排泄は出来るが、入浴は介助が必要。

ケアプラン内容：デイサービス／週2回

## 入院～退院～在宅ケア移行への流れ

①入院（検査・治療計画確定）

②治療開始

③退院予定時期決定

④退院時カンファレンス

⑤サービス担当者会議

⑥退院

⑦退院後のフォローアップ

# 1 入院

Aさんは家族の介護を受けながら、在宅で生活をしていました。

ある日、Aさんが転倒したため、家族は主治医に相談しました。

主治医から骨折の疑いがあると言われ、主治医の紹介でB病院を紹介されました。

早速受診し、検査を受けた結果、「大腿骨頸部骨折」とのことです、入院することになりました。

# 2 治療開始

B病院の担当医から家族に、治療計画の説明があり、入院期間はおおよそ1ヶ月程度の見込みとの話がありました。

また、相談員が入院中の相談にのることになり、相談員は早速、要介護度の有無、ケアマネジャーの有無を家族に確認し、ケアマネジャーに入院のことを連絡するよう家族に伝えました。

後日、B病院の相談員にケアマネジャーが連絡し、入院前の生活状況の情報提供をしました。

## 本人・家族

- ① 担当ケアマネジャーへ入院を伝える

## 医療機関

- ① 問診時に在宅状況の聞き取り

## ケアマネジャー

- ① 入院を把握した時点で、担当ケアマネジャーである事の連絡を行い、在宅時の情報を医療側へ提供（医療連携加算の対象）
- ② サービス事業所等へ入院連絡をする
- ③ 家族等へ治療方針（退院の予定時期）が決定したら連絡いただけるよう依頼

## 本人・家族

- ① 担当ケアマネジャーへ病状、治療状況等を伝える

## 医療機関

- ① 家族へ治療計画書の説明
- ② 家族から担当ケアマネジャーに入院の目処を報告するよう説明
- ③ 病棟看護師等が退院支援が必要なケースの判断を行いMSWへ繋ぐ
- ④ ケアマネジャーから情報提供があった場合は、医療上の情報を提供し連携

# 3

## 退院予定時期決定

Aさんへの治療も進み、状態が安定してきました。

B病院の担当医からAさんと家族に状態説明があり、退院の許可が下りました。しかし、家族が退院後の生活を不安に感じています。それを聞いたB病院の相談員は、担当ケアマネジャーを含めて病院で退院後の生活について話し合うことを提案しました。Aさんと家族が同意したので、相談員は早速ケアマネジャーに連絡を取り、B病院で話し合いをすることを説明しました。ケアマネジャーも同意し、日程を相談しました。



### 本人・家族

- ① 医師と話し合い、今後の方向性をケアマネジャーへ伝える

### 医療機関

- ① 医師が本人、家族へ病状を説明し、今後を話し合う
- ② 転院の場合 ⇒ MSW と家族とで話し合い決定
- ③ 在宅の場合 ⇒ 療養上で課題があった方は看護師等から MSW へ繋ぐ

※担当ケアマネジャーがいる場合は家族よりケアマネジャーに報告

※ケアマネジャーがいない場合で、在宅復帰にあたり問題があれば、介護認定の申請をしているかどうかの確認を行い、必要な場合は介護認定申請について説明。高齢介護課、校区高齢者あんしんセンター（地域包括支援センター）を紹介する。

### ケアマネジャー

- ① 本人の状態を把握し、在宅時の経過がある方はそれも含めて、今後の課題を分析し、ケアプランの方向性を考える



# 4

## 退院時カンファレンス

B病院で退院後の生活について話し合いをすることになり、Aさんと家族、ケアマネジャー、担当医、看護師、相談員が集まりました。

担当医、看護師から病状や治療の経過、退院予定時期などの説明がありました。

ケアマネジャーは担当医、看護師に病気が退院後に影響することや再発の場合の対応方法、サービス利用時の注意事項等を確認しました。

また、家族が退院後の生活に不安を感じていることを聞き、ケアマネジャーはサービス担当者会議を開くことにしました。

### 本人・家族

- ① 本人や家族の生活に対する意向を伝える。

### 医療機関

- ① 医師による治療経過の説明
- ② 看護師等による療養上での状況や問題点の説明、医療処置等の指導
- ③ 必要時、理学療法士等による現在の状況。
- ④ 在宅医の推進・連携

### ケアマネジャー

- ① 在宅時でも継続する医療上の課題とその事により発生する介護上の課題を検討
- ② 在宅上で必要なサービスについて提案、説明(医療系サービス導入の必要性の聴取)
- ③ 今後のケアプランの方針を説明。その上での問題点を共有
- ④ カンファレンス後ケアプラン作成

# 5

## サービス担当者会議

ケアマネジャーはサービスの担当者を集め、Aさんと家族を交えて「サービス担当者会議」を実施しました。

B病院の担当医から聞いた内容をふまえ、Aさんと家族の希望を盛り込んだ「ケアプラン」の内容を確認し、緊急時の対応等の共通理解をしました。

### ケアマネジャー

- ① 退院時カンファレンスを踏まえたケアプランの提示、説明
- ② 本人や家族の意向、生活全体を関係機関内で共通理解する。
- ③ 支援目標の理解
- ④ 総合的な援助方針の理解
- ⑤ 本人の生活全般の解決すべき課題（生活ニーズ）をお互いが共有化すること
- ⑥ ケアプランの内容を相互に深める
- ⑦ ケアプランでのサービス提供者の相互の役割分担を理解する

# 6

## 退院

退院後のケアプランが完成し、いよいよ退院となりました。

Aさんと家族は、サービスの予定も決まり、安心して自宅に戻りました。

在宅後は、かかりつけの主治医が引き続き担当できるよう、B病院の担当医が入院時の状況を伝えていました。

ケアマネジャーもケアプランの内容を主治医とB病院に報告しました。

### 医療機関

- ① ケアマネジャーより収集した情報を連携している医療職員へ報告し、今後外来診察時に繋げる。又、かかりつけ医に申し送る

### ケアマネジャー

- ① ケアプランを病院へ報告
- ② 退院時確認
- ③ サービス事業所へ最終確認（サービス開始時期等）
- ④ 在宅生活が落ち着いた後の経過報告
- ⑤ 今後連携が図りやすくするための体制づくり

# 7

## 退院後のフォローアップ

退院後も A さんの生活は続きます。

ケアマネジャーと医療機関は連携して、A さんの退院後の在宅生活の問題なく続いているかを、A さんやその家族と一緒に相談していきます。

そして、必要に応じて、連絡を取り合い、A さんの在宅生活を支えていきます。

そして、ケアマネジメントは続く・・・

作成：校区高齢者あんしんセンター（八尾市地域包括支援センター）  
主任介護支援専門員

（市直営・萱振苑・ホーム太子堂・長生園・あおぞら・緑風園・  
成法苑・サポートやお・寿光園・信貴の里）

事務局：八尾市地域福祉部高齢介護課

協力：一般社団法人八尾市医師会

：八尾市介護保険事業者連絡協議会 居宅介護支援事業者部会

初版：平成21年11月11日発行

## 一般社団法人八尾市医師会

また、「八尾市医師会」では、「ケアマネジメント委員会」を設置し、地域のケアマネジャーと医師が円滑な連携を進めていけるよう支援しています。

## 校区高齢者あんしんセンター （地域包括支援センター）

校区高齢者あんしんセンター（地域包括支援センター）の主任ケアマネジャーは、地域のケアマネジャーがより良いケアマネジメントを進めていく為の支援を行います。

今回の医療機関との連携はもちろん、困難ケースへの支援、虐待相談の対応など、様々な視点からのサポートを行います。

## 居宅介護支援事業者部会

八尾市では「八尾市介護保険事業者連絡協議会」という、八尾市でサービスを実施している事業者で構成している組織があり、その中に「居宅介護支援事業者部会」があります。年に数回の研修会や調査研究、情報提供など、地域のケアマネジャーの業務に役立つ支援を行っています。

\* このパンフレットは、ケアマネジャーの方々が医療機関と介護の連携を進める際の参考にさせていただきたく作成しました。

ただし、この流れはあくまで参考であり、各病院におけるルールもあるため、個々の事例につきましては、各病院と相談・調整を十分おこなってください。