

福井県「入退院支援ルール」

福井健康福祉センター管内（福井市・永平寺町） 病院と介護の連携手順

平成28年 4月
（最終改定 平成30年4月）

「入退院に係る病院と介護の連携ルール検討会」

目 次

A 入院前にケアマネがいる(介護保険サービスを利用している)場合

1	ふだんからの準備	.....	1
2	入院時の連絡	.....	2
3	退院前の連絡・カンファレンスの実施	.....	2
4	退院後の情報提供	.....	4
5	転院時の連絡	.....	4

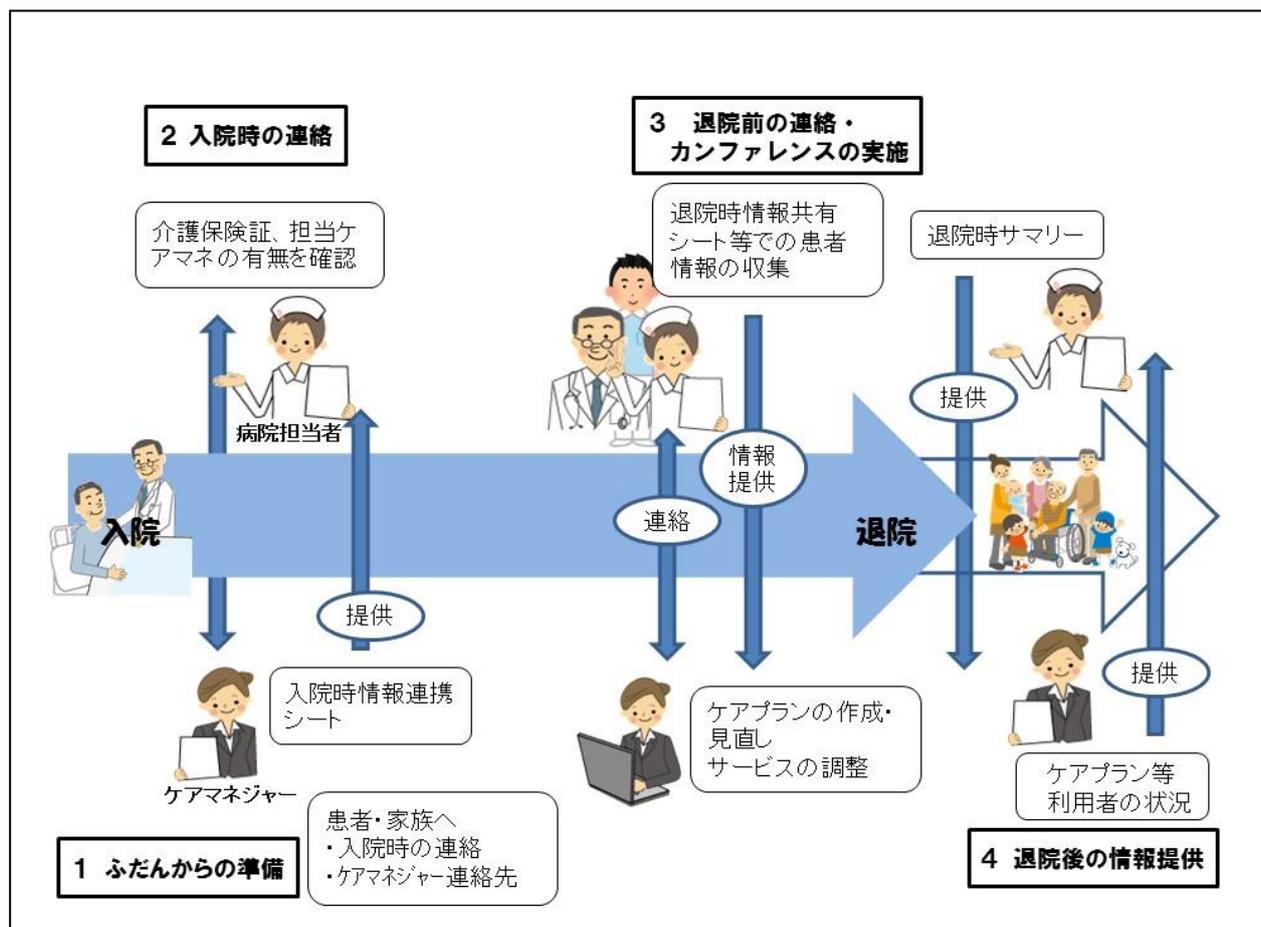
B 入院前にケアマネがいない(介護保険サービスを利用していない)場合

1	介護保険申請の支援	.....	5
	(1) 65歳以上の患者	.....	5
	(2) 40歳以上65歳未満の患者	.....	6
2	ケアマネジャーの決定	.....	7
	以降「A入院前にケアマネがいる場合」の3、4と同じ		

<資料>

[参考]	入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬	.....	8
[参考様式1]	入院時情報連携シート	.....	9
[参考様式2]	退院時情報共有シート	.....	10
[資料1]	管内病院・有床診療所の連絡窓口一覧	.....	11
[資料2]	管内居宅介護支援事業所一覧	.....	15
[資料3]	管内小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護事業所一覧	.....	17
[資料4]	管内地域包括支援センター一覧	.....	18
[資料5]	管内市町介護保険担当部署一覧	.....	18

A 入院前にケアマネがいる(介護保険サービスを利用している)場合



1 ふだんからの準備

◇ 担当者同士でふだんから連絡を取り合きましょう

病院の看護師、地域医療連携室の連携担当者等（以下 病院担当者）、および地域包括支援センター・居宅介護支援事業所のケアマネジャー（以下 ケアマネジャー）は、担当する要介護者および要支援者（以下 利用者）の入退院に際して協力し合い、お互いに顔が見える関係を構築しておく。

◇ 担当ケアマネが分かるようにしておきましょう

ケアマネジャーは、担当する利用者・家族に対し、ふだんから診察券・健康保険証・介護保険証・服薬手帳・ケアマネジャーの氏名と連絡先を記した名刺等を一つにまとめておくよう指導する。そうしておけば、利用者が急に入院した場合でも、担当ケアマネが誰であるのかすぐに分かる。

◇ ケアマネは利用者の入院を知ったらすぐに病院に連絡しましょう

ケアマネジャーは、利用者の入院が決まったら、ケアマネジャーに知らせてくれるよう、利用者・家族および介護サービス事業所に依頼しておく。そうすれば、遅滞なく「入院時情報連携シート」（参考様式1）を入院先の病院へ届けることができる。

また、ケアマネジャーが利用者の入院予定の情報を得た場合は、その時点で「入院時情報連携シート」（参考様式1）を記載し、入院時に利用者・家族が持参できるように準備しておく。

2 入院時の連絡

◇ 病院はすみやかにケアマネへ連絡しましょう

病院担当者は、患者の介護保険サービス利用の有無とケアマネジャーの連絡先を確認して、利用者が入院した旨連絡する。

認知症独居高齢者などケアマネジャーの有無等が不明の場合には住所地の介護保険担当部署に問い合わせてください。

◇ ケアマネジャーは「入院時情報連携シート」を提出しましょう

担当する利用者が入院したことを知ったケアマネジャーは、すみやかに入院医療機関の窓口へ連絡を入れる。また、「入院時情報連携シート」（参考様式1）を記入し、病院が指定する窓口へ持参またはFAX送信する。なお個人情報を塗りつぶしてFAX送信する場合には、送付票に担当者名を明記する。

ケアマネジャーが、病院へ情報連携シートを持参する時または病棟を訪問する時は、必ずあらかじめ病院担当者へ連絡する。【参照：管内病院・診療所の連絡窓口一覧】窓口一覧の最新版は随時HP上に掲載されているので確認してください。

【参考】 「入院時情報連携シート」に替わるもの

ケアマネジャーの所属で、すでに入院情報提供様式を決めてある場合は、その様式を使用してもらえばよい。

決まった様式がない場合は、なるべくこの『手順』に添付した「入院時情報連携シート」を使用する。

【参考】 「入院時情報連携シート」の提供を省略できる場合

- (例)
- ・ 検査のための入院、白内障等の治療による短期入院（概ね1週間以内）で、状態が変化する可能性が低い場合
 - ・ 化学療法等の治療のため計画的に入退院を繰り返す場合
 - ・ 退院後間もなくして再入院となった場合

3 退院前の連絡・カンファレンスの実施

◇ 退院の見込みを連絡しましょう

病院担当者は、ケアマネジャーが患者のケアプランの作成・見直しや退院後に必要なサービスの調整ができるよう、治療方針や入院期間の見通しが立ったら、患者を担当しているケアマネジャーに電話連絡する。

ケアマネジャーが退院の見込みを確認したい場合は、病院担当者に問い合わせる。
“2 入院時の連絡”のため、ケアマネジャーが「入院時情報連携シート」（参考様式1）を持参した時点で退院の見通しをすでに伝えてある場合は、この連絡はしなくてもよい。

◇ 患者情報を提供しましょう

病院担当者は、退院後にどんな看護・薬剤管理・リハビリ・栄養等の在宅サービスが必要となるかケアマネジャーに提供して、ケアプラン修正の参考にしてもらう。

ケアマネジャーが必要とする情報内容は「退院時情報共有シート」（参考様式2）に列挙してあるので、病院担当者は、これらの情報をあらかじめ院内の関係者から収集しておく。

この種の様式に病院担当者が記入して、文書の形でケアマネジャーに提供することが望ましいが、そのようにできない場合は、ケアマネジャーの側から「退院時情報共有シート」に基づいて情報を聞き取る。

【参考】 情報収集様式

医療機関ですでに退院時情報提供様式を決めてある場合は、その様式を使用してもらえばよい。決まった様式がない場合は、なるべくこの『手順』に添付した「退院支援共有情報シート」を使用する。

◇ 退院前カンファレンスの実施について検討しましょう

病院担当者からケアマネジャーへの情報提供は、ケアプランの修正、サービス事業所との調整等、退院支援に必要な期間を考慮して十分な余裕をもって行う必要がある。

文書を郵送・FAX送信したり、電話をかけたりにすることで情報提供することもできるが、伝えられる情報密度には限界がある。必要に応じてカンファレンスを実施して、相互に情報を交換するとよい。

一度カンファレンスを実施後、退院するまでに患者を取り巻く状況が大きく変化すれば、再度のカンファレンス等が必要となる場合がある。退院前カンファレンスとしては、1回の入院中に2回までの開催について加算が認められる。

カンファレンスだけでは不十分で、退院後に追加すべき在宅サービスに関して、多職種が一堂に会して研修を受ける必要が生じるかもしれない。そういった場合は、関係者間で日程等の調整を行う。

◇ 「退院時サマリー」を提供しましょう

病院担当者は、患者の退院時にケアマネジャーへ「退院時サマリー」を提供して、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・服薬内容等の引継ぎを行う。

家族に渡す場合は、すみやかにケアマネジャーに渡すよう依頼するとともに、ケアマネジャーにもその旨伝えておく。

「退院時サマリー」の取扱いは、各医療機関のルールに基づき実施すればよい。

4 退院後の情報提供

◇ 在宅に戻ってからの患者の状況を知らせましょう

ケアマネジャーは、退院後の利用者の状況（ケアの継続状況、生活状況等）について、ケアプランの写し等の形で、病院担当者に提供する。

このような情報還元を繰り返すことによって、ケアマネジャーは病院担当者と顔の見える関係を築いて、維持することができる。ふだんからの担当者同士の緊密な関係が、次の利用者の入退院支援をスムーズに行う下地となる

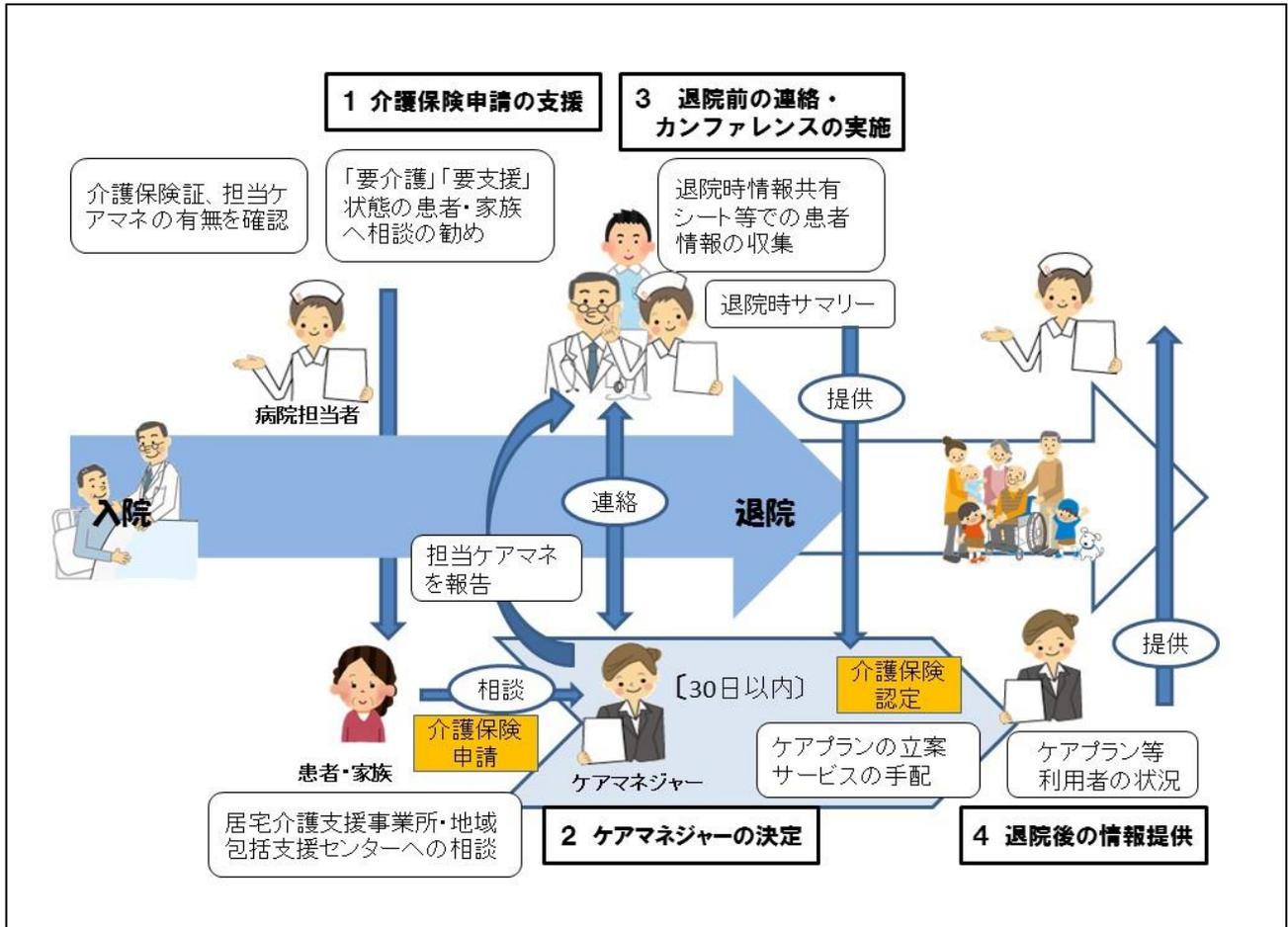
5 転院時の連絡

◇ 入院中の患者が転院するときは転院先に連絡しましょう

病院担当者は、入院中の患者が転院することが決まったら、すみやかに転院先の医療機関に、患者には担当のケアマネがいることを知らせる。

転院先の医療機関から求めがあれば、ケアマネジャーはすみやかに情報提供シート（コピーでも可）を病院が指定する窓口へ持参またはFAX送信する。なお個人情報塗りを塗りつぶしてFAX送信する場合には、送付票に担当者名を明記する。

B 入院前にケアマネがない(介護保険サービスを利用していない)場合



1 介護保険申請の支援

(1) 65歳以上の患者

◇「要介護」の場合は居宅介護支援事業所へ

「要介護」状態にあると思われる患者を認めた病院担当者は、契約を希望する居宅介護支援事業所へ介護保険被保険者証を持参して、介護保険申請を相談するよう患者・家族に勧める。

居宅介護支援事業所へ出向くことが困難な場合は、患者・家族から、居宅介護支援事業所職員に訪問してもらえないか、相談するよう勧める。

【参照：管内地域包括支援センター・居宅介護支援事業所一覧】

◇「要支援」の場合は地域包括支援センターへ

「要支援」状態にあると思われる患者を認めた病院担当者は、住所地の地域包括支援センターへ介護保険被保険者証を持参して、介護保険申請を相談するよう患者・家族に勧める。【参照：管内地域包括支援センター・居宅介護支援事業所一覧】

※介護保険の申請を勧める際には、病状が安定してから申請を勧める。

◇ 状態の判断に迷う場合は地域包括支援センターへ

「要介護」か「要支援」か判断に迷う場合は、「要支援」状態の場合と同様に、住所地の地域包括支援センターへ相談するよう勧める。

【参考】 介護保険申請の目安

要介護

- ① 立ち上がりや歩行などに介護が必要な方
- ② 食事に介助が必要な方
- ③ 排泄に常時介助や見守りが必要な方
- ④ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下があり、解除が必要な方

要支援

- ① 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周辺動作に介助が必要な方
- ② 放っておくと、介助が必要な状態になる恐れのある方

(2) 40歳以上 65歳未満の患者

◇ 介護保険の対象となる特定の疾病であるか確認しましょう

【参考】 介護保険の対象となる特定疾病

- 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およびパーキンソン病
- 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、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
- 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 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

◇ 介護保険対象疾病の患者の介護保険申請先

病院担当者は、患者が介護保険の対象となる特定の疾病で、「要介護」状態の場合は居宅介護支援事業所へ、「要支援」状態または状態の判断に迷う場合は住所地の地域包括支援センターへ、医療保険証を持参して介護保険申請の相談をするよう、患者・家族に勧める。

【参照：管内地域包括支援センター・居宅介護支援事業所一覧】

2 ケアマネジャーの決定

◇ 担当となったケアマネは連絡を入れましょう

入院患者の担当になることが決まったケアマネジャーは、すみやかに入院医療機関の窓口へ連絡を入れ、患者、病院担当者等と面談を行う。

以降の流れは「A 入院前にケアマネがいる場合」の3、4と同様

< [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」が始まったことにもない、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、要支援になるおそれのある人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・家族等には、介護保険窓口または地域包括支援センターに相談するよう助言してください。

[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ください。