

在宅医療・介護連携推進事業

始良・伊佐保健医療圏域

入退院支援ルールの手引き

(始良地区版)



～目指す姿～

人それぞれの生活基盤は入院前の在宅生活にあります。入院によって一旦地域から切り離されたとしても、医療と介護の支援が切れ目なくつながること、その人らしい生活を取り戻し地域での生活を再開することは可能です。

そのため、入退院支援のルールを策定することにより、医療機関・介護福祉・行政の顔の見える関係を構築し、利用者がスムーズな入退院支援を受けられるよう支援することが私たちの目指す姿です。

平成30年3月

始良地区入退院支援ルール作業部会

1. ルール策定までの経過

始良地区（霧島市，始良市，湧水町）では，始良地区医師会が中心となって平成25年度から平成27年度まで「在宅医療推進地域支援事業」として「入退院時のスムーズな連携」のための検討を重ね，「入退院時の連携シート」と「活用マニュアル」を作成し，管内医療機関・居宅介護支援事業所（以下居宅）・地域包括支援センター（以下包括）及び介護・福祉施設等関係機関へ広く周知して活用されています。

今回，「始良・伊佐保健医療圏域（始良地区版）入退院支援ルール」として明記し，その目的を共有することで，さらなる連携促進を目指しています。

また，これまで入退院時の連携の実態を把握できていなかったため，定期的な連携状況調査の実施とそこから見えてくる連携の課題を医療介護関係者の合同協議の場を設けて，運用後もルールの強化・見直しを行っていくこととしています。

2. ルール策定の目的

この「入退院支援ルール」は，介護認定を受けていない方が入院する際や要介護・要支援状態の方が退院の準備をする際に，医療機関担当者と介護支援専門員（以下ケアマネジャー）の連携をスムーズかつ確実にするための情報共有のルールです。

医療機関担当者・ケアマネジャーがルールに則り連携することで，引継ぎがなかったり，不十分だったりしたために在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくし，十分なサービスの提供を受け，豊かな在宅生活を迎えられることを目的とします。

3. 共通事項

- | | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 運用地域 | 始良・伊佐保健医療圏域 |
| (2) 運用開始 | 平成30年4月 |
| (3) 支援の対象者 | 入院前に介護保険サービスを利用していた方，又は退院後介護保険サービスを希望する方，医療機関担当者が退院支援が必要と判断した方 |
| (4) 支援の担当者 | ①医療機関(病院・有床診療所)の病棟看護師，地域連携室(連携担当者)等 ②居宅介護支援事業所 ③地域包括支援センター ④各市町介護保険担当課 |
- ・・・資料1 (P15～)
・・・資料2 (P18～)
・・・資料3 (P20)
・・・資料4 (P20)

一覧表やルールの手引き，連携シート様式は，始良・伊佐地域振興局ホームページに掲載していますのでご利用ください。担当部署等の変更があった場合は，始良・伊佐地域振興局保健福祉環境部（始良保健所）【TEL：0995-44-7953】へ御連絡ください。
(HPアドレス https://www.pref.kagoshima.jp/aa02/chiiki/aira_isa/kenko/index.html)

4. 運用に関する留意事項

- (1) この「入退院支援ルール」は，医療と介護の関係者が連携して患者のスムーズな在宅移行を支援するにあたって，必要な情報を共有するための基本的な流れを示しました。情報共有の方法やカンファレンスの要否・時期・回数等については，入院の内容や患者の生活環境に応じて医療機関担当者とケアマネジャーで調整の上，決定してください。
- (2) 入退院時の連携には，原則，始良地区医師会において平成26年に作成した入退院時連携シートを使用しますが，各医療機関・居宅等の既存様式の使用を妨げるものではありません。
- (3) ルール運用状況に関しては，関係者により定期的に検証し，必要に応じて見直しを行います。
- (4) 各医療機関・居宅等，所属内でルールの周知徹底を図ってください。

5. 入退院支援ルール

(1) 入院時、まず確認

【医療機関担当者】

- ・「介護保険サービスを利用していたか？担当ケアマネジャーはどの居宅(包括)の誰なのか？」を患者・家族へ尋ねる。
- ・ケアマネジャーがいない場合、退院後に介護保険サービスが必要かどうか検討する。

<医療機関担当者が患者のケアマネジャー等を確認する方法>

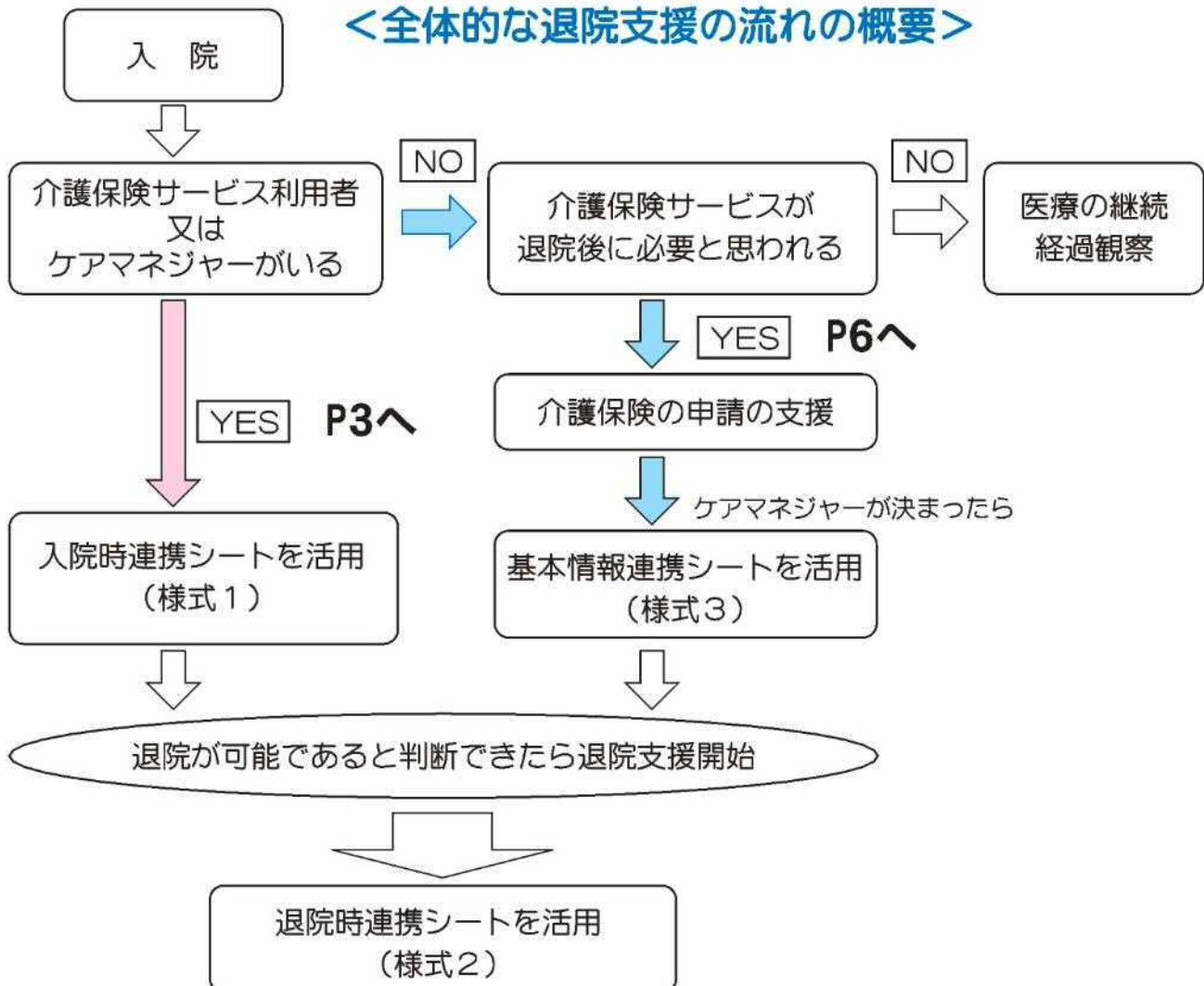
- ・入院時の患者・家族への聞き取り，介護保険証等の確認。
- ・上記方法で分からない場合は，患者居住地の市町担当係に確認。(照会方法…P9を参照)

<ケアマネジャーが利用者の入院に早く気付くための工夫>

- ・利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネジャーの名刺を挟んでおく。
- ・利用者に介護保険証を健康保険証と一緒に保管するよう勧める。
- ・入院が決まったらケアマネジャーに伝えるよう利用者，家族に説明しておく。
- ・利用者の入院に気付いたらケアマネジャーに連絡するよう介護サービス事業所に依頼しておく。

◎ 次に、下記の流れで該当するページへお進みください。

<全体的な退院支援の流れの概要>



A. 入院前にケアマネジャーがいる場合

入院前にケアマネジャーがいる場合

① 入院の連絡，入院時情報提供

【医療機関担当者】

- ・ケアマネジャーがわかったら，居宅等へ連絡し入院状況を説明し，できるだけ早期に入院時情報を求める。

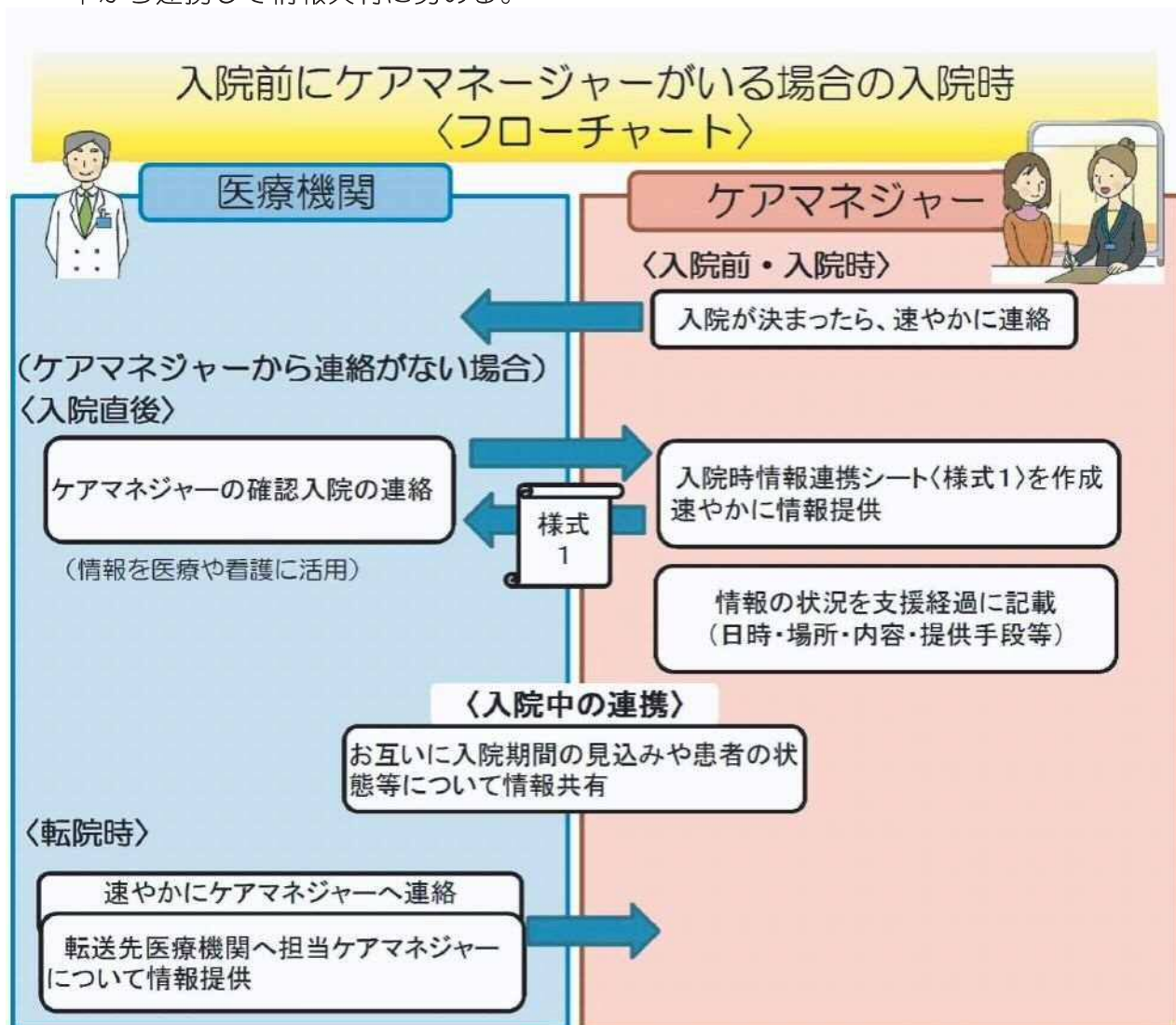
【ケアマネジャー】

- ・利用者の入院が決まったら，速やかに医療機関担当者に連絡を入れる。
- ・入院から速やかに「入院時連携シート」＜様式1＞を医療機関窓口（地域医療連携室等）へ提出し，情報提供する。書式は，始良地区医師会平成26年作成の「入院時連携シート」＜様式1＞を原則使用するが，各居宅等の既存様式の使用を妨げるものではない。
- ・ルールの運用は，介護報酬の入院時連携加算の通知・疑義に従う。

② 入院中の連携

【医療機関担当者・ケアマネジャー】

- ・医療機関担当者とケアマネジャーは，入院期間の見込みや患者の状態等について，入院中から連携して情報共有に努める。



★退院できそうと判断できたら

③ 退院支援を開始

【医療機関担当者】

- 患者の病状が安定し、退院できそうと判断できれば、在宅移行期間を考慮し、退院予定日の5日以上前を目安に担当ケアマネジャーに退院支援開始の連絡をする。患者・家族と退院後の生活について話し合う。

<在宅退院ができそうと判断する目安>

1. 病状がある程度安定した状態である。
2. 在宅での介護ができそうな状態である。

④ 退院前調整

【医療機関担当者】

- 退院前カンファレンスの日程調整をする。
- ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要な情報（「退院時連携シート」<様式2>の内容等）を、カンファレンス等の面談日までに院内の関係者から収集する。

⑤ 退院前カンファレンスでの情報提供

【医療機関担当者】

- 「退院時連携シート」<様式2>等により、ケアマネジャーに情報提供し共有する。特に、入院時情報を受けたケアマネジャーには必ず情報を提供する。
- ルールの運用は、診療報酬の介護支援連携指導料の通知・疑義に従う。

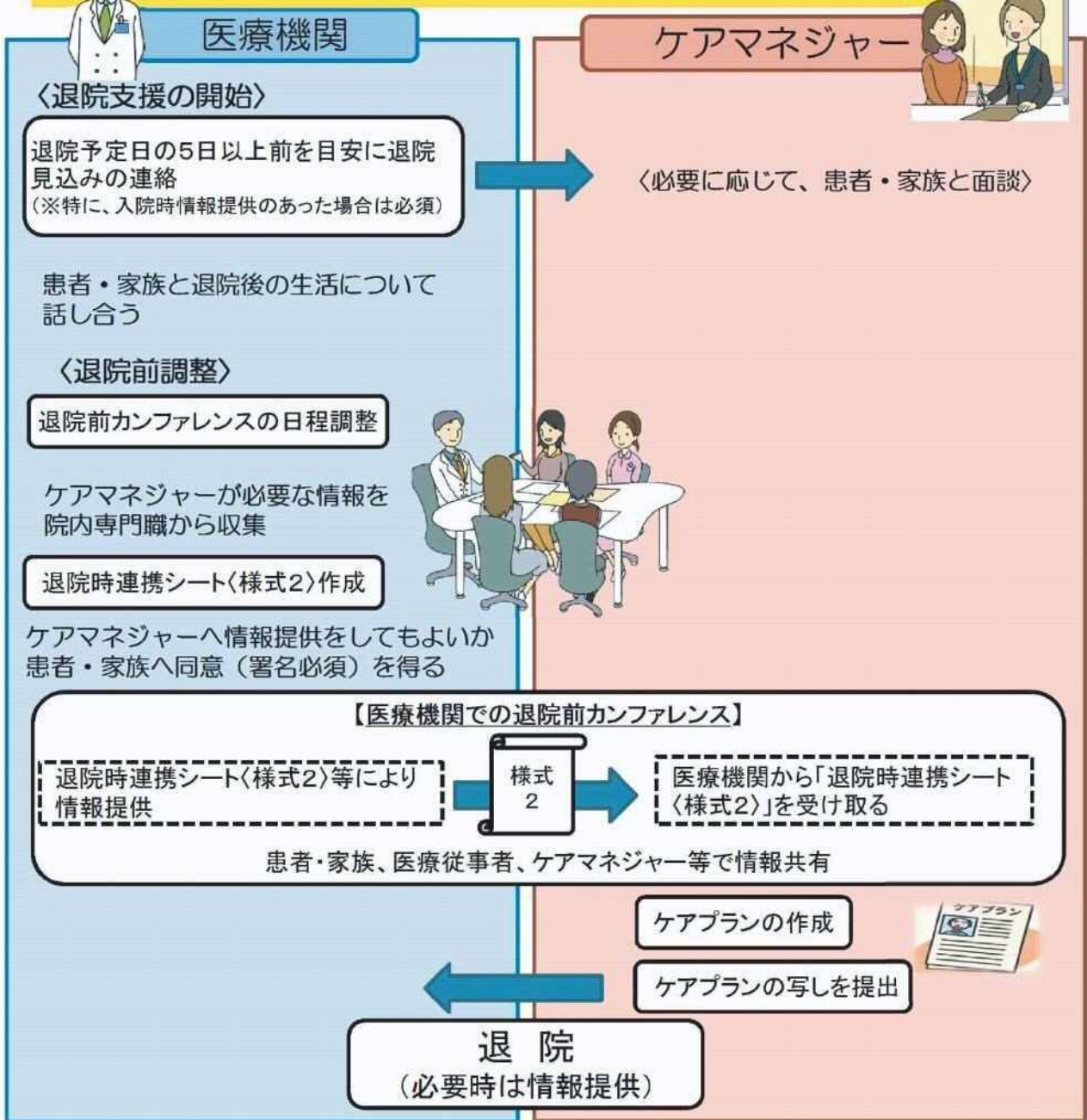
【ケアマネジャー】

- 医療機関担当者から「退院時連携シート」<様式2>を受け取り、ケアプランを作成・提出する。

<ケアプラン作成の流れ>

- ① 契約・面談（本人・家族）：退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握しながら、契約の手続きを行う。
- ② 病院からの情報収集：身体機能の低下の状況、要因の分析、生活機能の予後予測
- ③ ケアプラン原案作成：自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④ サービス事業所との調整：事業所の選定、事業所へ利用者情報の提供
- ⑤ 退院前カンファレンス：サービス事業所を交えた医療機関との引継ぎ
- ⑥ サービス担当者会議：サービス事業者間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認
- ⑦ サービス提供開始（退院）

退院できそうと判断した後 〈フローチャート〉



※介護支援連携指導料(2回に限る)を算定できる

※退院・退所加算を算定できる(但し、算定要件あり)

B. 入院前にケアマネジャーがいない場合

入院前にケアマネジャーがいない場合 (担当ケアマネジャーが交代した場合も含む)

★病状が安定したら

① 介護保険申請とサービス利用の支援

【医療機関担当者】

- ・患者が退院後にサービスを希望する又は医療機関担当者が下記の目安から退院支援が必要と判断した場合は、家族等に居住地の市町介護保険担当係又は包括に介護サービス等の利用について相談に行くよう説明する。

※ 家族が相談に行けない場合等、介護保険の代行申請の必要な場合は、その後の支援も含めて

- ・「要介護」状態の患者 ⇒ 居宅へ 連絡する
- ・「要支援」状態・「迷う場合」の患者 ⇒ 包括へ 連絡する

② 担当ケアマネジャーとの連携開始

【医療機関担当者】

- ・「基本情報連携シート」<様式3>を作成し、担当となったケアマネジャーへ情報提供する。
- ・医療機関担当者とケアマネジャーは連絡を取り合い、入院期間の見込みや患者の状態等について入院中から連携して情報共有に努める。

<介護保険申請の目安>

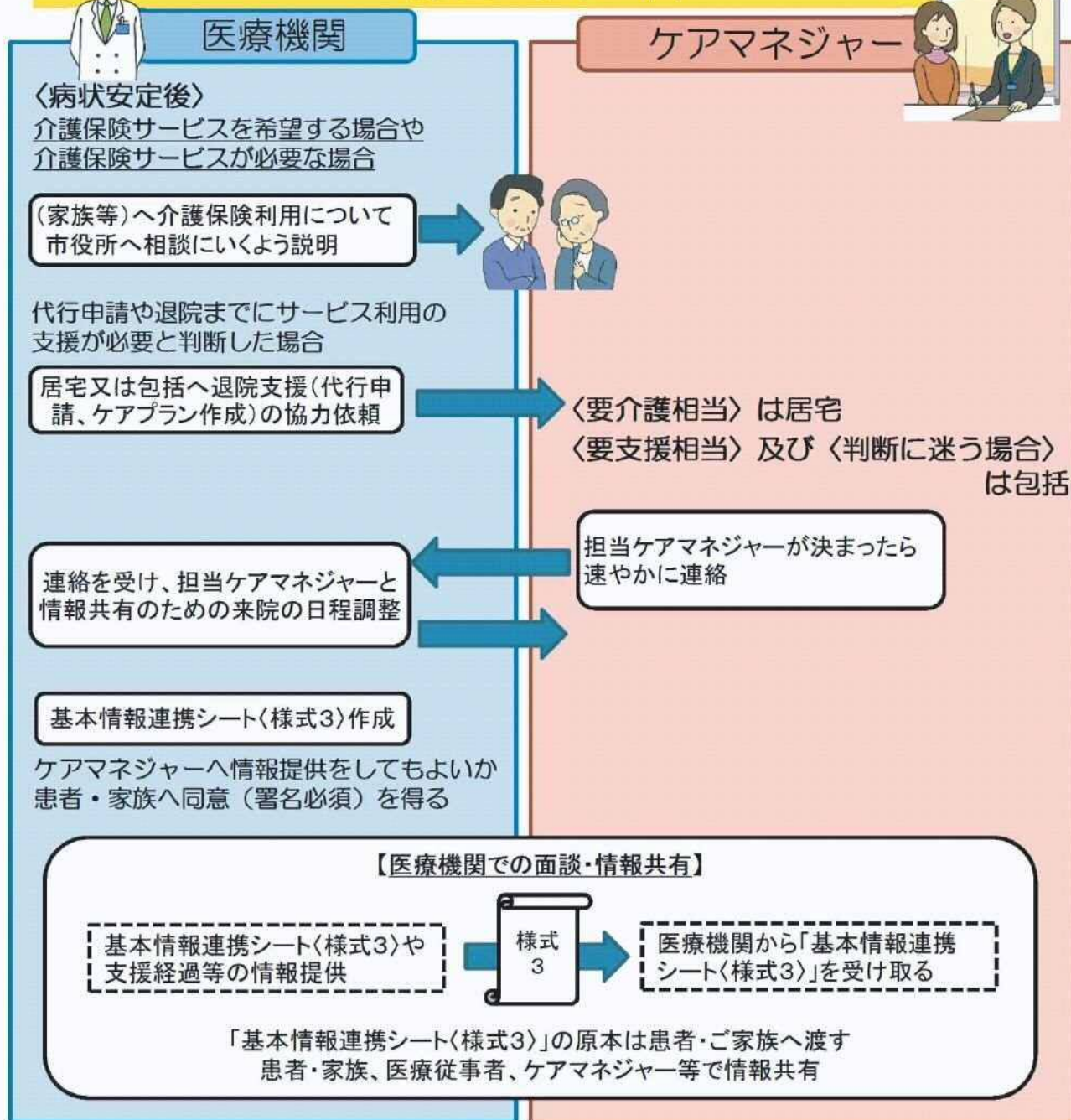
- ①立ち上がりや歩行などに介助が必要
- ②食事に介助が必要
- ③排泄に介助が必要、またはポータブルトイレを使用中
- ④認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
- ⑤在宅では独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- ⑥ADLは自立でも、がん末期で介護保険サービス利用が必要
- ⑦（ADLは自立でも）新たに医療処置（経管栄養、吸引など）が追加された

<<40歳以上64歳以下の患者の場合>>

<介護保険の対象となる疾病>

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

入院前にケアマネジャーがいない場合 〈フローチャート〉



※介護支援連携指導料(2回に限る)
を算定できる

※退院・退所加算を算定できる
(但し、算定要件あり)

★退院できそうと判断できたら

③ 退院支援を開始

【医療機関担当者】

- ・患者の病状が安定し、退院できそうと判断できれば、在宅移行期間を考慮し、退院予定日の5日以上前を目安に担当ケアマネジャーに退院支援開始の連絡をする。患者・家族と退院後の生活について話し合う。

＜在宅退院ができそうと判断する目安＞

1. 病状がある程度安定した状態である。
2. 在宅での介護ができそうな状態である。

④ 退院前調整

【医療機関担当者】

- ・退院前カンファレンスの日程調整をする。
- ・ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要な情報（「退院時連携シート」＜様式2＞の内容等）を、カンファレンス等の面談日までに院内の関係者から収集する。

⑤ 退院前カンファレンスでの情報提供

【医療機関担当者】

- ・「退院時連携シート」＜様式2＞により、ケアマネジャーへ改めて情報提供する。

【ケアマネジャー】

- ・医療機関担当者から「退院時連携シート」＜様式2＞を受け取り、ケアプランを作成・提出する。

退院できそうと判断した後のフローチャートは、ケアマネジャーがいる場合と同じ(P5)

＜ケアプラン作成の流れ＞

- ① 契約・面談（本人・家族）：退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握しながら、契約の手続きを行う。
- ② 病院からの情報収集：身体機能の低下の状況、要因の分析、生活機能の予後予測
- ③ ケアプラン原案作成：自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④ サービス事業所との調整：事業所の選定、事業所へ利用者情報の提供
- ⑤ 退院前カンファレンス：サービス事業所を交えた医療機関との引継ぎ
- ⑥ サービス担当者会議：サービス事業者間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認
- ⑦ サービス提供開始（退院）

(2) その他、転院時の連絡

【医療機関担当者】

- ・患者が転院することが決まったら、速やかにケアマネジャーに転院の連絡を入れるとともに、転院先の医療機関へ患者の担当ケアマネジャーについて情報提供を行う。

< [参考] 介護予防・生活支援サービス事業について >

平成29年4月から、全市町で「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」が始まっております。従来の「介護予防通所介護」「介護予防訪問介護」相当のサービス等は、要支援の認定者だけでなく、要支援になると思われる方も対象になることがありますので、退院後に介護予防や生活支援が必要と思われる患者さんには、介護保険窓口又は地域包括支援センターに相談するよう助言して下さい。

【内容】・訪問型/通所型サービス…従来の事業者による介護予防訪問介護/介護予防通所介護相当のサービスに加え、NPO等による掃除・洗濯やゴミ出し、交流の場等安価なサービスも選択可能

- ・生活支援サービス、介護予防ケアマネジメント

※サービスの利用方法や内容は市町毎に異なります。詳しくは各市町介護保険窓口または地域包括支援センターにお問い合わせ下さい。

(3) 要介護認定情報の照会について

介護認定情報の照会方法

<照会する者等>

- ・医療機関の地域医療連携室のソーシャルワーカー、病棟の連携担当看護師等の退院支援担当者

<照会内容>

- ・要介護認定の有無
- ・要介護認定を受けている場合、契約している居宅介護支援事業所等、計画作成担当者のいる事業所名

<具体的情報提供の方法>



医療機関退院支援担当者

① 照会



市町介護保険担当者

- ② 折り返し「医療機関窓口一覧」の「窓口」の欄に記載のある電話番号を確認し架電
- ③ 照会してきた者が医療機関退院支援担当者であることを確認
- ④ 必要な情報を提供

<照会先>

| | | |
|------|---------------|----------------------|
| 始良地区 | ・霧島市 介護保険グループ | TEL0995-45-5111 (代表) |
| | ・始良市 介護保険係 | TEL0995-66-3111 (代表) |
| | ・湧水町 介護保険係 | TEL0995-74-3111 (代表) |
| 伊佐市 | ・伊佐市 介護保険係 | TEL0995-22-1311 (代表) |

介護支援専門員→医療機関

【入院時情報連携シート（入院時連携シート）】

様式1-1（両面版）

平成 年 月 日作成

| | | | |
|------|--|-----|--|
| 事業所名 | | TEL | |
| 担当者名 | | FAX | |

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな | | | |
| 本人氏名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日生（ ）歳 |
| 住 所 | | | TEL |
| 介護保険 | 介護度 | 認定期間 | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 |
| 障害等認定 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳その他: | | |
| 認知症 | 認知症の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | |
| | 認知症の 周辺症状 | | |
| 経済状況 | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 その他: | | |
| 住居状況 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 / <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 / 自室: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 階 住宅改修工事: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | | |
| 本人・家族 の意向 | 平成 年 月 日時点 | | |
| 自宅環境の 課題 自宅周囲の 問題点 | | | (家族構成) ◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む) |
| | | | 家族 構 成 |
| 緊急連絡先 | 名 前 | 続 柄 | 連 絡 先 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 家族の関係性・家族の介護力 | |

《現在利用しているサービス》

| サービス内容 | 事業所名 | 利用頻度 |
|--------|------|-----------------------------------------------------------|
| | | 回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 |
| | | 回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 |
| | | 回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 |
| | | 回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 |
| | | 回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 |

(表)

| | | | |
|----------------------------|--------------------|----------|------------|
| 今までの生活歴 | | | |
| 現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか) | 1日の生活・過ごし方・特徴・こだわり | | 趣味・楽しみ・特技 |
| | | | |
| | 時 間 | 本人・家族の生活 | 友人・地域との関係性 |
| | | | |
| | | | |

現病歴・既往歴・担当医 かかりつけ歯科医院() かかりつけ薬局()

| 病名 | 発症年月日 | 医療機関名 | 医師名 | 住所・電話番号 |
|----|-------|-------|-----|------------|
| | | | | TEL: |
| | | | | TEL: |
| | | | | TEL: |
| | | | | TEL: |

ADL情報(特記事項があれば記入)

| | |
|-----------|--|
| 食 事 | |
| 移 動 | |
| 入 浴 | |
| 排 泄 | |
| コミュニケーション | |
| そ の 他 | |
| 備 考 | |

(裏)

上記利用者の入院にあたり、情報提供を受けました。

平成 年 月 日 医療機関名 _____ 氏名 _____