

村山地域入退院支援の手引き

1. 趣旨

病院から退院後に切れ目なく医療や介護サービス等の必要な支援を受けられるようにするため、「入院時」から「退院時」における病院と介護支援専門員(以下、「ケアマネジャー」という。)等の入退院支援の基本的な約束ごと※を明確化する。これにより、医療と介護の連携を一層強化し、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

※ 本手引きの中の二重下線部分が、入退院支援の基本的な約束ごとです。

- 入退院調整がなかった、又は、情報提供や連携が不十分だったため、退院後に困ったことになった本人や家族がいます。
- そのようなことをなくすために、みんなで連携して「入退院支援」を実践しましょう。
- 全プロセスを通して、専門職及び支援者間の情報提供に関して本人から同意を得ましょう。必要に応じて家族からも同意を得ましょう。

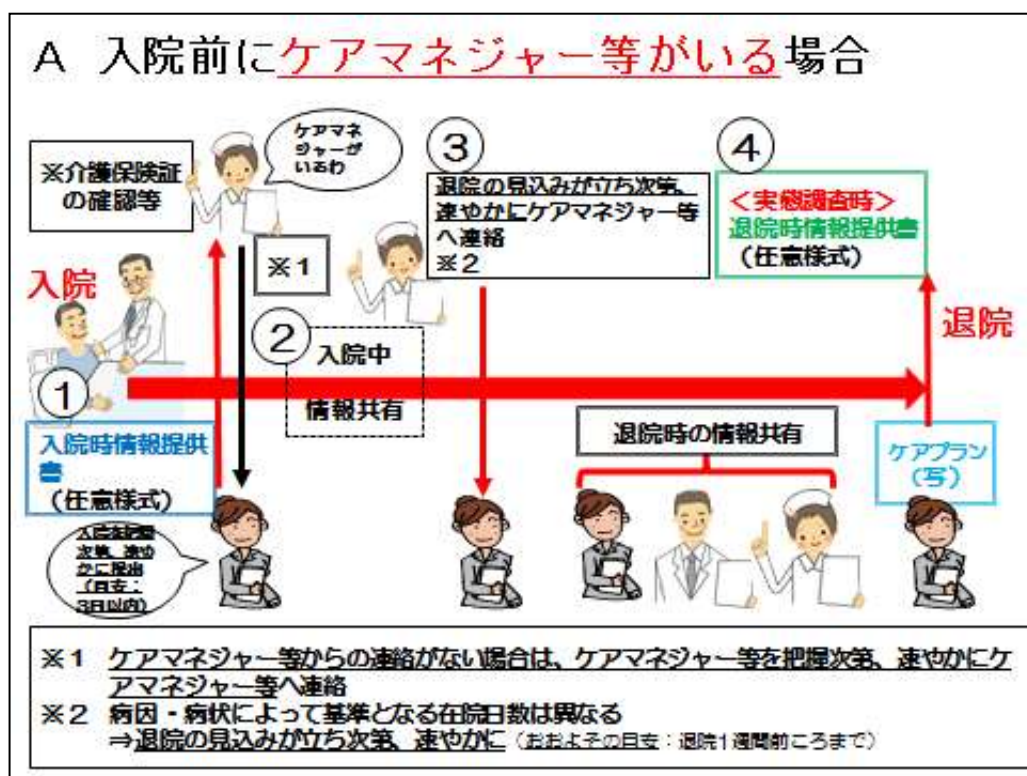
2. 対象者

以下の①、②のいずれかの要件を有する者

- ①「居宅介護支援事業所」、「(看護)小規模多機能型居宅介護事業所」又は「地域包括支援センター」が担当している者か、当該事業所等の利用を希望する者
- ②病院担当者が介護や生活支援・意思決定支援等の退院支援を要すると判断した者

3. 手順

A【入院前に介護保険等を利用していた場合】(ケアマネジャー等がいる場合)



(1) 「入院時」の情報共有

①【担当ケアマネジャー・地域包括支援センター（以下「担当ケアマネジャー等」）】

担当ケアマネジャー等は、本人の入院を把握次第、速やかに「入院時情報提供書(様式は任意)」を、病院が指定する担当窓口に提出する(目安:入院後3日以内)。

- ・担当ケアマネジャー等は、入院時情報提供書を提出する場合は、これまでのケアマネジメントの経過や情報をコンパクトにまとめ、スムーズな情報提供に心がける。また、入院にそなえていつでも関係者と情報共有できるよう日頃から準備しておく。
- ・病院の機能、本人の状態、情報提供する時期等によっては、病院が必要な情報は異なるが、担当ケアマネジャー等は、下記を中心に、本人の退院支援に必要な情報(入院初期に病院が本人・家族から聞き取ることが難しい内容、生活の視点)を提供する。

【病院が入院早期に提供してもらいたい情報】

- 担当ケアマネジャー等の有無、担当ケアマネジャー氏名、連絡先、要介護度
- 本人の入院前の生活歴(患者はどのような生活を送っていたか)と生活環境
- 家族構成(同居の有無、支援者の有無)、キーパーソンの氏名・連絡先・連絡方法
- 本人・家族が生活上で大事にしていること、担当ケアマネジャー等がどのような目標で支援していたか。

【入院情報を速やかに把握するため、担当ケアマネジャー等が行う工夫例】

- 本人・家族等が常時目につくところ(電話の前、ベッドサイド等)に事業所名・担当ケアマネジャーの氏名・連絡先(大きな名刺の活用等)を貼っておく。
- 入院・退院するときや何かあったときは、必ず連絡するよう本人・家族等に伝えておく。
- 介護サービス事業所から、入院情報が入るようにしておく。
- 本人・家族へ医療保険証、介護保険証やお薬手帳等と一緒に、担当ケアマネジャーの名刺の保管をお願いする。
- 担当ケアマネジャーや利用事業所等の連絡先、ケアプラン、医療保険証や介護保険証等の入ったファイルを作成しておき、入院時は当該ファイルを病院に持参するよう家族等に伝えておく。

※訪問看護を利用している場合、訪問看護師は、看護情報提供書(看護サマリー)を提出する。

②【病院】

病院担当者は、①の担当ケアマネジャー等からの連絡がない場合は、家族からの聞き取り又は介護保険証等を確認し、担当ケアマネジャー等を把握次第、速やかに連絡する。

○担当ケアマネジャー等を把握できない場合

(本人が要介護認定等について認識がなく、単身者で家族等への確認もできず、地域包括支援センターでも把握していない場合等、他に情報を得る手段がない場合)

- ⑦病院担当者は、市町介護保険担当課(別添 村山地域入退院支援に関する関係機関一覧)へ電話で問い合わせる。
- ⑧市町介護保険担当課は、当該問合せがあった場合は、個人情報保護の観点から、一旦電話を切ってから担当ケアマネジャー等又は市町からかけ直す等し、提供できる必要な情報を知らせる。

【取組み例】

- 村山地域のある病院では、ケアマネジャーが入院・退院の情報を得られず困っているという状況を聞き、入院前にケアマネジャーがいる者が入院した場合は、病院から担当ケアマネジャーに、すみやかにファックスで入院日、主治医、担当看護師名を連絡するようになった。
- 効果:本人・家族・病院・ケアマネジャーがつながるようになった(例:ケアマネジャーが入院早期から面会に来てくれる→本人・家族もケアマネジャーの面会で前向きに治療に取り組むことができるようになる→病院にとっては支援者仲間が増えることにつながる)

(2) 「入院中」の情報共有

①【病院】

病院担当者は、入院の目的や病状・病態等から退院時の状態(病状やADL)を予測し、退院後の生活(退院先を含めて)について、本人・家族・担当ケアマネジャー等と情報を共有し必要に応じて一緒に検討する。

- ・病院担当者は、必要に応じて、担当ケアマネジャー等に本人・家族への病状説明(IC:インフォームドコンセント)への同席を依頼する。
- ・担当ケアマネジャー等から IC への同席の申し出があった場合、可否について本人・家族・病院関係者と調整する。
- ・医療上の課題を共有するために、「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」(P.10)等を用いて点検する。
- ・病院担当者は、退院時に必要となる支援を予測するため、担当ケアマネジャー等と連絡をとり、本人・家族が在宅生活を送る上での思いや、入院前の生活状況を把握する。入院前よりも、ADLが大きく低下する場合や新たに在宅で医療機器等を必要とするようになった場合などは、退院後の環境整備やリハビリ・サービスの調整など時間を要することがあるため、入院中早期に本人・家族・担当ケアマネジャー等とともに、退院後の生活を考え支援することが大切である。必要時、入院中に本人・家族を中心に関連する多職種が集まり、カンファレンスを行う。それにより、退院後の安心した生活につなげることができる。

②【担当ケアマネジャー等】

担当ケアマネジャー等は、病院担当者との情報交換や病棟カンファレンスへの参加等で得た情報をもとに課題を整理して、退院を見すえた準備・調整を進めておきましょう。

- ・本人・家族の意向、ADL、認知機能、住環境、医療的管理、介護力等に応じたケアプランの変更等。

←なぜ必要??

担当ケアマネジャー等は、入退院調整がなかった、又は、情報提供や連携が不十分なことによって本人が退院後に困ったり病状が悪化することのないように、退院後の支援の準備が必要です。退院後の療養・環境整備(退院後のかかりつけ医やサービス利用の調整等)には時間がかかりますので、退院日が決まらなくても退院の方向性が出てきたら、早めの連絡を心がけましょう。

(3) 「退院時」の連絡

病院担当者は、退院の見込みが立ち次第、速やかに担当ケアマネジャー等に連絡し(目安:退院1週間前ころまで)、(4)の日程調整等を行う。

- ・要介護度変更の見込みの程度に関わらず、病院担当者は入院時情報提供元に連絡する。

(4) 「退院時」の情報共有

○**実態調査** <実施の要否は、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整>

①【病院】

- ・病院担当者は、「実態調査」までに、院内の関係者から情報収集し、「担当ケアマネジャー等が特に病院から退院時に提供してもらいたい情報」を加味した「退院時情報提供書(様式任意)」を作成する。
- ・病院担当者は、退院後本人・家族が混乱することがないように、病院内の各部門(病棟、リハビリ、栄養等)で同じ方向で支援できているか確認する。

- ・退院時情報提供書の内容に変更が生じた場合、病院担当者は、担当ケアマネジャー等に別途連絡する。
- (状態変化等が予測される場合は、実態調査時に、病院担当者と担当ケアマネジャー等で認識を共有しておくこととし、担当ケアマネジャー等としても、状態変化等があった場合に、関係者と情報共有が図られるよう努める)。

②【担当ケアマネジャー等】

- ・担当ケアマネジャー等は、患者の状態や課題等について情報を共有し、退院後のケアプランへ反映する。
- ・担当ケアマネジャー等は、病院担当者と面談・情報収集するとともに、本人の状態も直接確認し、たうえでアセスメントする。

【担当ケアマネジャー等が病院から特に退院時に提供してもらいたい情報】

- 本人・家族の意向（思い）
- 本人・家族への病状説明の内容とその理解度
- 退院後、生活する上での注意点（どのような注意が必要か具体的に）
- 入院時と入院後の全身状態の変化
- 緊急時（症状悪化時）の対応方法、かかりつけ医や訪問診療等の必要性、医療的ケア・医療的サービスの必要性
- リハビリに関する情報

○退院前カンファレンス <実施の要否は、本人・家族の意向を確認し、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整のうえ決定し、病院が開催>

- ・本人・家族を中心に関連する多職種が集まり、本人・家族が退院後より良い生活になるために必要な支援などの話し合いや引継ぎ等を行う。
- ・担当ケアマネジャー等による「サービス担当者会議」の開催を退院前カンファレンスに引き続き病院内で行うかについては、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整する。

※「ケアプラン（原案を含む）の写し」の病院提供については、退院時の情報共有の過程で、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整。

- 「退院時の情報共有」を踏まえ作成されたケアプランについて、在宅療養上の留意点等が反映されているか病院側で確認するためのプロセス。

【退院後の情報共有も大切です】

山形市退院支援フロー（地域版）では、担当ケアマネジャーは、退院後の状況を連絡窓口担当者（連携室等）を通じて病棟や病院主治医・外来へ報告することを大切にしています。

退院後の自宅での様子を報告することで、連携した結果を病院にフィードバックすることができま

す。病院側が在宅での支援状況を知ることは、今後の医療・介護の関係作りに役立ちます。

本人のより良い生活のためのプランの見直しや再入院を防ぐためなど、継続して連携しましょう。

※情報共有の様式例は特に示していないが、「退院時サマリー」についても、各病院の判断により、適宜活用することとする。

※転院時の対応

転院元の病院担当者は、速やかに担当ケアマネジャー等に連絡するとともに、転院先病院に対し、担当ケアマネジャー等の氏名・連絡先等を情報提供する。

- 「入院時情報提供書」の病院間での共有については、状況に応じて病院間で調整。

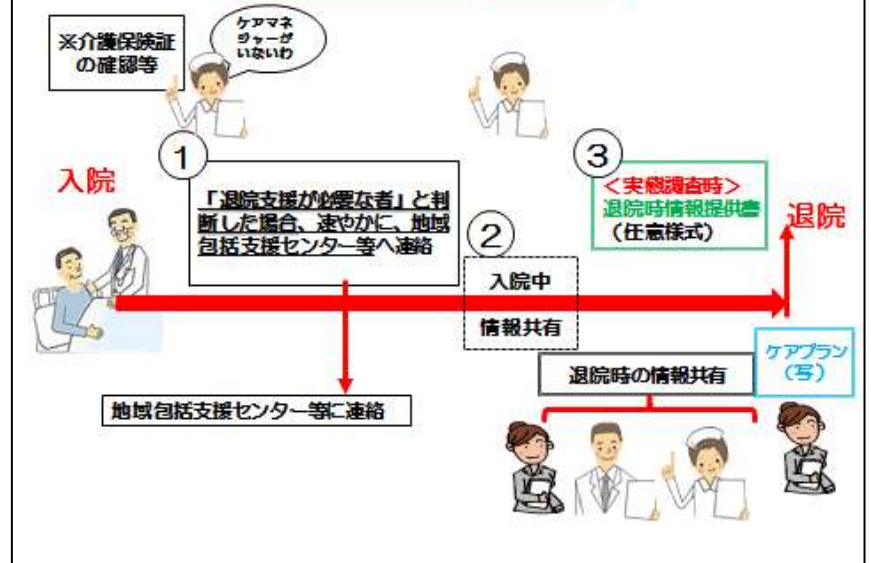
B【入院後、新たに介護保険等を利用する場合】(入院前にケアマネジャー等がない場合)

「退院支援が必要な者」の基準

○「要支援（介護予防・日常生活支援総合事業対象者も含む）」・「要介護」が見込まれる者

○病院担当者が、継続的な医療が必要であり、退院支援が必要と判断した者
※

B 入院前にケアマネジャー等がない場合



※病院担当者が「退院支援が必要と判断する状態」って??

例えば、①医療機器等を装着している(退院後に、吸引・経管栄養・その他の医療処置が必要)、②心不全などの慢性疾患があり重症化を予防する必要がある、③独居や支援者がいないなどが考えられます。『在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート』(P,10)などで医療上の課題を点検しましょう。

(1) 担当ケアマネジャー等の決定支援

病院担当者は、家族からの聞き取り又は介護保険証等を確認し、新たに介護保険サービス等を利用する必要があると判断した場合、本人・家族、又は、キーパーソンに担当ケアマネジャー決定等の流れを説明し、諸手続きを促す。その際、病院担当者が「退院支援が必要な者」と判断した場合は、病院内入退院支援部署の担当者又は退院支援担当者を通じ、本人の住所地の地域包括支援センター等※に連絡し、担当ケアマネジャー等を決定するための支援を行う。

- ・各市町には、在宅医療・介護連携拠点が設置されており、医療・介護連携の相談にも応じている(市町によって、体制が異なるため、相談内容によっては対応が困難な場合あり)。
- ・また、医療保険での訪問看護利用が見込まれる場合は、状況に応じて訪問看護事業所に連絡を取る。

- 地域包括支援センター (別添 村山地域入退院支援に関する関係機関一覧のとおり)
- 在宅医療介護連携拠点 //
- 訪問看護事業所 //

※以降の流れは、A【入院前に介護保険等を利用していた場合】の(2)『「入院中」の情報共有』以降と同じ

←要介護認定申請のタイミングって?? =病状が落ちついた時期です。

急性期治療中や急性期リハビリ開始直後などの早すぎる申請は、認定調査ができなかったり、再調査が必要になったり、適切な認定結果にならないことがあります。また、お守りやとりあえずの申請は、本人・家族や関係者に無用な手間をかけることとなります。認定申請は退院の目途が立ったあたりで遅くありません。介護保険サービス利用の必要性も考慮して、本人・家族に十分説明したうえで進めましょう。なお、がん末期等の方で、早急な対応が必要である場合は、市町村へご相談ください。

【参考例】村山地域内で、既に運用・活用されている参考となるフロー等をご紹介します。

- ① 山形市入退院支援フロー（地域版）～暮らしの場に帰るためのケアマネジャーの視点～
（平成 29 年 9 月 山形市退院支援ルール（地域版）検討チーム作成）（P. 7 参照）
※山形市在宅医療・介護連携室「ポピー」ホームページに掲載
※入院から退院後まで、時間軸に沿って地域側・ケアマネジャーの動きや視点をまとめています。
- ② 村山地域退院支援フロー～時間軸を可視化しよう～
（平成 29 年 3 月 村山管内医療機関退院支援部署連携会作成）（P. 8 参照）
※入院から退院まで、時間軸に沿って病院側の大まかな動きをまとめています。各病院の機能や体制に合わせて、病院ごとのフロー等を作成する際に参考になるものです。
- ③ 様式例 1・・・県立河北病院と河北町間で使用している入院情報提供書（P. 9 参照）
- ④ 様式例 2・・・山形市推奨様式（①と同じホームページに掲載）
※様式については、厚生労働省様式例（厚生労働省のホームページ参照）もあります。

これらのフロー等は、本手引きのプロセスともリンクしています。病院と地域の相互理解にも役立つほか、現場の振り返りや、新人教育にも活用することができます。

【参考資料】

- 『在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート』Ver. 1 （大阪府入退院支援の手引き 平成 30 年 3 月 大阪府発行 P 4 1）
- 「入院時連携に係る診療・介護報酬」（大阪府入退院支援の手引き 平成 30 年 3 月 大阪府発行 P 2 9）
- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（平成 30 年 3 月改訂）
厚生労働省
- 置賜地域「入退院調整ルールの手引き」 置賜保健所発行（平成 30 年 4 月～改訂版）

本手引きは、その人らしい暮らしの場へ帰るために、「入院時」から「退院時」における病院と担当ケアマネジャー等の入退院支援の基本的な約束ごとを明確化してまとめたものです。

本手引きの入退院支援を実際に、それぞれが実践していくことが大切です。入退院支援に関わる病院関係者と地域の在宅多職種関係者により、地域における切れ目のない医療介護連携体制の構築、医療・介護関係者の相互理解の向上が図れるよう、本手引きの普及展開が求められます。

本手引きは、より良い支援ができるよう、今後もみんなで見直しながら進めていきたいと思います。