

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

(伊佐市版)



～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で、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ることができ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

伊佐市医療介護連携会議

1 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、要支援・要介護状態の方が退院の準備をする際に、病院担当者と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・介護関係者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さんやご家族をなくすことを目的としています。

なお、運用状況を関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行っていきます。

2 共通事項

(1) 適用地域

始良・伊佐地区全域

(2) 運用開始時期

平成30年4月

(3) 支援の対象者

自宅等※から入院し自宅等へ退院する患者（利用者）で、下記の①～③のいずれかに該当する方（※自宅等 = 自宅のほか、介護施設を除くケアハウス、高齢者住宅等）

- ① 入院前に介護保険サービスを利用していた方 ⇒ Aに該当
- ② 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する方 ⇒ Bに該当
- ③ 病院担当者が退院支援が必要と判断した方 ⇒ Bに該当

(4) 支援の担当者

・病院担当者

病院(有床診療所を含む)の病棟看護師、地域連携室(連携担当者)等 【資料1参照】

・ケアマネジャー及び介護予防専門員（以下、ケアマネジャーという。）

居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのケアマネジャー 【資料2参照】

記載の担当者・担当部署が変更になった場合は、伊佐市 長寿介護課 介護保険係までご連絡ください。

3 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たものです。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等に応じて、病院担当者とケアマネジャーで調整の上、決定してください。

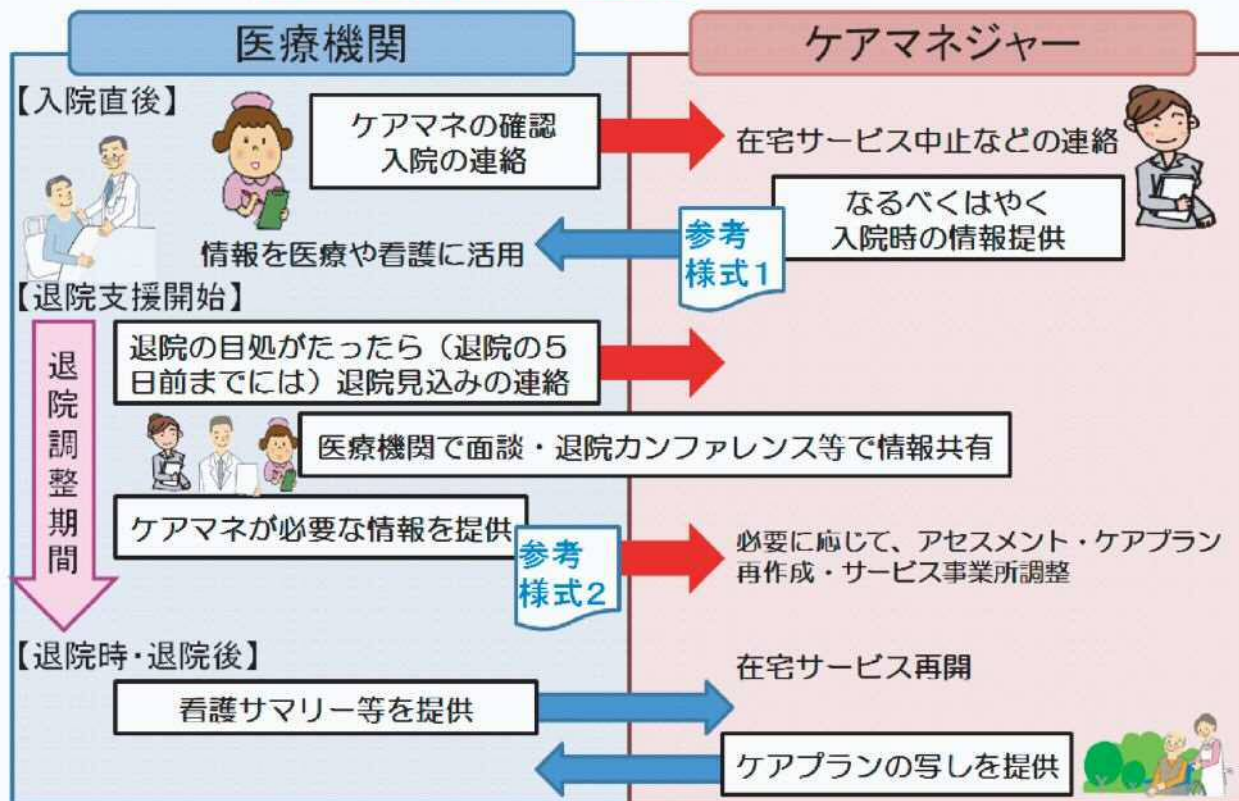
(2) 添付の「入院時情報連携シート」、「退院支援情報共有シート」及び「基本情報連携シート」は参考様式であり、病院・事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や、様式の見直しをする際の参考として活用してください。また、ルール運用状況に関しては、関係者により定期的に検証し、必要に応じて見直しを行います。医療機関・居宅介護支援事業所内においては、適宜ルールの周知徹底をお願いします。

4 伊佐市入退院支援ルール

A 入院前にケアマネジャーがいる（介護保険サービスを利用していた）場合

入退院支援ルール

A 入院前にケアマネジャーがいる患者の場合



① 入院時の連絡

- 病院担当者は、患者が入院前に介護保険サービスを利用していたことを確認したら、すみやかに患者を担当しているケアマネジャーに入院の連絡を入れる。
- ケアマネジャーは、上記以外で利用者（要介護・要支援とも）の入院が分かったら、すみやかに病院担当者に担当ケアマネジャーである旨の連絡を入れる。
- 病院担当者は、患者の入院前の情報を必要とする場合はケアマネジャーに情報提供を依頼する。
- ケアマネジャーは、「入院時情報連携シート」（参考様式1）等により病院担当者にできるだけ早く利用者の情報を提供する。
- 病院担当者とケアマネジャーは、お互いに速やかな入院時の連絡に努める。

<病院担当者が患者のケアマネジャーを確認する方法>

- 入院時の本人・家族への聞き取り、介護保険証やお薬手帳等の名刺による確認
- 上記の方法でもケアマネジャーが不明な場合は伊佐市介護保険係(22-1311)に確認
- ※ 介護保険係では担当ケアマネジャーまで把握していないため、契約している居宅介護支援事業所(又は包括)のお知らせとなります。
- ※ 伊佐市の介護保険証には、既に居宅等との契約が切れている方でも、最後に契約していた事業所名が表示されています。契約切れの場合、当該事業所では対応できないのでご注意ください。

<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・お薬手帳にケアマネジャーの名刺を挟んでおく
※ 伊佐市ではお薬手帳に名刺を貼り付けておくことを推奨しています。
- 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
- 本人、家族に入院が決まったらケアマネジャーに伝えるよう説明しておく
- 介護サービス事業所に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依頼しておく

② 入院中の連携

- 病院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、入院時から連携して情報共有に努める。

③ 退院支援開始の連絡

- 病院担当者は、患者が在宅退院できそうと判断できれば、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間(ケアプランの作成、事業所との調整等の期間)を考慮して、退院予定日の5日以上前までに担当ケアマネジャーに連絡する。
- 病院担当者は、退院支援が必要と判断した方については、ケアマネジャーとカンファレンス等の面談の日程調整を行う。

④ 退院前調整

- 病院担当者は、ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要の情報「退院支援情報共有シート」(参考様式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。
- 病院担当者とケアマネジャーは、カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有する。(「退院支援情報共有シート」は情報共有のツールとして活用する。)
- 病院担当者は、入院時情報提供を受けたケアマネジャーには必ず情報を提供する。
- 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者とケアマネジャーで調整し、病院が決定する。
- ケアマネジャーは病院担当者から提供を受けた情報を元に、必要に応じてアセスメント等を実施しケアプランの作成を行う。

⑤ 退院時・退院後の情報提供

- 病院担当者は、看護・介護の引継ぎ書(退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日、服薬内容(看護サマリー)等)をケアマネジャーに提供する。
- ケアマネジャーは、情報提供を受けた病院担当者からの求めにより患者の退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

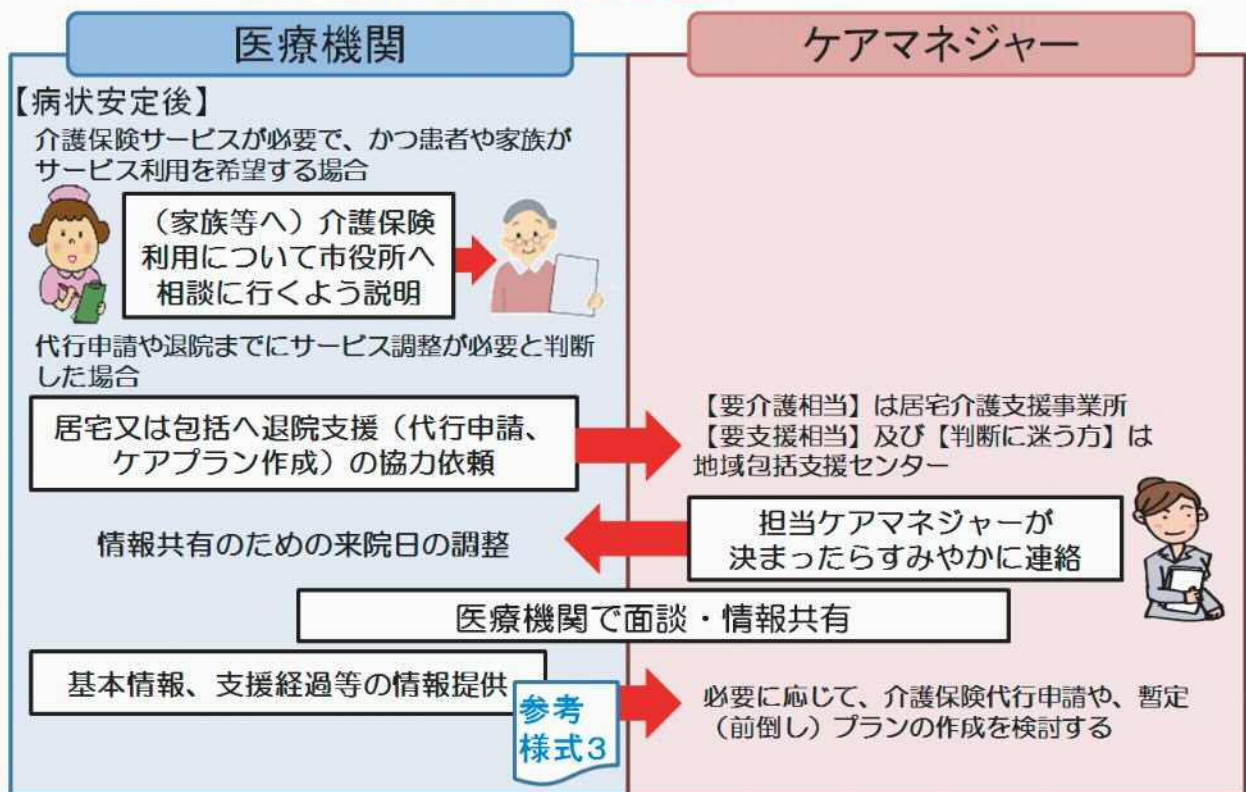
※ 転院時の連絡

- 病院担当者は、患者が転院することが決まったら、すみやかにケアマネジャーに転院の連絡を入れるとともに、転院先の病院に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供を行う。
- 以降、転院先の病院担当者と担当ケアマネジャーが連携して、②～⑤をおこなう。

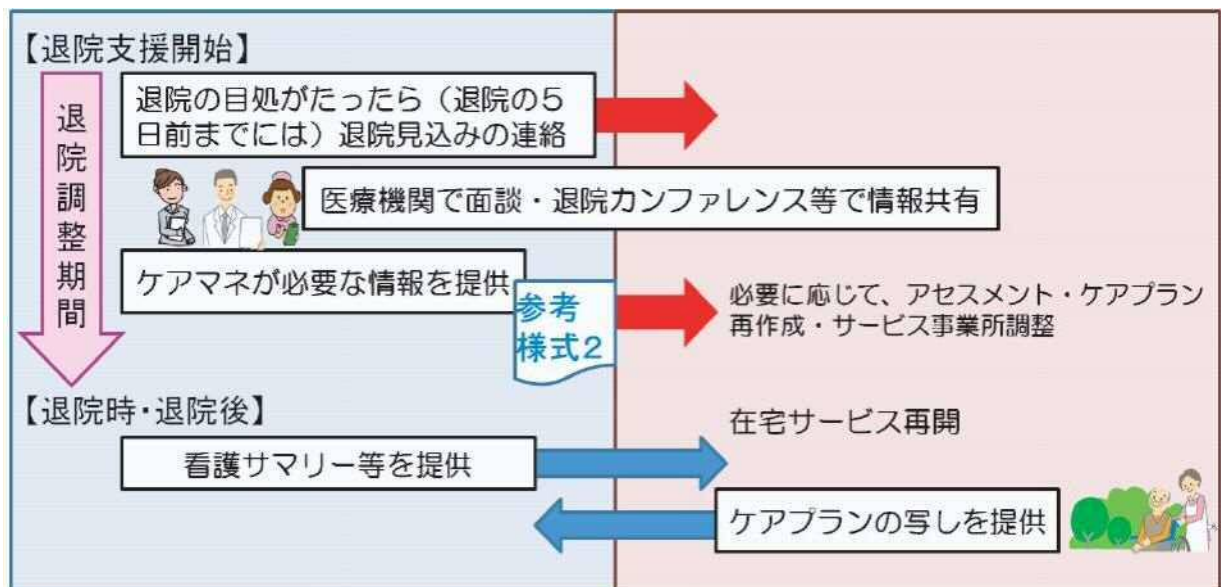
B 入院前にケアマネジャーがいない（介護保険サービスを利用していない）場合

入退院支援ルール

B 入院前にケアマネジャーがいない患者の場合



以降は、「A:入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」の【退院支援開始】以降と同じ



① 介護保険申請の支援

《65 歳以上の患者》

- 病院担当者は、病状が安定した段階で患者やご家族と退院後の生活について話し合い、介護保険サービスが必要で、かつ患者や家族がサービス利用を希望する場合には、家族などに伊佐市介護保険係または地域包括支援センターに介護保険サービスの利用について相談に行くよう説明する。

《40 歳以上64 歳以下の患者》

病院担当者は、患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記参照）で上記の状態であった場合は、家族などに伊佐市介護保険係または地域包括支援センターに介護保険サービスの利用について相談に行くよう説明する。

＜介護保険の対象となる疾病（40 歳から64 歳）＞

- 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

② ケアマネジャー決定のための支援

- 病院担当者は、介護保険の代行申請や退院までにサービス調整が必要と判断した場合、居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへ退院支援（代行申請、ケアプラン作成）の協力を依頼し、来院の日程を調整する。

【要介護と思われる方】は居宅介護支援事業所

【要支援と思われる方】及び【判断に迷う方】は地域包括支援センター

- ケアマネジャーは、入院患者の担当になることが決まれば、すみやかに病院担当者に連絡を入れる。
- 病院担当者は、患者の基本情報や、本人・家族の意向などの情報（「基本情報連携シート」（参考様式3）の内容等）を来院日までにまとめる。
- 病院担当者は、ケアマネジャーと面談し、「基本情報連携シート」（参考様式3）などにより必要な情報を提供する。
- 病院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、連携して情報共有に努める。

③ 退院支援開始の連絡

④ 退院前調整

⑤ 退院時・退院後の情報提供

A：ケアマネジャーがいる場合（P3）と同じ

(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

- 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

市町介護保険担当者

<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)

参考様式

【参考様式1-1】（表） [様式1-1(両面版)又は1-2いずれか、書きやすいものを使用]

参考様式1-1(両面版)		介護支援専門員→医療機関	
入院時情報連携シート			
		平成 年 月 日作成	
事業所名		TEL	
担当者名		FAX	
ふりがな		<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
本人氏名		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) <small>◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者は「主」、副介護者は「副」 (同居家族は○で囲む)</small>
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)

【参考様式1-1】（裏）

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 <input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医院() <input type="checkbox"/> 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				
上記利用者の入院にあたり、情報提供を受けました。				(裏)
平成	年	月	日	医療機関名 _____ 氏名 _____

