松山圏域における入・退院時の支援ルール

Ⅰ　背　景

疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養しながら、自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できる体制が必要です。

また、医療と介護の連携はいくつもの場面で行われますが、入・退院時における医療と介護の連携は、在宅での療養生活が必要となる患者（利用者）の療養生活を継続する上で最初の場面であり、この連携を円滑に進めるためには、病院職員とケアマネジャーの入・退院時の連絡・情報共有が重要となります。

松山構想区域地域医療構想においては、二次医療圏を単位として必要な医療資源を確保し、入院患者を住み慣れた地域に帰す「医療の縦の流れ」の中で在宅医療・介護連携のための多職種協働体制を推進していくこととされております。

一方、市町が主体となる地域包括ケアでは、住み慣れた地域へ戻ってきた患者に、医療の質を保ちながら必要な介護を地域全体でサポートする「横の連携」が重要であり、市町を超えて圏域全体の連携が必要な医療・介護連携については当所の役割であると考えました。

そこで、松山構想区域地域医療構想調整会議に「地域包括ケア推進部会」を設置し、部会の下に実務者で構成するワーキングチームを置き、病院職員とケアマネジャーが活用する「松山圏域における入・退院時の支援ルール」を策定することになりました。

Ⅱ　目　的

「松山圏域における入・退院時の支援ルール」をきっかけとして、病院職員とケアマネジャーの連携を促進することにより、積極的治療は終わったものの、日常生活に介護を必要とする状態で退院しなければならない高齢者が、円滑に在宅療養生活へ移行し安心して地域で生活できることを目指します。

Ⅲ　ルールに携わる関係機関

松山圏域の６市町（松山市、伊予市、東温市、久万高原町、松前町、砥部町）に所在する医療機関、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センターとします。

Ⅳ　入・退院支援ルール

入・退院支援ルールとは、要介護・要支援状態等の患者が病院への入院、居宅への退院の際に、病院職員（以下、 医療機関担当者）とケアマネジャーの間で、患者についての必要な情報を確実に引き継ぐためのルール（手順）のことです。

ルールの運用は、既に要介護認定等を受けているか否か、ケアマネジャーが決まっているか否かによって異なります。

「図１ 介護保険の認定状況と入・退院支援フロー図」で確認し、患者の状況に応じて、１・２・３の記載に従って支援を行ってください。

要介護認定等の対象者は、65 歳以上の方、40 歳から 64 歳の方で特定疾病*を持つ方です。
入院時は、介護保険証を確認しましょう！！
＊特定疾病は参考資料２ （P. 36）を参照

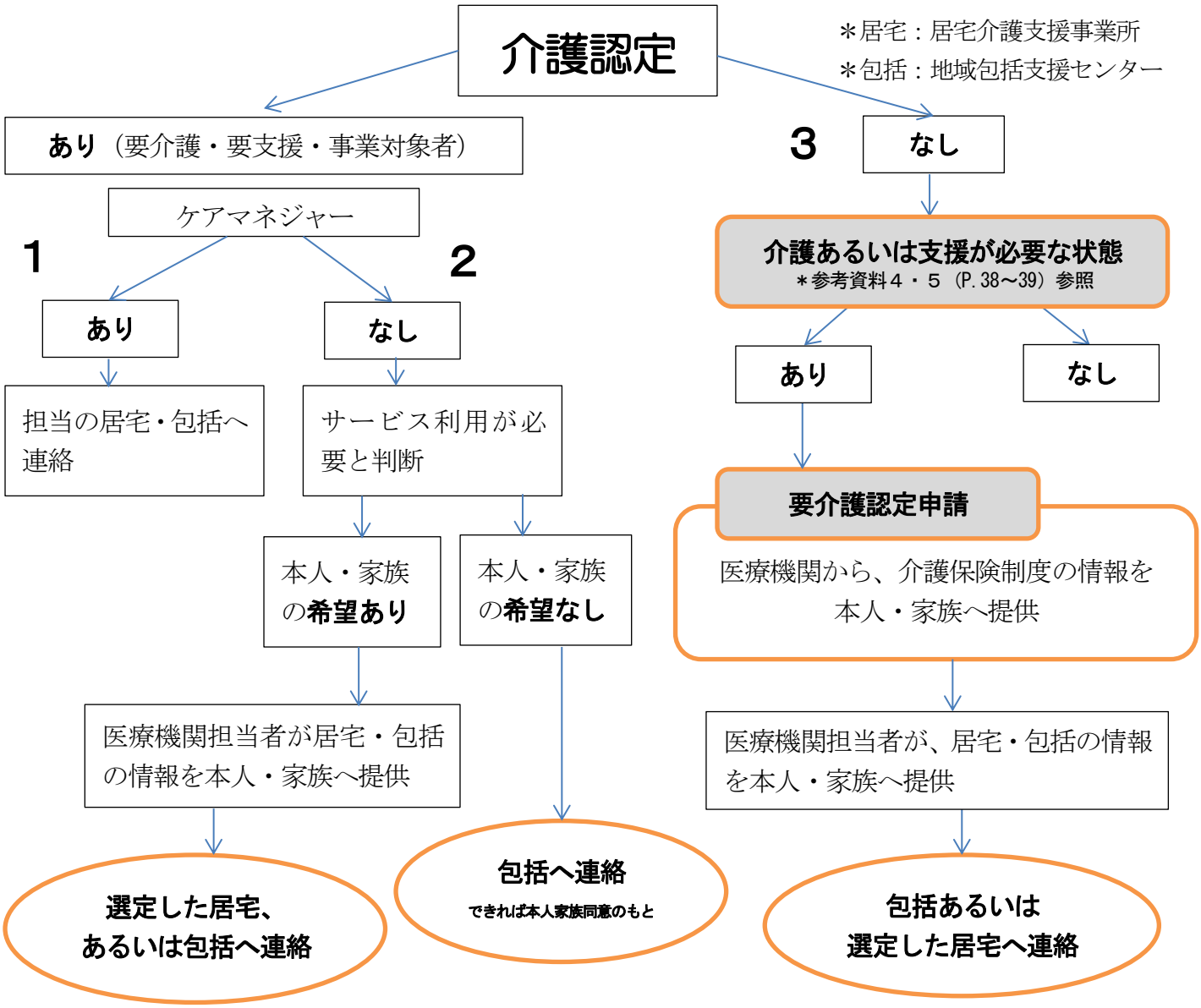


図１　介護保険の認定状況と入・退院支援フロー図

【 介護認定の確認 】

- まず、介護保険証を確認し、介護認定を受けているか否か、有効期間を確認します。
- 次に、担当のケアマネジャーが決まっているかを確認します。

1　入院前に要介護認定を受けている場合（ケアマネジャーが決まっている場合）

（1）入院の連絡（医療機関→ケアマネジャーまたは、ケアマネジャー→医療機関）

・医療機関担当者は、患者・家族に担当ケアマネジャーを確認して、担当ケアマネジャーへ入院した旨を連絡する。

・入院の事実については、早く把握した側が連絡する。

＊在宅で介護サービスを利用している場合、入院により介護サービスを直ちに停止する必要があります。

（2）入院時の情報提供

・ケアマネジャーは、原則入院した日のうちに（注１）「様式1 入院時情報提供シート」（既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）を持参もしくは郵送・FAX（注２）する。

（注１）入院日前の情報提供を含む。
　　営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院の翌日を含む。

（注２）FAX する場合は誤送信に注意する等個人情報の取扱いに留意のこと。

＊情報提供に当たっては、患者・家族の同意を得てください。

・入退院の多い患者や検査等短期入院の場合は、入院時の連絡の際に情報提供が必要であるか否かについて相互が確認し、不要な場合を除き原則、ケアマネジャーは医療機関担当者への情報提供を行う。

≪メモ：ケアマネジャーの利用者への説明義務化（平成 30 年度改正）≫
ケアマネジャーは日頃から患者・家族に、
・介護保険証と一緒にケアマネジャーの名刺等を入れておく。
・介護保険証と医療保険証をセットにしておく。
・入院等の際には連絡してほしいこと。
について、声掛けを行う。

＊医療機関担当者は、患者・家族に「ケアマネさんから名刺などもらっていないですか」等お声掛けください。

（3）退院の連絡

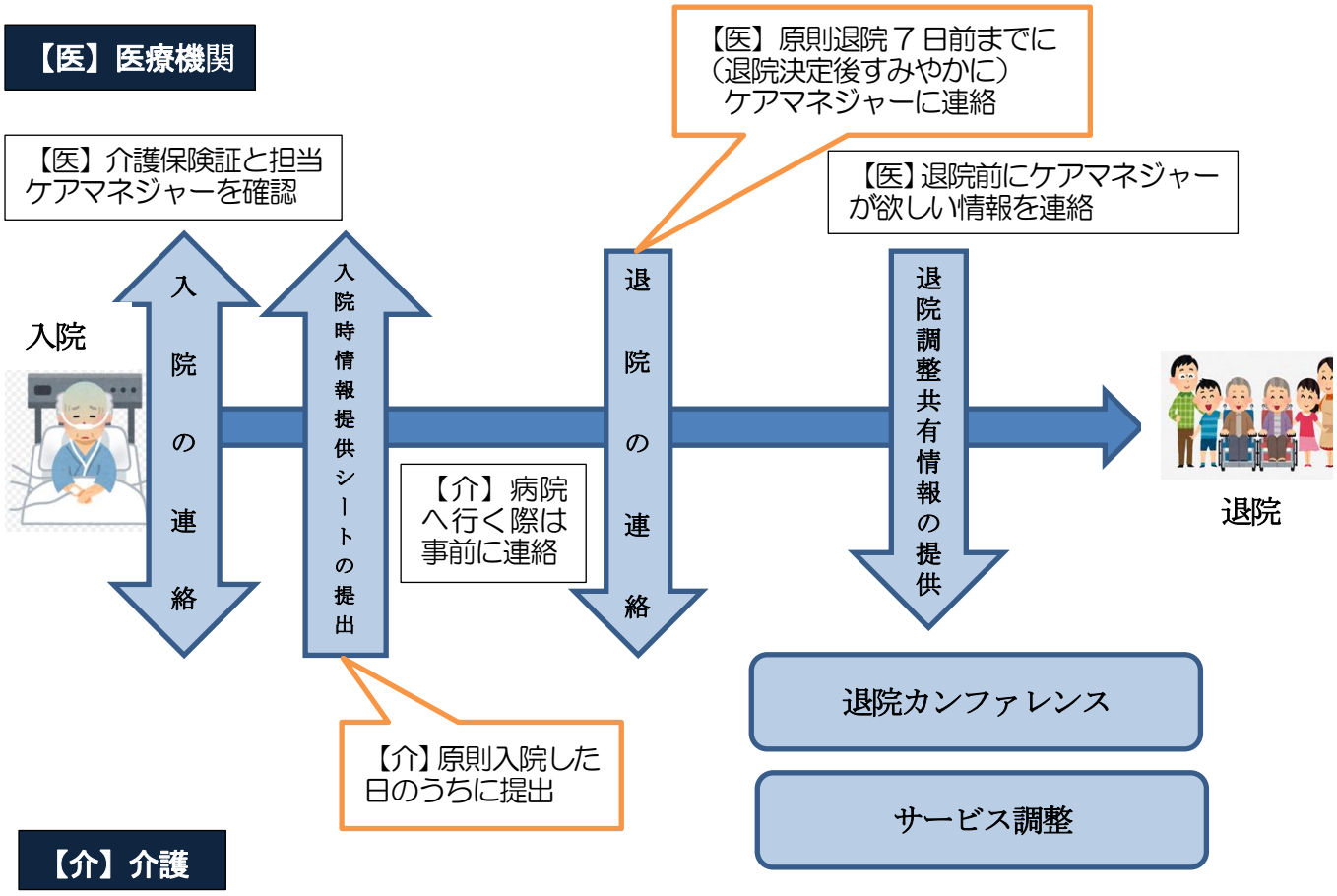
・医療機関担当者は、退院支援に必要な期間（ケアプランの修正、サービス事業所の調整等）を考慮して、患者が退院する原則７日前までに（退院が決定した場合はすみやかに）、担当ケアマネジャーに退院予定日の連絡をする。また、「様式２ 退院調整共有情報」（※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）を用いて情報を提供する。

＊転院の場合は、可能な限り「様式１入院時情報提供シート」（※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）の写し（コピー）を転院先への書類として添付をお願いします。

・退院前カンファレンス等を活用して、相互が情報を確認・共有することが望ましい。
＊住宅改修が必要な場合は、一定の期間が必要になります。
＊区分変更が必要と思われる場合は、担当ケアマネジャーと相談してください。

（４）入退院調整の流れ

１　入院前に要介護認定を受けている場合（ケアマネジャーが決まっている場合）



2　入院前に要介護認定を受けている場合（ケアマネジャーが決まっていない場合）

（※）担当ケアマネジャーはいないが、退院後に介護サービスが必要と判断した場合

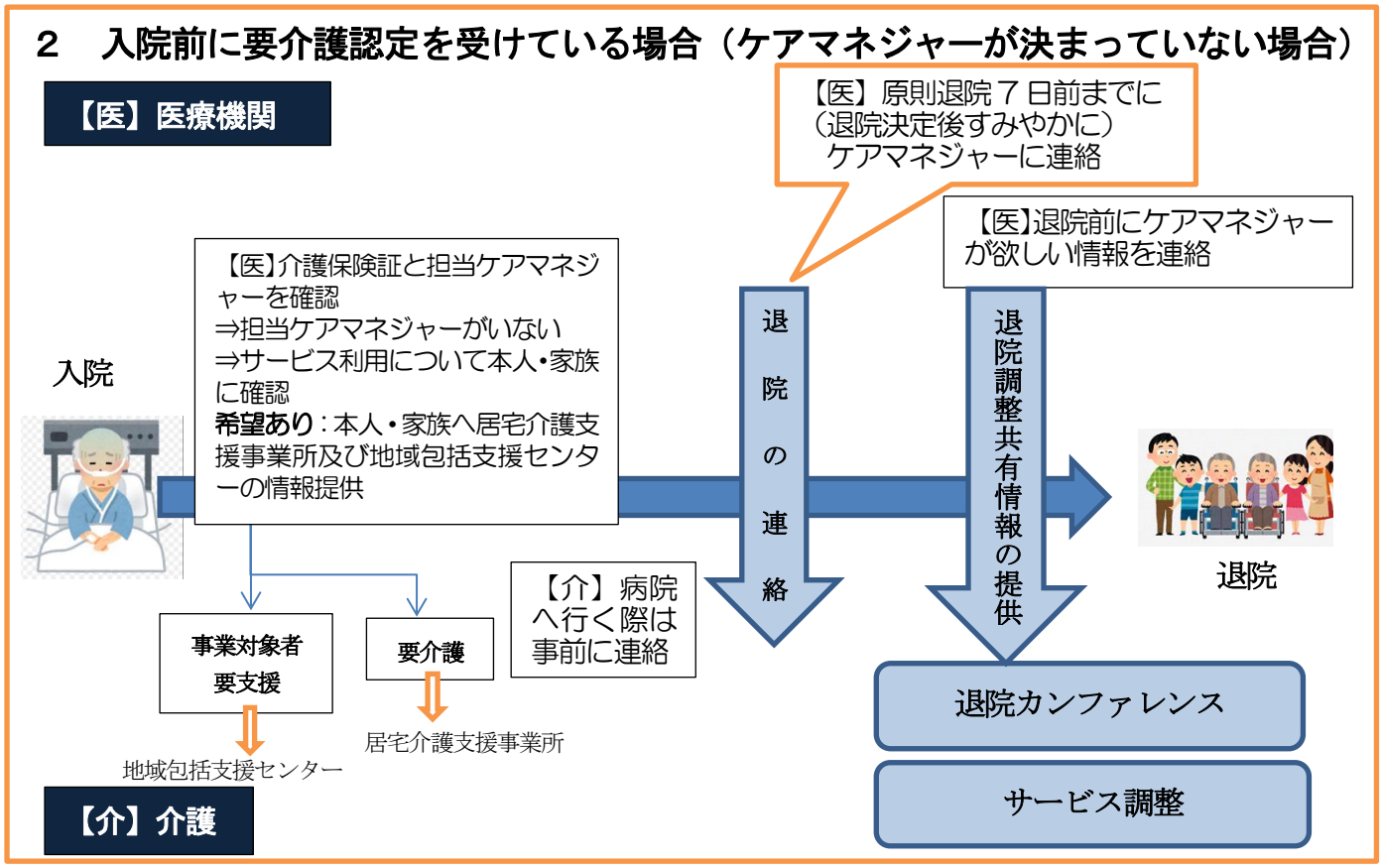
（１）介護サービスの必要性の判断と利用に当たっての支援

・医療機関担当者は、介護サービスの利用が必要であると判断した場合は、本人・家族に介護サービスについて説明する。
・本人・家族が介護サービスの利用を希望する場合は、居宅介護支援事業所または地域包括支援センターの相談窓口等の情報提供を行う。
・本人・家族が介護サービスの利用を希望しない場合は、相談窓口として地域包括支援センターを紹介し、本人・家族の同意のもと地域包括支援センターへ連絡する。

（２）退院の連絡

・医療機関担当者は、患者が退院する原則　7　日前までに（退院が決定した場合はすみやかに）、担当ケアマネジャー（上記（1）により決定したケアマネジャー）に退院予定日について連絡をする。また、「様式2 退院調整共有情報」（※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）を用いて情報を提供する。
・ケアマネジャーにとって退院時が初めての関わりになることから、退院前カンファレンス等を活用して、相互が情報を確認・共有することが望ましい。
＊住宅改修や区分変更が必要な場合は、一定の期間が必要になります。

（３）入退院調整の流れ



３　入院前に要介護認定を受けていない場合

（１）退院調整の必要性の判断

・医療機関担当者は、退院調整が必要な患者について「参考資料３　退院調整が必要な患者の基準」（P.37）を参考にし、あてはまる場合は本人・家族の意向を確認した上で、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に相談する。
・相談を受けた地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等は対応に努める。

（２）要介護認定申請等の支援

・医療機関担当者は、介護保険サービスの利用が必要な患者に対して、介護保険制度の説明や要介護認定申請等の支援を行う。
・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等は、医療機関から入院患者の介護保険の利用にかかる相談があった場合は、医療機関担当者と連携しながら支援を行う。
・市町介護保険担当者は、入院患者の要介護認定申請を受付けた場合は、認定調査を行い、退院後の円滑なサービス導入に努める。

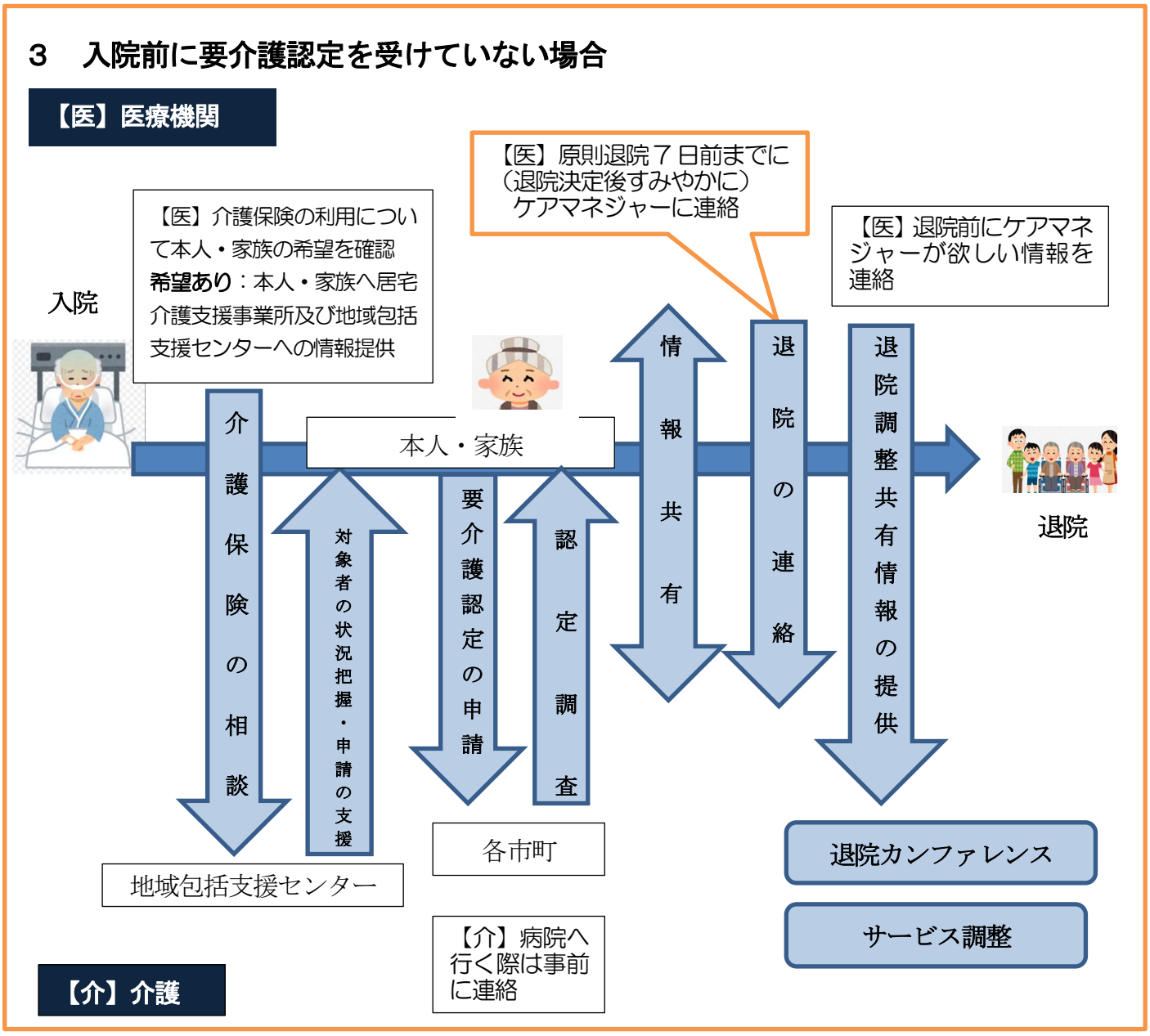
（３）担当ケアマネジャーの決定支援

・患者の希望する居宅介護支援事業所の受け入れ枠がない等、担当ケアマネジャーの選定について支援を必要とする場合、医療機関担当者は、地域包括支援センターや市町介護保険担当課に連絡する等の支援を行う。
・ケアマネジャーは、担当することが決定した場合、すみやかに医療機関担当者に連絡する。また、医療機関担当者と担当ケアマネジャーは、患者の状態や入院期間の見込み等について情報共有に努める。

（４）退院の連絡

・医療機関担当者は、患者が退院する原則　7　日前までに担当ケアマネジャー（担当ケアマネジャーが決定していない場合は地域包括支援センター等）に退院予定日について連絡をする。また、「様式2 退院調整共有情報」（※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）を用いて情報を提供する。
・ケアマネジャーにとって退院時が初めての関わりになることから、退院前カンファレンス等を活用して、相互が情報を確認・共有することが望ましい。
＊新規認定者の場合は、手続きが多いため早めの連絡が必要です。

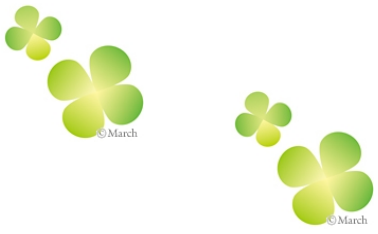
（５）退院調整の流れ


３　入院前に要介護認定を受けていない場合
【医】医療機関
【医】原則退院７日前までに（退院決定後すみやかに）ケアマネジャーに連絡
【医】介護保険の利用について本人・家族の希望を確認
希望あり：本人・家族へ居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターへの情報提供
【医】退院前にケアマネジャーが欲しい情報を連絡
入院
本人・家族
介護保険の相談
対象者の状況把握・申請の支援
要介護認定の申請
認定調査
情報共有
退院の連絡
退院調整共有情報の提供
退院
地域包括支援センター
各市町
退院カンファレンス
サービス調整
【介】病院へ行く際は事前に連絡
【介】介護

Ⅴ　運用上の留意事項

１　患者の個人情報（様式1及び様式2）を電子メール等で情報交換する場合は、各医療機関及び事業所における情報セキュリティ対策に基づき、情報の流出防止対策を十分に行うこと。

２　この「入・退院時の支援ルール」は、現に運用がなされている医療機関及び事業所等の情報提供様式等の運用ルールを妨げるものではありません。


©March
©March