

【入退院時のスムーズな連携のために】

活用マニュアル

- I. 出水地区入退院支援ルールとは
- II. 在宅から医療機関へ
入院時の情報提供（入院時連携シートの活用含む）
- III. 医療機関から在宅へ
退院時の情報提供（介護支援連携シートの活用含む）

出水地区

在宅医療・介護連携推進協議会

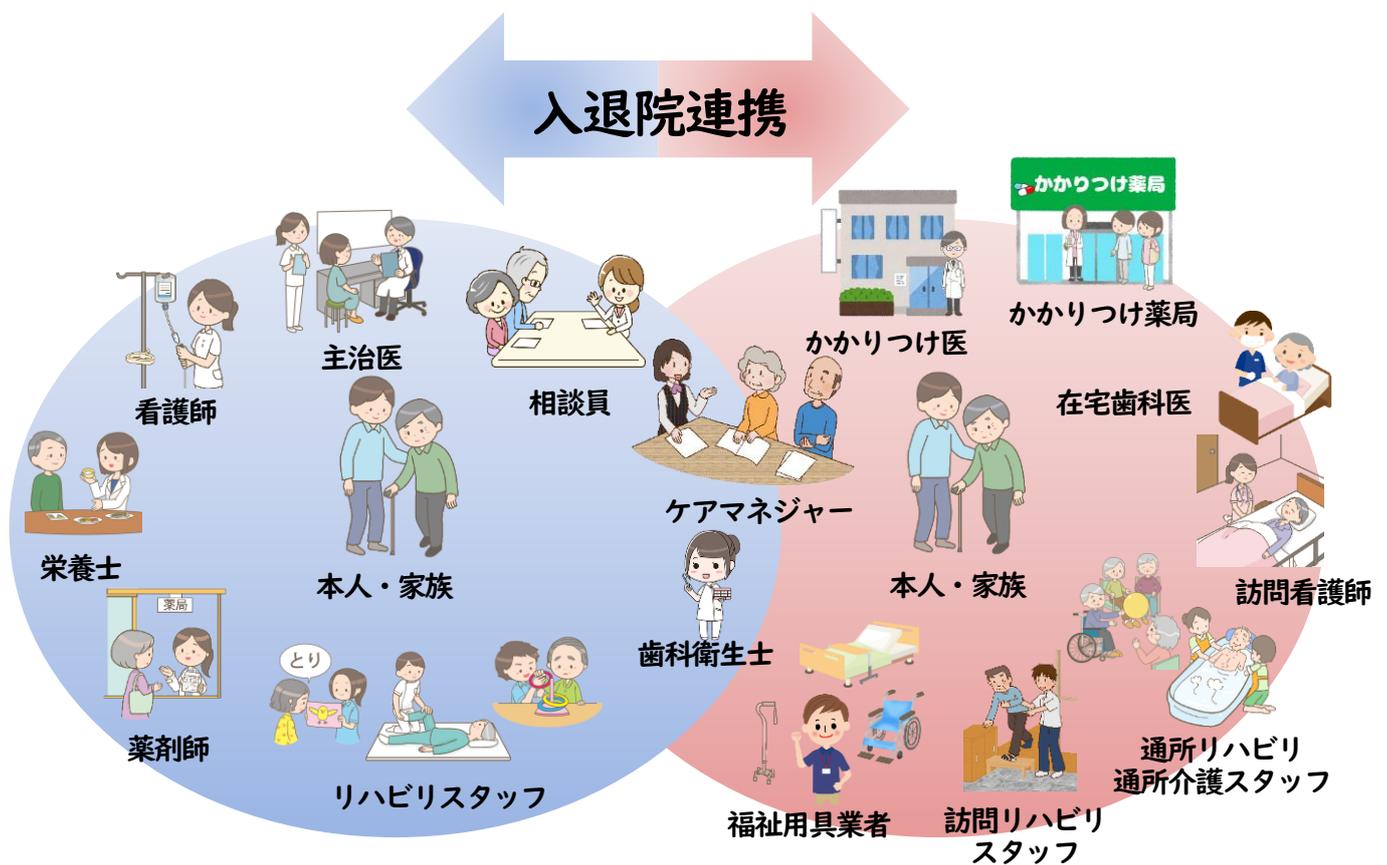
活用マニュアル利用にあたって

入退院を支援するうえで、シームレスな連携が求められています。そこで、医療・介護を必要とする患者（利用者）が安心して入退院や在宅への移行ができるよう、それに関わる多職種が活用できるルールとマニュアルを作成しました。

入退院時のスムーズな連携の目指すところ

本人や家族にとって必要な情報と地域で望む生活に関係者が共有するために「入院時情報連携シート（入院時連携シート）」、「介護支援連携シート（基本情報連携シート・退院時連携シート）」、必要な支援のものを防ぐために「簡易スクリーニングシート」を作成しました。日頃から顔の見える関係を構築し、患者（利用者）の状態に応じて退院支援カンファレンスの開催と合わせ、各シートを活用し、患者（利用者）の意向や問題認識を協議し連携を図っていくことを望んでいます。

患者（利用者）の退院後の望む暮らし・生活の質の充実を実現するため、関係者それぞれが他人事ではなく「入退院支援チームの一員」としての自覚を持ち、出水地区全体で取り組んでいきましょう。



I. 出水地区入退院支援ルールとは

1. 下記に該当する患者が退院する際に、必要とする介護サービスをもれなくスムーズに受けることができるよう、入院後の早期の段階から医療機関の退院支援担当者とケアマネジャーが情報を共有し、連携しながら退院支援を行うためのルールです。

*入退院支援がなかったために、在宅での生活や療養に困る患者や家族を1例でもなくするために作られました。

2. ルールの対象者

(1) 入院前にケアマネジャー等がいる患者（介護保険サービス等を利用している患者）

(2) 入院前にケアマネジャー等がいない患者（介護保険サービス等を利用していない、かつ病院担当者が「退院支援が必要」と判断した患者）

3. 相談員や入退院支援の担当者がいない有床診療所でも、入院時のスクリーニングを簡単に行っていただくため、[簡易版スクリーニングシート](#)を作成しました。

ご家族の情報からケアマネジャーがいることが判明した場合、ケアマネジャーに連絡をお願いします。また、スクリーニングのチェック項目に1つでも該当する場合は、地域包括支援センターにご連絡ください。

出水地区在宅支援 【 簡易スクリーニング 】

2019年7月作成

スクリーニング項目	チェック項目
1. 病状	<input type="checkbox"/> 病状によりADL低下の可能性はある
2. 家族	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯である <input type="checkbox"/> 介護力の不足が考えられる
3. 服薬管理状況	<input type="checkbox"/> 自分で管理が困難 支援者がいない
4. サービス利用	<input type="checkbox"/> 介護サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用が不明 <input type="checkbox"/> 今後サービスの必要性あり

1個以上チェックがある場合は下記を確認

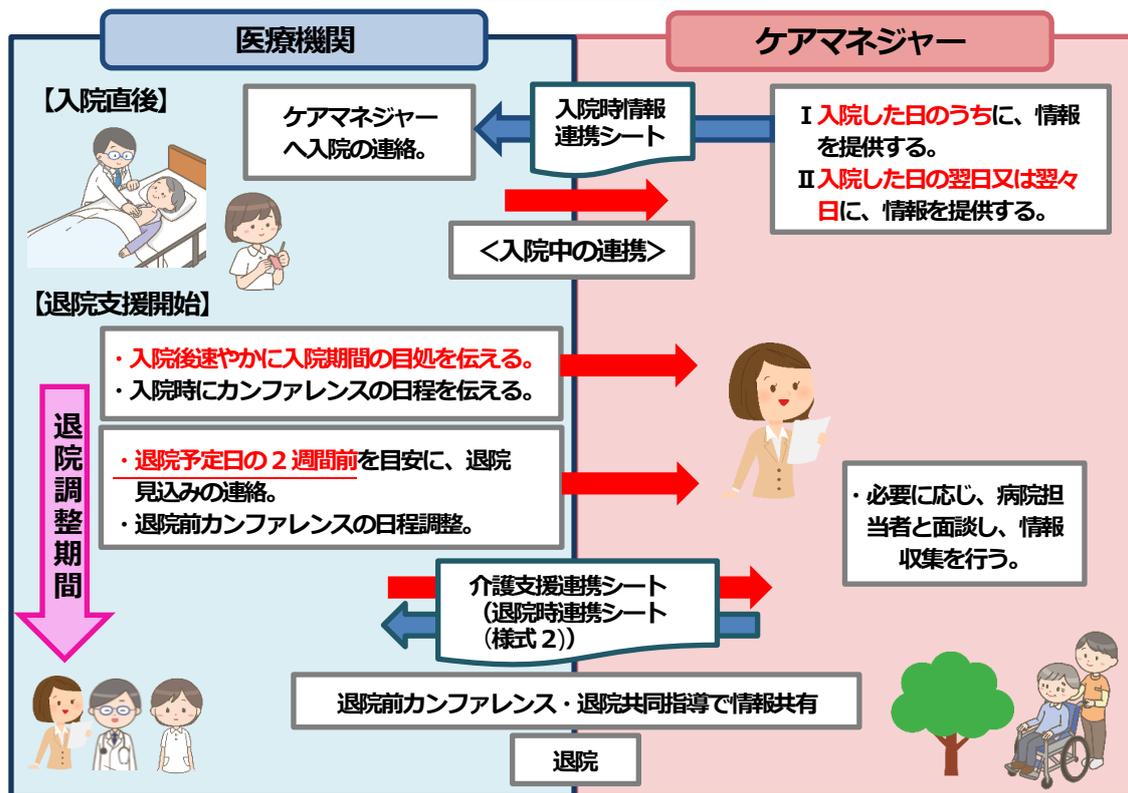
担当ケアマネジャーがいる

⇒ 担当者に連絡

担当ケアマネジャーがいない、分からない

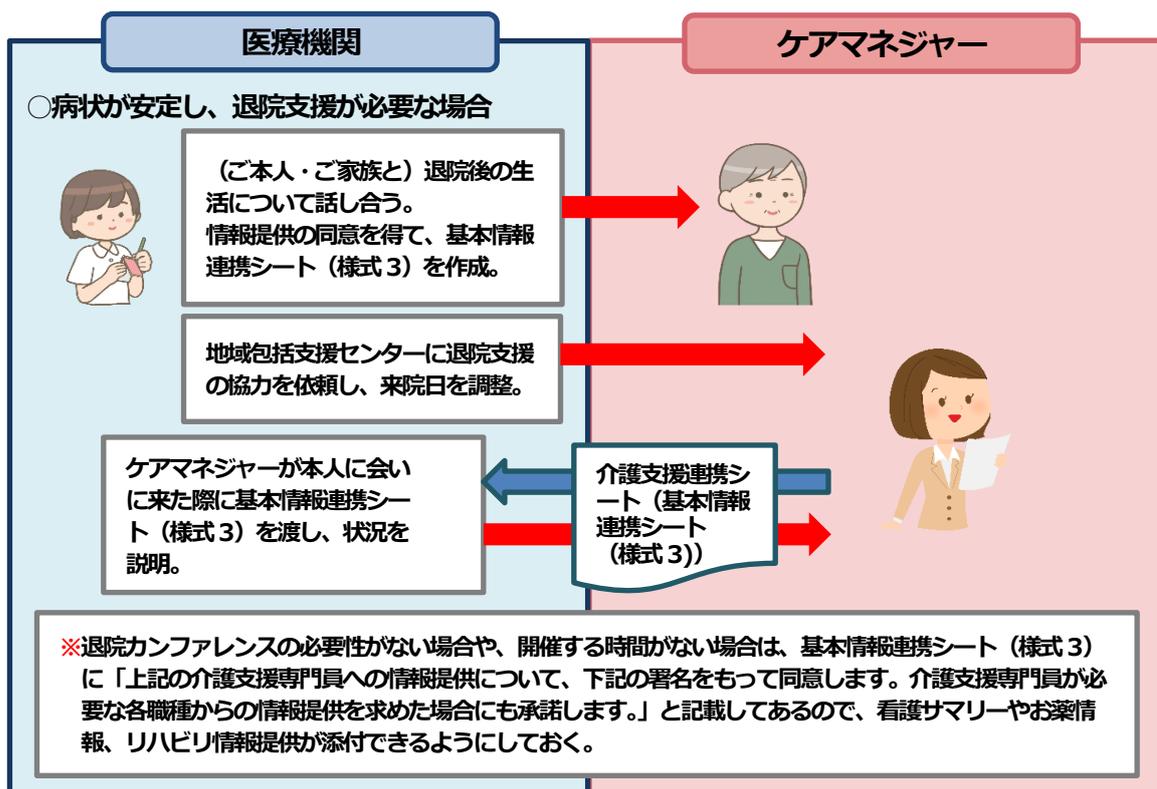
⇒ 地域包括支援センターに連絡

入院前にケアマネジャーがいる患者の場合



入院前にケアマネジャーがいない患者の場合

1. 介護保険認定を受けていない
2. 現在介護保険申請中
3. 事業対象者の認定結果、介護保険認定結果(要支援・要介護)はあるが、ケアマネジャーが決まっていない。



Ⅱ. 在宅から医療機関へ

入院時情報の提供(入院時連携シートの活用含む)

～居宅支援事業所(ケアマネジャー) ➡ 医療機関(病院・診療所等)～

1. 入院時情報提供の目的

地域で介護保険サービスを利用していた方(以下、利用者という)が入院された時、医療機関はケアマネジャーからの情報により、その人が家庭や地域においてどのように過ごしてきたのか、どのような希望や思いを持って生活を営んできたのか等を知ることができます。

2. 居宅支援事業所から入院医療機関への情報提供

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等に係る必要な情報を提供した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算します。

3. 記載時の注意点

(1)患者の状態像を捉え、その患者にとって必要な情報は何かを十分にアセスメントしたうえで、情報を提供することが大切です。

(2)医療機関側と在宅側で必要な情報は異なります。医療機関とケアマネジャーで意見交換をしたり、聞きにくいことはMCS等も活用しながら必要な情報を提供しましょう。

Ⅲ. 医療機関から在宅へ

退院時の情報提供(介護支援連携シートの活用含む)

(退院時連携シート・基本情報連携シート)

～医療機関(病院・診療所) ➡ ケアマネジャー等～

1. 退院時情報提供の目的

入院によって一時在宅生活から分断されてしまっても、その人らしい人生を過ごすために、これまで過ごしてきた生活の情報やご本人の思いについて、在宅における支援者とともに繋いでいくことは重要であり、支援者が、ご本人・ご家族の意向や問題認識を顔の見える関係で協議し、支援していくことが必要です。

病気により体や認知機能の障がいを持ったとしても、ご本人の意向と生活実態に合わせて、地域の中でその人らしく生活を再開していけるように支援していくことがこの退院支援の視点と目的であり、連携シート作成においても、医療機関の担当者がこの視点に立ち、医療機関と在宅を繋ぐコーディネーターとしてご本人・ご家族の意向を大切にしながら、担当するケアマネジャーと顔の見える連携をおこなっていただきたいと思います。

2. 介護支援連携シート(退院時連携シート・基本情報連携シート)の作成パターン

(1)退院時連携シート(様式2)

このシートを作成する場面は、退院前カンファレンスを想定しています。

退院前カンファレンスの日程が決まったら、このシートを作成します。作成後、ご本人・ご家族の同意を得て、各専門職からのサマリーや情報提供書をつけてケアマネジャーへ渡します。シートの内容説明や各専門職からの情報提供は、退院前カンファレンスで行います。

(2) 基本情報連携シート(様式3)

このシートを作成する場面は、担当のケアマネジャーがおらず、新しく担当するケアマネジャーを決める場合に、そのケアマネジャーへ情報提供を行うため使用します。

まずは、新しく担当するケアマネジャーへ電話連絡を行い、ご本人の状況を見に来ていただく日程を決めます。その日がシートを渡すタイミングです。事前にご本人やご家族に情報提供の同意を得てケアマネジャーへ渡し、経過を説明します。

3. シートの説明と作成手順

《退院時連携シート(様式2)》

「実際の退院を前に、最終的なケアプラン等作成のための指導を行う等の指導を想定したものをいう。」
(医科点数表の解釈抜粋)

(ご本人・ご家族への説明と指導)～説明した内容を記載する～

退院に向けて、ご本人・ご家族と話し合った内容について記載します。

ご本人やご家族の希望や意向に従って退院支援をおこない、どのようなサービスの導入が必要か専門職としての見地から説明を行い、その内容を記載します。

また、退院日や退院後の診療の予定・介護保険情報・必要と思われるサービス等についても記載します。

(情報提供)

退院支援担当者からケアマネジャーへ情報提供を行い、医療機関の各専門職から介護支援専門員を通して、在宅での専門職(リハビリ・訪問看護等)へ情報提供を行います。退院前カンファレンスを開催し、Face to Faceで顔を見合わせながら各専門職が情報のやり取りを行うことを想定しますが、退院前カンファレンスの実施ができないことも多くの場面で考えられます。必ずしも退院前カンファレンスの実施は必要ではなく、退院に至った経過と情報提供について、ケアマネジャーの来院時に説明できればよいです。

【手順】

- ① ケアマネジャーと共に、退院前カンファレンスの日程を調整します。
↓
- ② ケアマネジャーへ向けての情報(看護サマリー等)を医療機関の各専門職へ依頼します。
↓
- ③ 退院前カンファレンス前に、退院へ向けてのご本人・ご家族の意向や支援経過などのほか、必要な項目(氏名・入院日・病名・実施日など)を「退院時連携シート(様式2)」に記入する。
↓
- ④ 退院前カンファレンスの開催前に、ケアマネジャーへの情報提供の同意についてご本人・ご家族へ説明・署名していただき指導シート作成は終了。
↓
- ⑤ 医療機関の各専門職が作成した情報は退院前カンファレンス当日までに用意する。
↓
- ⑥ 退院前カンファレンスにおいて、各専門職からの情報提供を行い、退院日を確認し終了します。

- ↓
- ⑦ カンファレンスにて「必要な項目」への記載に変更・追加があった場合は、手書きにて追加などを行います。
- ↓
- ⑧ 退院(退院後の問合せについても情報提供を行います)。
- ↓
- ⑨ ケアマネジャーは医療機関へケアプランを提出します。

《基本情報連携シート(様式3)》※新規でケアマネジャーに依頼する場合

「入院の原因となった疾患が比較的落ち着いた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービス等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、患者がより適切な療養場所を選択することに資するもの」(医科点数表の解釈抜粋)

退院に際し、ご本人・ご家族の意向を聞き、在宅または施設サービスの利用意向があった場合、地域において利用可能なサービスについて説明し、サービス導入に向けて何をしていくか等について説明します。あくまでも、ご本人・ご家族への説明や指導となります。

様式3の書式に、ご本人・ご家族の意向と説明した内容を記載し、ケアマネジャーに対する情報提供について、ご本人・ご家族に説明し、署名により同意を得ます。

ケアマネジャーへ介護支援連携シート(基本情報連携シート(様式3))とご本人の基本情報を提供し、退院に向け介護保険認定申請手続きやケアプラン作成の依頼等を行います。

ご本人・ご家族へは介護支援連携シートの原本を渡し、ケアマネジャーにはそのコピーを渡します。また、医療機関カルテ用にコピーを行います。

【手順】

- ① ご本人・ご家族と退院後の生活について話し合います(面談)。
- ↓
- ② ケアマネジャーへ退院支援の協力を依頼し、来院日を調整します。
- ↓
- ③ 「基本情報連携シート(様式3)」の書式に、ご本人・ご家族の退院への意向や支援経過などを記載します。
- ↓
- ④ ご本人・ご家族へ情報提供の同意を得ます。
- ↓
- ⑤ ケアマネジャーがご本人に会いに来た際に様式3を渡し、現状について説明。ご本人の基本情報や支援経過について、情報提供を行います。

4. 記載時の注意点

- (1) 患者の状態像を捉え、その患者にとって必要な情報は何かを十分にアセスメントしたうえで、情報を提供しましょう。
- (2) 医療機関側と在宅側で必要な情報は異なります。ケアマネジャーにどのような情報が必要か確認しながら情報共有を図りましょう。

退院後、本人・家族の意向に沿った在宅生活を支援するためには、入退院時だけでなく、日頃から主治医をはじめとする医療関係機関と、介護支援関係機関が連携を重ねていくことが重要です。出水地区で生活する方々が、尊厳を持って自分らしい生活を続けていけるよう、医療と介護の連携の構築に取り組んでいきましょう。



参考書籍

平成30年4月版 介護報酬の解釈 (社会保険研究所)
平成30年4月版 医科点数表の解釈 (社会保険研究所)
令和2年4月版 医科点数表の解釈 (社会保険研究所)
改定2021年度版 介護報酬ハンドブック (シルバー産業新聞社)
改定2024年度版 介護報酬ハンドブック (シルバー産業新聞社)

作成日 : 2015年 4月
改訂日 : 2019年 12月
改定日 : 2021年 9月
改定日 : 2024年 10月