地域包括ケア推進看護連携検討会

豊川市における地域包括ケアシステム構築に向けて

患者・家族が安心して退院できるための仕組み作りへの取り組みと課題

平成30年9月9日

豊川市医師会在宅医療サポートセンター
岩間　三枝子

本日の話の流れ

Ⅰ．豊川市の状況と地域包括ケアシステム構築に向けた組織と体制

Ⅱ．患者家族が安心して退院できるための仕組みづくりへの取り組み

Ⅲ．まとめ

Ⅳ．評価及び課題

Ⅰ.豊川市の状況と地域包括ケアシステム構築に向けた組織と体制

１．豊川市モデル事業と医師会事業の流れ

２．地域包括ケアシステム構築に向けた体制図

３．介護保険関係事業者連絡協議会組織体制

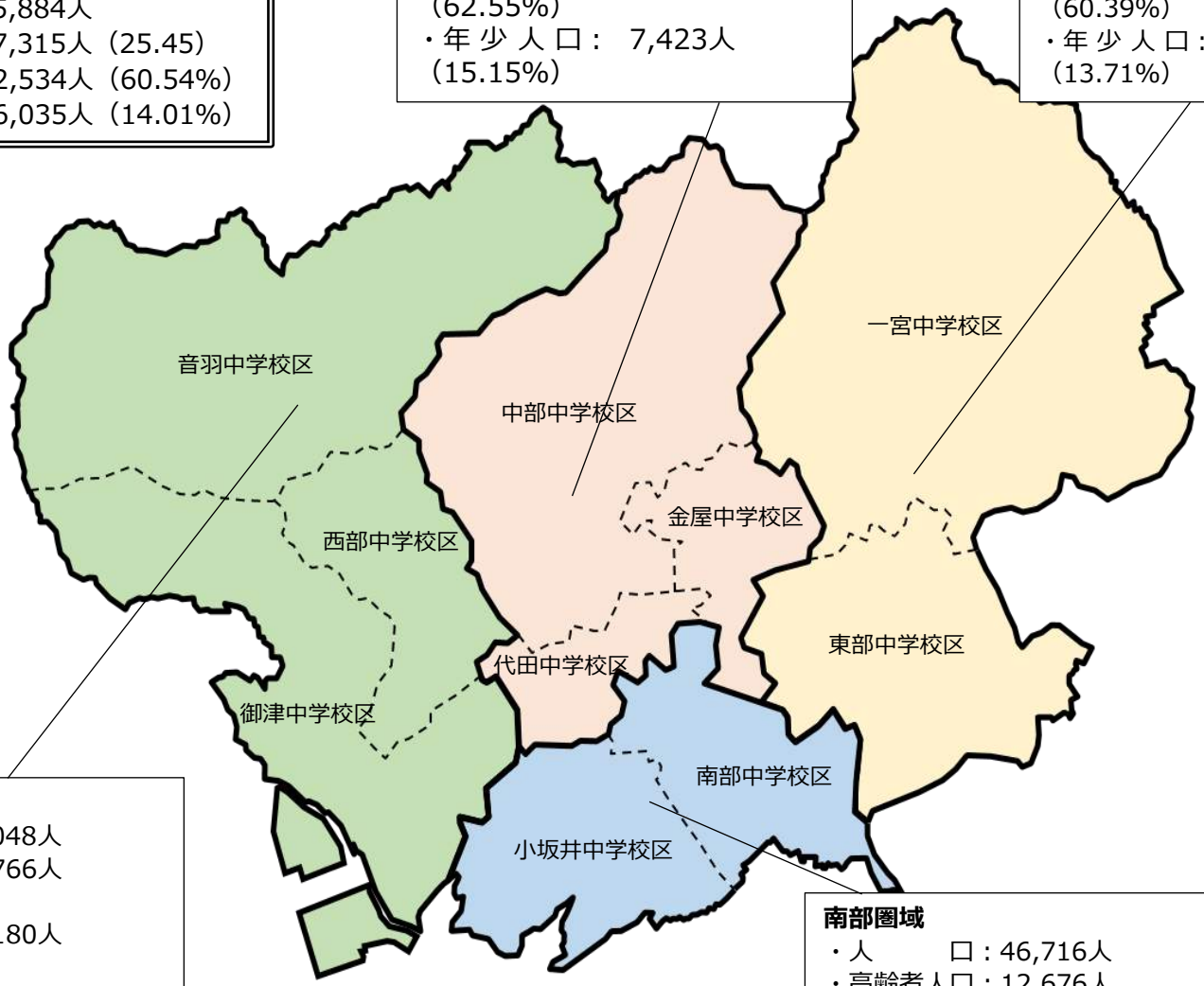
４．在宅医療・介護多職種連携の手引き

豊川市生活圏域別人口状況

市内全体
- 人　　口：185,884人
- 高齢者人口：　47,315人（25.45）
- 生 産 人 口：112,534人（60.54%）
- 年 少 人 口：　26,035人（14.01%）

北部圏域
- 人　　口：48,991人
- 高齢者人口：10,923人（22.3%）
- 生 産 人 口：30,645人（62.55%）
- 年 少 人 口：　7,423人（15.15%）

東部圏域
- 人　　口：46,129人
- 高齢者人口：11,950人（25.91%）
- 生 産 人 口：27,856人（60.39%）
- 年 少 人 口：　6,323人（13.71%）



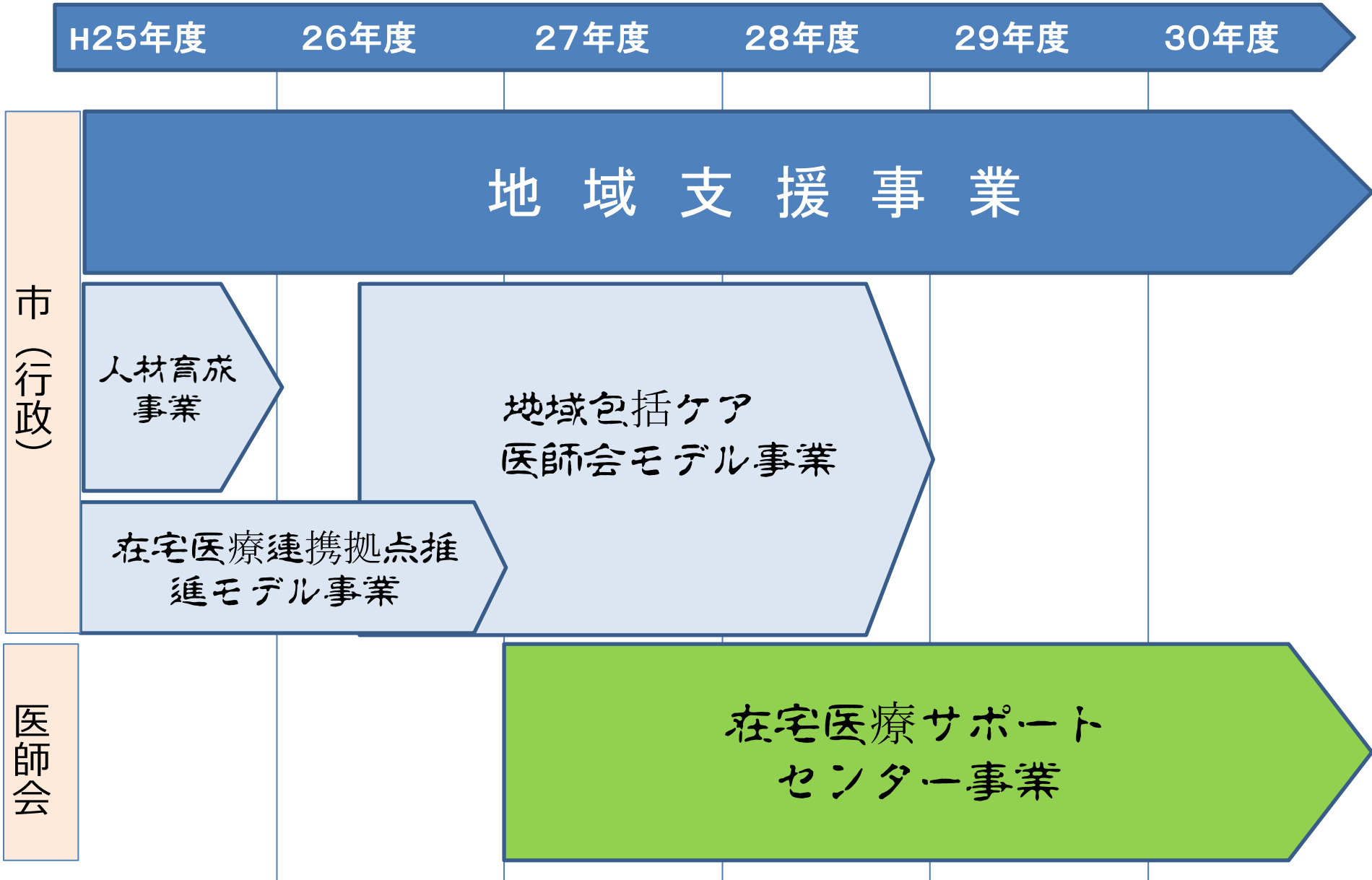
西部圏域
- 人　　口：44,048人
- 高齢者人口：11,766人（26.71%）
- 生 産 人 口：26,180人（59.44%）
- 年 少 人 口：　6,102人（13.85%）

南部圏域
- 人　　口：46,716人
- 高齢者人口：12,676人（27.13%）
- 生 産 人 口：27,853人（59.62%）
- 年 少 人 口：　6,187人（13.24%）

※　比率は、すべてパーセントで表し、小数点第2以下を四捨五入して算出しました。

平成30年4月現在

Ⅰ-1. 豊川市モデル事業と医師会事業の流れ



Ⅰ-2 平成30年度以降における豊川市地域包括ケアシステム構築に向けた体制図

高齢者相談センター（地域包括支援センター）

個別ケア会議の必要性を判断

① 支援者が困難を感じているケース
② 支援が自立を阻害しているケース
③ 支援必要だがサービスに繋がっていないケース
④ 権利擁護が必要なケース
⑤ 医療との連携が必要なケース

・参加者の選定
・会議目的の明確化

個別ケア会議

① 多職種協働による個別ケースの検討（必要に応じ随時開催）
② 個別ケースを通じ地域のニーズや社会資源の把握
③ ケアマネの自立支援に資するケアマネジメントの支援
④ 個別ケースを軸とした連携・ネットワークの構築

H29年度　23回開催

個別ケースの蓄積から地域課題を抽出

地域ケア全体会議

市全体の地域課題等について整理・協議する会議

① 地区協議体と個別ケア会議から上がってきた地域課題及び意見等について市全体で整理し、地域ケア会議で議論する地域課題等を決定(年2回)
② 地域ケア会議の結果を受けて作業部会に報告する地域課題と施策提案の内容について検討・整理（年2回）

H29年度2回開催

地域ケア会議

地域ケア全体会議で整理した地域課題について、各包括圏域で協議を行う。

① 各圏域の地域のニーズや社会資源から見えた地域課題の検討
② 地域課題ごとに検討した、解決のための施策や対応する関係職種の選定などについて、地域ケア全体会議に提出

H29年度8回開催

第2層協議体

地域福祉活動団体等を構成員とする生活支援体制整備に向けた協議体（地区協議体）

高齢者相談センター及び出張所に配置した生活支援コーディネーターが地域の実情を踏まえた設置を推進する

① 地域の課題を地域の力で解決する能力を養う「地域づくり」の視点で、会議の運営にあたる。
② 地域だけでは解決できず、行政や多職種の支援を必要とする、又は複数の地域をまたぐような課題の抽出
③ 日頃の福祉活動を通じて感じた課題や気付き、意見の吸い上げ

地域福祉活動を通じて集まった地域課題を必要に応じて報告

相談

ケアマネ
本人や家族
地域住民など

支援

虐待

高齢者虐待防止ネットワーク会議

在宅医療に関する市民アンケート
在宅医療に関する関係事業所別アンケート

豊川市
地域包括ケアシステムの構築

生活支援体制整備事業第1層協議体（市全域）

第2層協議体から受ける報告、提案等を踏まえ、高齢者の生活支援体制に関する市全域の課題や支援の方向性について協議する。

① 地域のニーズや既存の地域資源の情報交換、見える化の推進
② 生活支援サービス等の創出や担い手養成
③ 関係者間のネットワークの構築　等

情報共有

地域包括ケア推進協議会（年2回）

① 作業部会からあげられた施策案、事業の決定
② 事業の進捗状況を評価・検証
③ 長期的な目標・ビジョンの検討

地域包括ケア推進協議会 作業部会（年2回）

① 地域ケア会議で抽出された地域課題及び委員から提起された課題等の解決に向けた施策を検討
② 認知症に関する課題の抽出と対策の検討
③ 事業の進捗状況を報告、事業の実施に向けて団体間での連携を検討

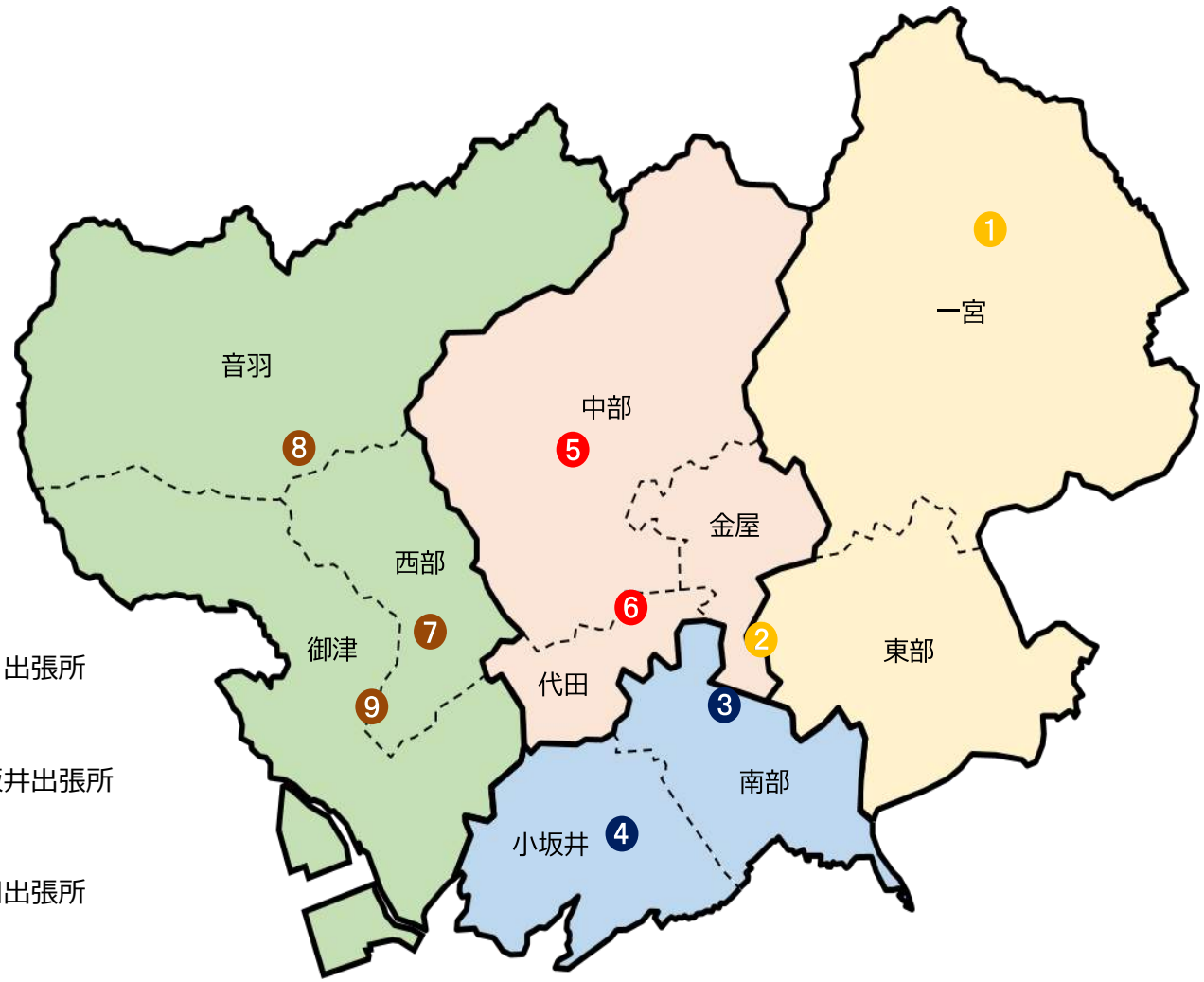
施策実施

高齢者支援の充実
地域包括ケアシステム
の実現

電子連絡帳の活用により委員所属団体意見及び解決策の照会を随時開催

豊川市内高齢者支援センター地図
（地域包括支援センター）

平成30年4月更新



1. 東部高齢者相談センター
2. 東部高齢者相談センター　豊川出張所
3. 南部高齢者相談センター
4. 南部高齢者相談センター　小坂井出張所
5. 北部高齢者相談センター
6. 北部高齢者相談センター　代田出張所
7. 西部高齢者相談センター
8. 西部高齢者相談センター　音羽出張所
9. 西部高齢者相談センター　御津出張所

Ⅰ-3. 豊川市介護保険関係事業者連絡協議会 組織体制

理事会
（7人）
会長・副会長・常務理事
監事・事務局理事

※事務局理事：社会福祉協議会

協議会
部会

- 訪問介護・訪問入浴介護部会
- 訪問看護・訪問リハビリ部会
- 通所介護・通所リハビリ部会
- 福祉用具部会
- 居宅介護・介護予防支援部会
- 介護保険施設部会

Ⅰ-4

在宅医療・介護
多職種連携の手引き

平成２９年３月

豊川市在宅医療・介護連携協議会

目次

はじめに
本書の役割、構成、更新のお願い

第１章　在宅療養に必要な多職種連携のルール（説明）・・・・P1-1
　第１節　入退院時における多職種連携ルール・・・・・・・・P1-2 ～ P1-6
　第２節　在宅療養中の多職種連携ルール・・・・・・・・・・P1-7 ～ P1-14

第２章　ＩＣＴツールの活用による連携
　第１節　電子@連絡帳システム・・・・・・・・・・・・・・・P2-1 ～ P2-7
　第２節　きらっと☆とよかわっ！ガイドマップ・・・・・・・P2-8

コラム「連携の肝は、“ちょっとした思いやり”」・・・・・・P2-9

第３章　研修・講演会等を通じた連携
　第１節　研修体系・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P3-1 ～ P3-2
　第２節　市民向けフォーラム・・・・・・・・・・・・・・・P3-3

第４章　在宅医療・介護の連携に関するＱ＆Ａ・・・・・・・・P4-1 ～ P4-4

資料編　～各種様式・資料等～　・・・・・・・・・・・・・・・P5-1 ～ P5-22

相談窓口一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P5-23

第１節　入退院時等における多職種連携ルール

※　地域の介護・医療機関と豊川市民病院との連携を示した「介護・医療における地域連携フロー図」（Ｐ５-２ ～ ５-３掲載）も参照してください。（退院調整部門の有無等により、多少の違いはあると思われますが、地域の介護・医療機関と入院医療機関との連携の参考となります。）

１　入院直後の多職種連携のルール				
【タイトル】	【対象者】	【ルール】	【目的・理由等】	【備考】
患者（サービス利用者）・家族の意向等把握	介護施設 ↓ 病院	入院後速やかに、看護連携情報票（施設用）を用いて、施設での状況や患者（サービス利用者）・家族の意向等を病院へ情報提供する。	病院が知りたい患者（サービス利用者）の基本情報やこれまでの経過等に加え、看取りや退院、リハビリに対する意向なども情報共有することにより、患者（サービス利用者）・家族の負担を軽減しながら、円滑な引継ぎを行うもの。 なお、施設勤務医がいる場合は、必要に応じて紹介状も提供する。	看護連携情報票（施設用） → P5-4
	訪問看護師 ↓ 病院	入院後速やかに、看護連携情報票（訪問看護用）を用いて、これまでの看護の状況や患者（サービス利用者）・家族の意向等を病院へ情報提供する。	病院が知りたい患者（サービス利用者）の基本情報やこれまでの経過等に加え、家族等の介護力や介護者の状況なども情報共有することにより、患者（サービス利用者）・家族の負担を軽減しながら、円滑な引継ぎを行うもの。	看護連携情報票（訪問看護用） → P5-5
入院前の状況把握	ケアマネジャー ↓ 病院	入院後速やかに、入院連携連絡票、週間サービス計画表を用いて、これまでの状況や伝えたいこと等を病院へ情報提供する。	病院が知りたい患者（サービス利用者）の基本情報やこれまでの経過・サービス状況等に加え、患者（サービス利用者）・家族の思い、希望する退院先、退院時に期待される状態、退院に対する不安、看取りの希望なども情報共有することにより、患者（サービス利用者）・家族の負担を軽減しながら、円滑な引継ぎを行うもの。	入院連携連絡票 → P5-6
入院・再入院の情報共有	病院 診療所 ↓ 本人・家族 関係職種	患者（サービス利用者）が急性増悪により入院・再入院となった場合は、速やかに多職種関係者間で情報共有するため、本人または家族に対して、ケアマネジャー、関係職種へ連絡するよう指導する。	患者（サービス利用者）が入院したことを知らずに多職種関係者が訪問してしまうことのないよう、あらかじめ情報共有するもの。	

Ⅱ.患者家族が安心して退院できる仕組み作りへの取り組み

１．取り組みの視点

1）介護保険関係事業者の思い

2）医療関係者の思い

２．仕組み作りと連携の流れ

平成27年度～時系列に説明

Ⅱ-1. 取り組みの視点

1)【介護保険関係事業者の思い】

平成27年ケアマネジャー対象アンケート調査から

- 市民病院の敷居が高く、気軽に相談が出来る関係ができていない。
- 利用者が入院後、誰と何時どのように情報共有や意見交換をしていいかわからない。
- 治療終了後、患者家族が十分な納得がいかないうちに転院となることが少なからずある。
- 知らないうちに利用者が退院していることがよくあり、サービスの対応が遅れてしまう。

Ⅱ-1. 取り組みの視点

2)【市民病院看護師の思い】

平成27年訪問看護同行研修に参加した看護師レポートから

- ケアマネジャーからの質問に答えるばかりで、意見交換はできていない。
- 訪問看護師が在宅でどのような支援をしているのか、知らなかった。
- 患者本人が家に帰りたいと意思を持っていても、在宅で受けるサービスについて十分な知識がない。
- 患者が退院後の生活について殆んど知ることがない。
- 在宅が適応できる患者像は、ADLが一部介助で、援助者が献身的に介護してくれるなどの人だけだと思っていた。

医療関係者と介護関係者のミッションの違い

↓

《認識》《目標》《行動》 にズレが発生する

↓

誰のために　　**どうしたいのか** を共有する

患者（利用者）家族が　　治療後（治療しながら）安心して療養を継続するための役割分担

↓

認識の共有　協働意識を高める

Ⅱ-1. 取り組みの視点

認識の共有

目標は患者・家族が
安心して退院すること
ができるよう支援
すること

協働意識

お互いの情報を共有
一緒に相談しあい
連携をし合わなければ
患者・家族の安心には
繋がらない

体験できる回数を増やす

仕組みづくりと連携の流れ

H27年度　H28年度　H29年度　H30年度

① 介護・医療（市民病院）における連携フロー図作成と活用

② 市民病院看護師対象の訪問看護同行研修実施（毎年10～11月）

③ 認定看護師のアウトリーチ活動仕組み作りと活用

④ 医療・介護合同事例検討会開催（1回/年）

⑤ 市民病院看護師対象の入所施設見学研修

⑥市内全圏域で多職種協働による「退院前カンファレンスの目的と理解」を目指した研修会開催

⑦ 市内全病院対象の退院調整機能の仕組み作り

電子@連絡帳で日常的な意見交換

仕組みづくりと連携の流れ

H27年度　H28年度　H29年度　H30年度

① 介護・医療（市民病院）における連携フロー図作成と活用

電子@
連絡帳で
日常的な
意見交換

Ⅱ２① 介護・医療（市民病院）における連携フロー図作成と活用

【目的と留意点】

目的：利用者が安心して退院できるために、利用者が入院中にケアマネジャーが病棟訪問をしやすくなる。

留意点：介護保険関係事業者の視点に立って活用しやすいフロー図にする。

【経過】

- 市民病院と介護保険関係事業者の合同連絡協議会を開催
  開催前に、介護保険関係事業者連絡協議会で内容整理
- 電子＠連絡帳プロジェクト欄でチーム編成し情報交換
- 平成28年6月「介護・医療における連携フロー図」合意作成
  関係書類の統一・事務対応のルール化
  9月社会福祉協議会ホームページに掲載

介護・医療（市民病院）における連携フロー図

時期		入院後48時間	退院支援	退院調整	退院決定	退院～ｻｰﾋﾞｽ開始
介護・医療機関	介護施設	紹介状 看護連携情報票（施設用）			患者連絡票 来訪・面談	
	訪問看護	看護連携情報票（訪看用）			退院前カンファレンス 患者連絡票	
	居宅ケアマネジャー	入院連携連絡票 週間サービス計画表	ケアマネ病院来訪（1回目）	ケアマネ病院来訪（2回目）	退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ（3回目） 患者連絡票	居宅ｻｰﾋﾞｽ計画の提出

時期		第1段階：入院後48時間（ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ・ｱｾｽﾒﾝﾄ）	第2段階：入院3日目～7日まで	第3段階：必要時～退院まで（サービス調整）	退院
入院医療機関	病棟看護師	退院調整総合機能ｽｸｰﾘﾆﾝｸﾞ票 退院支援計画書の着手	患者・家族・ケアマネ等との面談 患者・家族に退院指導	患者連絡票 退院前カンファレンス 転院在宅ﾁｪｯｸ 医療継続有無確認	
	医師	医師評価要点チェック 退院調整有無		診療情報提供書 退院前カンファレンス	
	地域連携センター（退院調整看護師・MSW）	3日以内に退院困難な患者抽出	7日以内に患者・家族と面談 7日以内に多職種によるカンファレンスを開催	【ケアマネあり】ケアマネ情報交換 【未申請】申請支援・ケアマネ選定 【転院】転院先紹介 退院前カンファレンス	
	認定看護師同行訪問看護	医師・病棟看護師からの依頼		利用する場合の準備、説明同意等	
在宅医		紹介状・診療情報提供書		退院前カンファレンス	

看護連携情報票（施設用）

作成日 平成　年　月　日

◆送信先 ：
◆担当者 ：
◆TEL　◆FAX

◆発信者 ：
◆担当者 ：
◆TEL　◆FAX
◆送信日平成　年　月　日

入院連携連絡票

送信日

◆ 送信先 ：
◆ 担当者 ：　様
◆ TEL　◆FAX

◆発信者:
◆担当ケアマネ:
◆ TEL　◆ FAX

利用者　様　性別 □男 _ 女　生年月日　歳

利用者基本情報

ふりがな
氏 名　性別□男□女　生年月日 T　年　月　日生（　歳）

施設医
施設名
施設医　☎
名称：
他科受診
担当医師：　☎

キーパーソンの連絡先
名前：
続柄：
☎

認定

介護保険　介護認定：　認定期間 平成　年　月　日～　年　月　日
身障手帳　□有□無　級（障害名　）
特定疾患医療給付　□有□無

病名

入院までの経過

最終バイタル
血圧　／　mmHg
脈拍（　）
体温　℃　呼吸（　）
SPO2　%
身長：cm　体重：kg

利用者の身体情報

寝たきり度（　）麻痺□　□無（　）
起居・移動（　）歩行（　：　）
視 力　問題□有□無（　）
聴 力　問題□有□無（　）
会話能力（　：　）
睡 眠　問題□有□無　服 薬　□有□無（　）
疼 痛　支障□有□無（部位：　・　・　・　）

●特記事項

生活支援の必要性

排 泄　□自立□（　）緩下剤　□有□無　最終排便　月　日
食 事（　）嚥下障害□有（　）□無　咀嚼障害□有（　）□無
食事形態（　）食事方法（　）義 歯　□有□無
清 潔（　：　）口腔ケア（　：　）
更 衣（　）
認知症□無□軽□中□重　問題行動□有□無

●特記事項

医療処置

投薬情報

服薬□無□有　服薬管理□本人□施設（麻薬使用□無□有）
● 処方薬（薬手帳持参□無□有）

●特記事項

その他

本人家族の意向（看取り、退院、リハビリに対する意向など）

介護保険情報

介護認定　認定期間 平成　年　月　日～　年　月　日

利用サービス
□ 訪問診療：　TEL：
□ 訪問看護：　TEL：
□ ディサービス　□ ディケア　□訪問入浴　□ 訪問介護　□ 短期入所
□ 福祉用具貸与・購入・住宅改修（　）
□ その他（　）

かかりつけ医

主病名	医療機関名称	電話番号	備考

生活環境・介護力状況

□ 独居　□ 同居人あり　□ 施設・病院（　）
□ 介護する者がいない
□ 介護者が高齢・病気・障害があり介護に問題あり
□ 1人になることが多い
□ 介護力は問題ない

● 居住環境□ 持ち家　□ アパート・マンション（　）
□ 借家　□ エレベーター　□ 無　□ 有
● 主介護者：
（続柄：　）
連絡先：
● 経済状況　□ 問題無　□ 問題有　□ 生保

● 特記事項

日常生活自立度

※日頃の能力をチェックする

移 動　□ 自 立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助（□ 杖　□ 歩行器　□ 車椅子）
運動麻痺　□ 無　□ 有（　）
排 尿　□ 自 立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助（□ オムツ　□ バルーンカテーテル）
排 便　□ 自 立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助（□ オムツ　□ ストーマ）
入 浴　□ 自 立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助（　）
食 事　□ 自 立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助（　）
嚥下障害　□ 無　□ 有　食事形態（　）（　）
意識障害　□ 無　□ 有（　）
コミュニケーション障害　□ 無　□ 有　視力問題　□ 無　□ 有　聴力問題　□ 無　□ 有

※障害高齢者日常生活自立度：
※認知症高齢者日常生活自立：

周辺症状　□ 無　□ 有

睡眠状態　□ 良眠　□ 不眠　睡眠剤　□ 無　□ 有

●特記事項

伝えたいこと

●本人・家族の思い、希望する退院先、退院時に期待される状態、退院に対する不安、看取りの希望等。

看護連携情報票添付　□ 無　□ 有　提供者（　）退院時情報提供　□ 要　□ 不要

看護連携情報票（訪看用）

作成日 平成　年　月　日

◆送信先 ：
◆担当者 ：
◆TEL　◆FAX

⇦

◆発信者 ：
◆担当者 ：
◆TEL　◆FAX
◆送信日 平成　年　月　日

利用者基本情報

ふりがな
氏 名　性別 □男 □女　生年月日　年　月　日生（　歳）

主治医　病院名　☎
主治医　先生

訪問看護　名称 ：
担当看護師 ：

認定

介護保険　介護認定 ：　認定期間 平成　年　月　日～平成　年　月　日
身障手帳　□有 □無　級（障害名　）
特定疾患医療給付　□有 □無

病名

最終バイタル

測定日　月　日
血圧　／　mmHg
脈拍　（　）
体温　℃　呼吸（　）
sPo2　%　O2量　ℓ／分
身長：　cm　体重：　kg

◆感染症 検査日
検査日 H　年　月　日生
C型肝炎 ：（ ＋ － ）
HBs抗原 ：（ ＋ － ）
アレルギー ：（ ＋ － ）

伝えたい情報

生活支援の必要性

排 泄 □自立 □（　）緩下剤 □有 □無　最終排便　月　日
食 事 （　）嚥下障害 □有（　）□無　咀嚼障害 □有（　）□無
食事形態（　）食事方法（　）義 歯 □有 □無
口腔ケア（　：　）
認知症 □無 □軽 □中 □重　問題行動 □有 □無
長谷川式　点
口腔ケア
睡 眠　問題 □有 □無　服 薬 □有 □無（　）
疼 痛　支障 □有 □無（部位：　・　・　・　）

●特記事項

医療処置の必要性

□褥 瘡 □透 析 □腎 瘻 □経管栄養 □ＩＶＨ □吸 引 □ＨＯＴ
□人工呼吸器 □気管カニューレ □ペースメーカー □自己導尿 □ＣＡＰＤ
□疼痛管理（持続皮下注射含む） □ストーマ □膀胱留置カテーテル □在宅自己注射
◆ 膀胱バルーンカテーテル交換 ：　月　日　◆ 胃ろう交換日 ：　月　日
◆ 褥瘡 ：DESIGN-I（　）

●特記事項

投薬情報

服薬 □無 □有　服薬管理 □本人 □家族（麻薬使用 □無 □有）◆ 処方薬 ：薬手帳持参 □無 □有
◆ 特記事項及び処方薬等

介護力・介護者の状況

キーパーソン　（続柄：　）連絡先 ：
介護力 □無 □有
理解力 □無 □有

看取りに対する希望 ：
退院に対する希望 ：

※ 医療処置継続紙添付　□無 □有（　）
※ 入院連携連絡表添付　□無 □有（　）

Ⅱ2①　市民病院と介護保険関係事業者合同会議

H28.5.27
介護保険関係事業者・看護局
地域連携センター・医師会

仕組みづくりと連携の流れ

H27年度　H28年度　H29年度　H30年度

① 介護・医療（市民病院）における連携フロー図作成と活用

② 市民病院看護師対象の訪問看護同行研修実施（毎年10～11月）

電子@
連絡帳で
日常的な
意見交換

Ⅱ２② 市民病院看護師の訪問看護同行研修の実施

【目的】

- 在宅をイメージした退院支援ができる看護師を育成する。
- 病院看護師と在宅での訪問看護師が、些細なことでも相談をしやすい関係づくりをする。

Ⅱ２② 病院看護師の訪問看護同行研修の実施

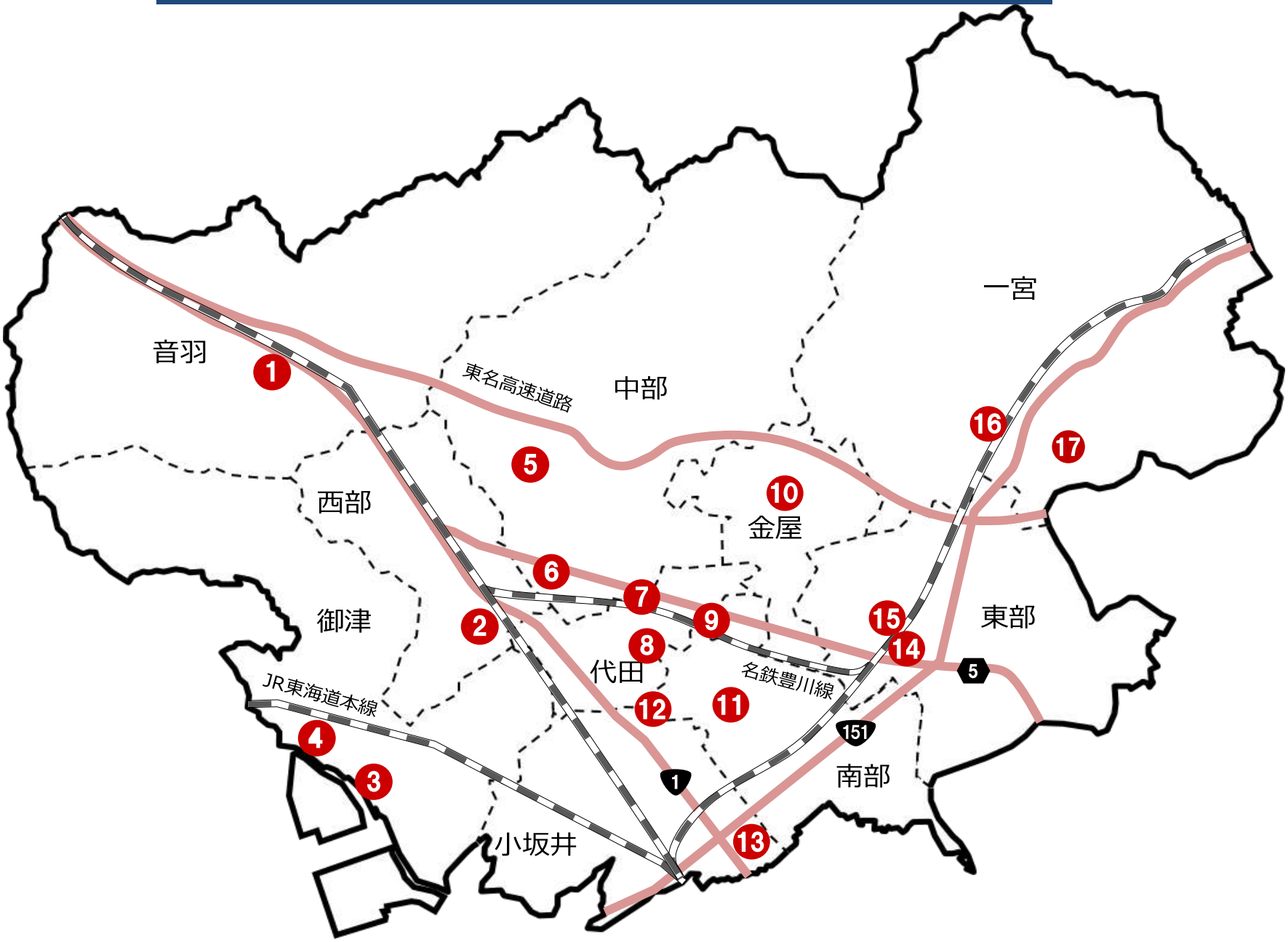
【経過】

年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
研修期間	10月～11月	10月～11月	11月～12月
日程	3日間	2.5日	1日・2日
訪問対象者	成人・小児	成人・小児・精神	成人
研修生	主任看護師17名	主任看護師12名 看護師5名	看護師長5名 主任看護師2名 看護師3名
訪問場所	訪問看護ステーション 1カ所	訪問看護ステーション 3カ所	訪問看護ステーション 3カ所

Ⅱ-2②　市民病院看護師の訪問看護同行研修

豊川市訪問看護事業所

平成30年8月更新



Ⅱ-2②　市民病院看護局と訪問看護部会合同会議

H28.6.29
事業所代表者出席率　64%

仕組みづくりと連携の流れ

H27年度　H28年度　H29年度　H30年度

① 介護・医療（市民病院）における連携フロー図作成と活用

② 市民病院看護師対象の訪問看護同行研修実施（毎年10～11月）

③ 認定看護師のアウトリーチ活動仕組み作りと活用

電子@
連絡帳で
日常的な
意見交換

Ⅱ２③　認定看護師のアウトリーチ活動仕組みづくり

【目的】

- 地域の訪問看護師が病院の認定看護師に、いつでも専門的な相談や支援が受けられる仕組みをつくることで、療養者の安全と安心につなげる。

【仕組みの方法】

電子＠連絡帳による仕組みづくり

【実績】

皮膚排泄ケア　１６件　・がん関連　５件

Ⅱ2③　皮膚排泄ケア認定看護師による アウトリーチ活動のしくみ

1）真皮を超える褥瘡を持ちながら、退院を余儀なくされるケースに適応される仕組み

在宅環境に変わっても専門的治療を継続

①　認定看護師は入院後早期に関わる。

②　在宅への退院方向が決まった段階で、患者家族に認定看護師の訪問の了解を得る。

③　了解が得られたら、訪問看護師と連絡を取る。

④　退院後、初回の訪問看護に同行する。

Ⅱ2③　皮膚排泄ケア認定看護師による アウトリーチ活動のしくみ

2）在宅療養をしている、真皮を超える褥瘡保有者に適応される仕組み

患部の治癒遅延・悪化を予防

①　主治医が専門医でない、或いは容易に専門医に受診が出来ない場合、訪問看護師は、主治医に認定看護師の同行訪問看護相談許可を得る。

②　主治医の了解や、患者家族の了解が得られたら、訪問看護師は認定看護師に同行訪問看護の依頼と予約をとる。

電子＠連絡帳運用手順

《運用手順》

電子連絡帳以外で行うこと	電子連絡帳で行うこと
対象となる患者がみえたら、在宅主治医に報告・相談し、認定看護師との同行訪問の指示を受けます。	
	患者「認定看護師同行訪問看護」の「詳細」をクリックし、必要な添付資料をダウンロードするとともに、説明書（訪問看護師の方へ）にて、同行訪問看護の内容を確認します。
利用者に説明書（利用者の方へ）を活用して説明を行い、同意を得ます。	
	予約カレンダーから同行訪問可能な日程を確認し、ダウンロードしてある「在宅患者認定看護師同行訪問看護依頼連絡票」の予約希望欄に入力します。
	必要事項を入力後、患者「認定看護師同行訪問看護」のページ右上にある「特別便」にて、「豊川市民病院認定看護師」をあて先に設定し、入力後の依頼連絡票を送信します。
	同行訪問看護の決定を受けます。
認定看護師から訪問看護師への連絡があり次第、訪問当日の打ち合わせを行います。	
	同行訪問日時などの調整は、患者「認定看護師同行訪問看護」内の特別便で行います。 同行訪問決定後は、患者タブ内に患者の新規登録を行い、当該患者画面の左側にある「担当者／グループ」の「編集」により、チームのメンバーに「豊川市民病院認定看護師」を追加します。 すでに患者登録がある場合は、新規登録は行わず、「豊川市民病院認定看護師」をチームのメンバーに追加します。
同行訪問を行う。 認定看護師が利用者から同行訪問同意書を受け取ります。	
訪問後、看護記録を行い、在宅主治医へ報告します。	
	電子連絡帳にて当該患者の画面を開き、「文書作成」により記録を入力し、チームのメンバーと情報共有します。（この際、既に作成した看護記録の必要な部分をコピー＆ペーストする、ファイルを添付するなどにより、入力の手間を減らすことができますので、運用について工夫してみてください。）

電子@連絡帳運用手順

「皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問看護　予約カレンダー」から同行訪問可能な日程を確認し、「在宅患者認定看護師同行訪問 皮膚・排泄　依頼連絡票」の予約希望欄に入力します。

皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問看護　運用手順

電子連絡帳以外で行うこと	電子連絡帳で行うこと
対象となる患者がみえたら、在宅主治医に報告・相談し、認定看護師との同行訪問の指示を受けます。	
	患者「認定看護師同行訪問　皮膚・排泄」の「詳細」をクリックし、必要な添付資料をダウンロードするとともに、別紙2「皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問看護に関する説明書（訪問看護師の方へ）」にて、同行訪問看護の内容を確認します。
利用者に別紙3「皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問看護に関する説明書（利用者の方へ）」を活用して説明を行い、口頭での同意を得ておきます。 また、電子連絡帳の利用についても、リーフレット「在宅医療・介護の連携で拡がる安心　～ 東三河ほいっぷネットワーク（電子@連絡帳）のご紹介 ～」を用いて説明のうえ、所定の同意書書式にて同意を得ます。（リーフレット、同意書書式ともに、東三河ほいっぷネットワーク豊川市のポータルサイトに掲出）	
	別紙4「皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問看護　予約カレンダー」から同行訪問可能な日程を確認し、別紙5「在宅患者認定看護師同行訪問 皮膚・排泄　依頼連絡票」の予約希望欄に入力します。
	必要事項を入力後、患者「認定看護師同行訪問　皮膚・排泄」のページ右上にある「特別便」にて、「豊川市民病院認定看護師」をあて先に設定し、入力後の依頼連絡票を送信します。
	同行訪問看護の決定を受けます。

皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問看護　予約カレンダー

記入例

皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問看護　予約カレンダー

訪問看護の実施可能日　原則として、毎月　第2・4水曜日

下表は平成28年度のカレンダーで、空欄は予約可能です。／は予約が入っています。（／は予約不可）

訪問日の調整は随時行います。

月	日	午前	午後	
		10:00～11:30	13:00～14:30	15:00～16:30
4	13			
	27			
5	11			
	25			
6	8			
	22			

認定看護師同行訪問　皮膚・排泄　依頼連絡票

記　入　例

別紙5

在宅患者　認定看護師同行訪問看護　依頼連絡票（豊川市民病院）

平成　　年　　月　　日

依頼施設情報

施設名	○○訪問看護ステーション	依頼者名	○○○○
住　所	○○市○○町○○番地○○	電話番号	○○－○○○○

患者情報

フリガナ	○○○○	生年月日	明治・大正・(昭和)・平成 ○○年○○月○○日
患者氏名	○○○○	性　別	(男)・女
住所 電話番号	〒○○○－○○○○ ○○市○○町○○番地○○	TEL（○○○○）○○－○○○○	
在宅医師名	○○○○	医療機関名	○○クリニック
疾患名	○○○○		
介護保険	無　(有)　要支援　1・2　要介護　1・2・(3)・4・5		

被保険者証			
保険者番号	○○○○○○○○	公費負担者番号	子ども・障害・母子・特疾・その他
記号			
番号		受給者番号	上限管理票　無・有
本人・家族	負担割合　割		

褥瘡関連　※褥瘡部位の写真がある場合は、本票を電子連絡帳の特別便で送信する際に添付してください。

褥瘡発生部位	脊椎部　(仙骨部)　尾骨部　坐骨部　腸骨部　大転子部　踵骨部　その他（　　）
褥瘡の発生状況と現在の状態	骨突出が著明であり、車イスに乗っていることが多かったため、褥瘡が発生しました。現在はポケットを形成しています。
現在の処置方法	ドレッシング（○○○○　　） 外用薬　（○○○○　　） その他　（外科的治療　ラップ療法　）
体圧分散寝具	□　使用している　（寝具名称　　） ■　使用していない
依頼内容	(局所ケア) 予防ケア その他 褥瘡にポケットがありますが、なかなか小さくなりません。外用薬の種類やポジショニング方法の相談をお願いします。

訪問希望日時　※予約カレンダーから同行訪問可能な日時を確認し、利用者宅を訪問する時間を記入してください。

第一希望	平成２８年○○月○○日○○時○○分
第二希望	平成２８年○○月○○日○○時○○分

＊訪問希望日時については、調整をさせていただくことがありますのでご承知おきください。

同行訪問開始までの連絡先：豊川市民病院看護局室

電子＠連絡帳運用手順

認定看護師から訪問看護師への連絡があり次第、訪問当日の打ち合わせを行います。	
	同行訪問日時などの調整は、患者「認定看護師同行訪問　皮膚・排泄」内の特別便で行います。 同行訪問決定後は、患者タブ内に患者の新規登録を行い、当該患者画面の左側にある「担当者／グループ」の「編集」により、チームのメンバーに「豊川市民病院認定看護師」を追加します。 この際、「患者サ[illegible]リ」から、患者同意の記録を忘れずに行っておきます。（直接記載[illegible]は同意書画像の取り込み） すでに患[illegible]登録がある場合は、新規登録は行わず、「豊川市民病院認定看護師」[illegible]ームのメンバーに追加します。
同行訪問を行います。 認定看護師は、利用者に別紙6「皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問看護[illegible]関する同意書」を提示、再度の説明を行い、記入・押印後の同意書を受け取り[illegible]。	
訪問後、看護記録を行い、在宅主治医へ報告します。 認定看護師は、別紙7「認定看護師同行訪問　皮膚・排泄　報告書[illegible]、同行訪問の結果（指導内容等）を訪問看護師へ報告します。	
	電子連絡帳にて当該患者の画面を開き、「文書作成」により記録を入力し、チームのメンバーと情報共有します。（この際、既に作成した看護記録の必要な部分をコピー&ペーストする、ファイルを添付するなどにより、入力の手間を減らすことができます。）

同行訪問決定後は、患者タブに患者の新規登録を行い、該当患者画面の左側にある「担当者／グループ」の「編集」により、チームのメンバーに「豊川市民病院認定看護師」を追加します。

電子＠連絡帳にて当該患者の画面を開き、「文書作成」により記録を入力し、チームのメンバーと情報共有します。

認定看護師同行訪問　皮膚・排泄　報告書

（訪問看護師　←　認定看護師）

記入例

認定看護師同行訪問看護報告書

利用者名　豊川 太郎

訪問日	2016　年　6　月　20　日
時間	10　：　00　～　11　：　00
現在の局所治療	■外用薬（　ゲーベンクリーム　） □創傷被覆剤（　　） □その他（　　）
褥瘡部の写真	
DESIGN-R	
相談内容 現在の問題点	1日に下痢が6-7回あり、特に経腸栄養後に多い。褥瘡部が肛門部に近い位置にあるため、排便時に汚染してしまう。また、肛門周囲から臀部にかけて発赤やびらんが見られるようになってきた。

指導内容

■体圧分散寝具について	経腸栄養中はギャッチアップ姿勢となり、褥瘡部周囲に圧迫やずれが生じます。現在使用しているエアーマットに「背上げ」機能があるため、経腸栄養を開始する前にこのモードを使用してください。
□ポジショニング方法	
■スキンケア	肛門周囲から臀部にかけて排便の刺激による皮膚障害が見られます。排便の刺激を避けるため、発赤やびらんがある部位に撥水剤（亜鉛華軟膏、チンク油など）を塗り、皮膚を保護してください。また、排便後に撥水剤が薄くなってしまった部位には重ね塗りをしてください。
■失禁ケア	下痢の原因に合わせ、可能であれば止痢剤、整腸剤の使用をお願いします。
■栄養補給について	下痢の原因が経腸栄養剤であれば、栄養剤の種類、形状等をご検討ください。
■その他	皮膚の状態と現在の季節を考えますと、真菌感染を生じやすいです。皮膚の浸軟、鱗屑が見られる時は真菌感染を疑ってください。 下痢が続き、褥瘡部に外用薬を塗布するのが困難であれば、臀部と同様に撥水剤で創面を保護することも可能と考えます。
サイン	枡谷左紀子

Ⅱ２③　介護保険関係事業者連絡会での説明会

H28.4.26
事業所代表出席率86%

仕組みづくりと連携の流れ

H27年度　H28年度　H29年度　H30年度

① 介護・医療（市民病院）における連携フロー図作成と活用

② 市民病院看護師対象の訪問看護同行研修実施（毎年10～11月）

③ 認定看護師のアウトリーチ活動仕組み作りと活用

④ 医療・介護合同事例検討会開催（1回/年）

電子@
連絡帳で
日常的な
意見交換

Ⅱ２④　医療・介護合同事例検討会

【目的】

- 医療と介護保険関係者が一緒に関わった事例をもとに、対象者が抱えていた課題を一緒に振り返る。
- 課題が、医療と介護に共通の課題であることに気づき、自分達に何が求められているか、仕組み作りが必要なのか検討する。

Ⅱ２④ 「在宅医療に切り替え時の連携の在り方を考える」

H28.9.15

ケースに関係する医療・介護保険関係者を中心に17名参加

Ⅱ２④「高齢独居の患者の意思決定支援について」

H29.7.25
関係する医療・介護保険関係者を中心に46名参加

Ⅱ２④「患者入院時の医療・介護の情報共有・連携の在り方」

H30.6.21
関係する医療・介護保険関係者を中心に147名参加

Ⅱ２④　介護保険関係事業者の思い

【H30.6.21医療・介護合同事例検討会のアンケート調査から】

アンケート回収率86%　情報共有・連携の必要性がある91%

- 退院調整の連携は確実に進んでいる。情報提供側として普段の様子をもっと詳しく提供できればよい。
- 紙面の情報だけでは不足していると思われるが、病院側が欲しい情報がわからないので教えてほしい。
- 状態が安定したら、病院側から情報提供や問い合わせをもらえると良い。
- 退院に向けての意向確認はしっかり行ってほしい。
- 退院が決まるまでに、双方で話し合う必要がある。
- ケースバイケースなので、病院側が必要なタイミングでケアマネジャーに連絡をしてほしい。

Ⅱ２④　病院職員の思い

【H30.6.21医療・介護合同事例検討会のアンケート調査から】

- 患者を思う気持ちはひとつだと思う。
- 入院時頂く入院情報提供書だけでは、情報が不足している場合があるが、ケアマネジャーに連絡をするタイミングをうまく掴めない時がある。
- 在宅に帰ることが決まった時点でのケアマネジャーへの連絡になりがちである。
- もっと密に連絡を取り合うことが必要。
- わからず聞きたいことは、こちらから聞いていくことが必要だと思った。
- お互いに待つのではなく、積極的に情報交換することが大切と思う。
- ケアマネジャーとは顔を見て話すとお互いに理解できる。必ず病院に来てほしい。

仕組みづくりと連携の流れ

H27年度　H28年度　H29年度　H30年度

①介護・医療（市民病院）における連携フロー図作成と活用

② 市民病院看護師対象の訪問看護同行研修実施（毎年10～11月）

③ 認定看護師のアウトリーチ活動仕組み作りと活用

④ 医療・介護合同事例検討会開催（1回/年）

⑤ 市民病院看護師対象の入所施設見学研修

⑥市内全圏域で多職種協働による「退院前カンファレンスの目的と理解」を目指した研修会開催

電子@連絡帳で日常的な意見交換

Ⅱ２⑥ 「退院前カンファレンスの目的と理解について」研修会ご案内

病院と地域を結ぶ
退院調整の機能構築を目指して

～ 退院前カンファレンスの実践を学ぶ ～

平成29年9月24日（日）

午前の部　開場　9:00　開演　9:30～12:00　対象　北・西部圏域の方

午後の部　開場　14:00　開演　14:30～17:00　対象　東・南部圏域の方

豊川市民プラザ（豊川市諏訪３丁目３０２プリオⅡ４階）

対象者
患者（利用者）に関わる病院と地域の多職種の方

内容
①講演会　：「退院前カンファレンスの目的と理解について」
講　師　：　横村　直美　氏
②グループワーク
模擬事例を基に退院前カンファレンスを実践する
③全体会
グループ毎のカンファレンスを全体で共有する

懇親会
研修会終了後開催
豊川市民プラザ
午前の部　：　12:00～13:30
午後の部　：　17:00～19:30
会　　費　：　3,500円（飲み放題付き）

［講師紹介］
横村　直美　氏
愛知県看護小規模生活事業者連絡協議会事務局理事
豊橋市小規模多機能ほっとかれ小規模サービスセンター所長

問い合わせ
豊川市医師会 在宅医療サポートセンター　TEL0533-86-7011（担当：岩間）

［主催］豊川市、豊川市在宅医療・介護連携協議会
［協催］豊川市医師会 在宅医療サポートセンター、豊川市高齢者総合センター

Ⅱ２⑥ 「退院前カンファレンスの目的と理解について」研修会

H29.9.24
市内全圏域多職種関係者149名参加

仕組みづくりと連携の流れ

H27年度　H28年度　H29年度　H30年度

① 介護・医療（市民病院）における連携フロー図作成と活用

② 市民病院看護師対象の訪問看護同行研修実施（毎年10～11月）

③ 認定看護師のアウトリーチ活動仕組み作りと活用

④ 医療・介護合同事例検討会開催（1回/年）

⑤ 市民病院看護師対象の入所施設見学研修

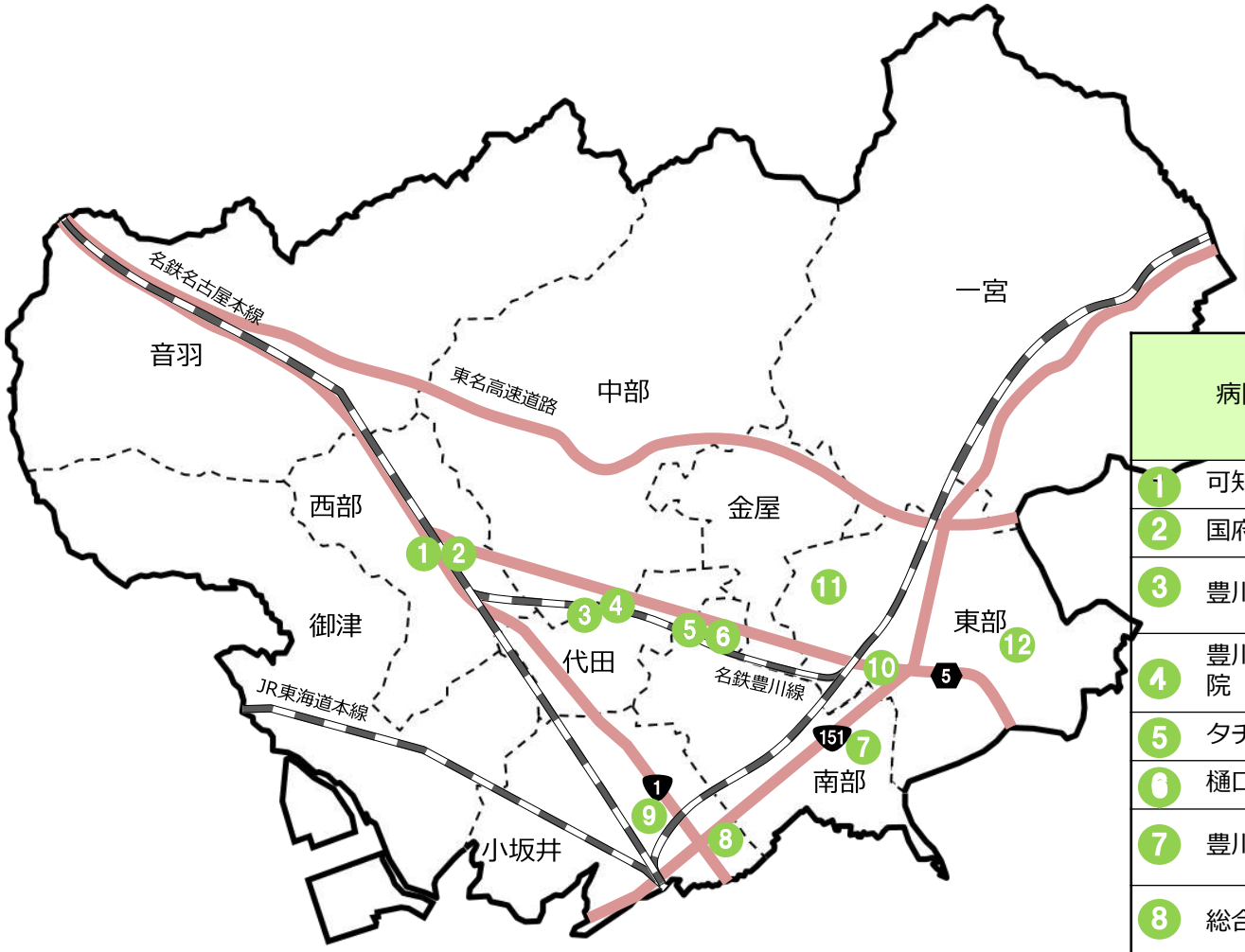
⑥市内全圏域で多職種協働による「退院前カンファレンスの目的と理解」を目指した研修会開催

⑦ 市内全病院対象の退院調整機能の仕組み作り

電子@連絡帳で日常的な意見交換

豊川市内病院マップ

平成30年4月更新



医療機能ごとの病床状況

病院名	病床数					
	高急	急性	回復	慢性	結核	精神
1 可知病院			60			
2 国府病院				46		
3 豊川市民病院	114	330			8	65
4 豊川さくら病院			56	36		
5 タチバナ病院				43		
6 樋口病院				43		
7 豊川青山病院				275		
8 総合青山病院		137	41	52		
9 信愛医療療育センター：小児				64		
10 宮地病院		26		26		
11 後藤病院		15		44		
12 共立荻野病院				89		
合計	114	508	157	718	8	65

Ⅱ２⑦　市内全病院対象の退院調整機能の仕組み作り

【目的】

- 全病院の機能と役割を活かしつつ、退院調整機能構築のための仕組み作りを行う。
- 医療依存度の高い患者などが、安心して療養生活に移行するため、医療・介護を担う事業所間の連携・協働の仕組み作りを行う。

豊川市地域医療連携協議会設置要綱

（目　的）
第１条　豊川市地域医療連携協議会（以下「協議会」という。）は、今後の地域医療構想に基づき、豊川市内の病院の機能と役割を明確にすると共に、在宅療養者の急変時の受け入れ態勢のルール化を検討する。また、医療依存度の高い入院患者や、後遺障害の残る患者などが、退院後安心して療養生活に移行するために、医療・介護を担う事業所との連携・協働、及び、退院支援・調整機能の推進施策などについて検討をすることを目的とする。

（協議事項）
第２条　協議会は、次の事項について協議する。
（１）地域医療構想の調整について
（２）市内病院の機能と役割について
（３）医療機関毎の連携の現状と課題について
（４）退院支援・調整機能における支援体制の実態を知る
（５）退院支援・調整機能の仕組み作り
（６）療養者の急変時の受け入れ態勢のルール化と病床活用について
（７）市民病院地域包括ケア病棟の機能と役割について
（８）その他目的達成に必要な事項について

（組　織）
第３条　協議会は、退院調整に関する調査及び研究を行い、豊川市における課題をとりまとめるため、協議会の下に、退院調整担当者会（以下「担当者会」という。）を置く。
２　協議会及び担当者会は、別表に掲げる者をもって構成する。

（任　期）
第４条　委員の任期は一年間とし、再任は妨げない。
２　前項の委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会長及び副会長）
第５条　協議会及び担当者会に会長及び副会長を置く。
（１）協議会の会長は、豊川市医師会長が協議会委員の中から指名する。
（２）協議会の副会長は、協議会長が指名する。
（３）担当者会の会長は、協議会長が指名する。
（４）担当者会の副会長は、担当者会長が指名する。
２　会長は、会議を総理し、会議の議長となり、会議を代表する。
３　副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

（会　議）
第６条　会議は、会長が招集する。
２　会議は、委員の２分の１以上の者が出席しなければ、これを開くことができない。

（意見の聴取）
第７条　会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者に対し会議の出席を求め、意見又は説明を聞くことができる。

地域医療連携協議会委員メンバーは、市内病院院長と退院調整担当者、及び介護保険関係者で構成される。

協議会の目的は、市内病院の機能と役割の明確化・在宅療養者の急変時の受け入れ態勢のルール化・退院調整機能の構築等

地域医療連携協議会の下に、退院調整担当者会を置く。

Ⅱ２⑦退院調整担当者会主催による研修計画

日程	テーマ	目的
6月21日	介護と医療合同事例検討会	情報共有・連携の在り方を考える
10月24日	呼吸器装着中の在宅療養者を在宅と病院で一緒に支えよう ～家族向けパンフレットを活用して～	家族向けパンフレットを作成し、病院と在宅支援者・家族の相互共通理解ができることを目指し、パンフレットを基に指導の仕方やチェック方法をデモストレーション
11月22日	「看取られること・看取ること」の意味すること、それぞれの立場でどう関わるか	シンポジウム形式で、患者・家族の立場から、訪問看護師の立場から看取りを振り返る。家族として選択を迫られた時の葛藤した思いを表出し、フロアーの皆と意見交換をする。
12月上旬	「介護関係者が病院と連携するしくみ」 ～病院の機能別連携のルールまとめをとおして～	急性期・回復期の病院が介護との連携フロー図を作成して発表する。市内全病院における「ケアマネがいる場合といない場合」の介護との連携ルール表をまとめ、発表する。
H31年1～3月	外来から始まる退院調整	入院を余儀なくされた人が安心して入院、退院できるよう、外来からどのような支援・調整が必要か、仕組み作りに繋げる。

Ⅱ2⑦　豊川市退院調整担当者会

H30.3.14
市内全病院退院調整担当者・
介護保険関係者18名参加

Ⅲ．まとめ

- 地域包括ケアシステム構築に向けて、退院調整機能の構築は必要不可欠である。
- 基幹病院である市民病院をはじめとし、市内全病院において、機能と役割を活かしつつ、退院調整機能の構築に向けた仕組み作りと連携の推進が図られている。
- 「患者、家族が安心して退院できる」は、医療・介護の立場は違っても、共に同じ願いのもとに意見が交わされている。
- 同じ目標に向かって、多職種が情報を共有し、協働しあうことの必要性は広く浸透してきている。
- 介護保険関係事業者や病院職員の連携推進を願うニーズに後押しされ、在宅医療サポートセンターが事務局として、調整仲介する役割を担っている。
- 医療と介護共通の仕組みやルールを共有するための「在宅医療・介護多職種連携の手引き」に、今年度、新たな仕組みが追加され、更新される進捗となっている。

Ⅳ．評価及び課題

- 退院調整機能の構築に向けての仕組みが作られた後、定期的に認知度や活用状況を評価できていない。
- 介護・医療の連携フロー図は、連携が推進した現状では、いつ、何の目的で、どのような情報共有や意見交換をするのか、等の具体的な内容を伴う仕組みを加えていく必要性が分かり、見直しを予定している。
- 認定看護師の同行訪問看護の仕組みの活用実績が延びていない原因が何か検証が必要である。
- 新たに仕組みを活用していく認定看護師や、介護保険関係事業者への周知の検討と内容の見直しをするための会議開催を予定している。
- 「在宅医療・介護多職種連携の手引き」が、関係職者に日常的に活用されていくことが課題である。
- 手段としては、仕組みを見る、仕組みについて他者と一緒に意見交換する場面設定が必要がある。研修会や会議などを介して、仕組みを活用した結果で意見交換をし、ワンステップ進めた話し合いをしていく方法を取り入れていくよう、行政と連携していく。