

羽咋市医療・介護連携ブック

Vol.1



令和5年度

羽咋市在宅医療・介護連携推進協議会

目次

1	目的	1
2	入退院調整が必要な患者の基準	2
3	入退院調整のルールと取り組み	3
(1)	ルール1	3
(2)	ルール2	4
(3)	ルール3	5
(4)	ルール4	6
(5)	ルール5	7
(6)	ルール6	8
4	入退院時連携の取組フローチャート	9
5	様式集	
	羽咋市医療と介護の連携シート	
	様式1 羽咋市医療と介護の連携シート (在宅・施設⇒入院先医療・その他事業所)	
	1-1 基本情報	
	1-2 看護情報・リハビリテーション情報	
	1-3 介護サービス事業所情報(訪問介護・通所介護等)	
	1-4 羽咋市医療と介護の連携シート 活用フロー	
	1-5 事業所一覧	
	様式2 羽咋市医療と介護の連携シート(入院先医療機関⇒在宅)	
	様式3 羽咋市多職種連絡票(地域⇒関係機関)	
	資料① ケアマネジャー連絡先用紙	
	参考① トレーシングレポート(石川県薬剤師会使用連携シート)	
	参考② わたしのきもち	
	参考③ エコマップ	
6	関係機関一覧	
	医療機関(羽咋郡市、近郊病院・主な病院)、歯科医院(羽咋郡市)	
	調剤薬局(羽咋郡市)、居宅介護支援事業所(市内ケアマネ事業所)	
	訪問看護事業所(市内)、介護サービス事業所[訪問看護除く](市内)	

はじめに

羽咋市では、住民が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステムの構築」に取り組んでいます。

羽咋市在宅医療・介護連携推進協議会では、関係機関の多職種と共に在宅医療と介護の連携を推進するためのツールとして、平成 28 年度に「羽咋市入退院支援ルールブック」を作成しました。その後、活用状況調査を行い、その結果に基づき、協議会で検討を重ね、令和 5 年度に名称及び内容を見直し「羽咋市医療・介護連携ブック」に改めました。

住民の生活を支援するために、医療・介護に携わる方々にご活用いただければ幸いです。

1 目的

介護を要する状態の患者が入院する際に、ケアマネジャーや介護サービス事業所と病院間で在宅時の状況や入院時点での情報を伝えるため、また患者が退院する際に、病院からケアマネジャー等に確実に引き継ぐための情報共有を目的としています。

羽咋市医療と介護の連携シートを活用することで、情報共有をスムーズにし、円滑な在宅等利用者の生活の場への移行を図ります。

2 入退院調整が必要な患者の基準（診療報酬上の基準）

- (1) 悪性腫瘍、認知症または誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- (2) 緊急入院であること
- (3) 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（65歳以上の者、および特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者に限る）
- (4) 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- (5) 生活困窮者であること
- (6) 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の見直しが必要であること（必要と推測されること）
- (7) 排泄に介助を要すること
- (8) 同居者の有無にかかわらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- (9) 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと
- (10) 入退院を繰り返していること
- (11) 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となる事が見込まれること
- (12) 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童であること
- (13) 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- (14) その他患者の状況から判断して（1）から（13）までに準ずると認められる場合

3 入退院調整のルールと取り組み

(1) ルール1 日頃から基本的な情報把握及び共有を行いましょう

【ケアマネジャー、医療機関】

- 介護支援事業所及び医療機関は、利用者（患者）・家族の緊急連絡先を把握しておく。
- 介護支援事業所は、かかりつけ医に、担当ケアマネジャーの連絡先を伝えておく。
- 本人、家族、地域の支援者と入退院時の連絡先を共有しておく。
 - 【参考】資料① ケアマネジャー連絡先用紙
- 看取りに関する本人・家族の意向を把握しておく。
 - 【参考】資料② わたしのきもち

(2) ルール2 利用者（患者）の入院に伴う早期の情報共有をしましょう

【ケアマネジャー】

- 入院の事実を把握した場合は、病院に担当者であることを連絡する。
- 利用者が入院したら、できるだけ7日以内に、病院訪問を原則として入院時情報を提供する。
 - [【参考】関係機関一覧](#)
 - [【参考】様式1 羽咋市医療と介護の連携シート](#)
(在宅・施設⇒入院先医療・その他事業所)
 - 事前に電話等でアポイントメントを取り、訪問またはFAXする。
- FAXでの情報提供は、誤送信がないよう、個人情報の取り扱いに十分注意する。
- 早急に連絡する事項がある場合は、電話などで速やかに伝える。(例：認知症、感染症に関すること)

【病院】

- 入退院調整の担当窓口がわかるようにしておく。
- 本人、家族から介護サービスの利用状況を聞き取る。
- 患者（利用者）が入院し、担当ケアマネジャーを把握した場合は、電話などで速やかに連絡する。
 - [【参考】関係機関一覧](#)
- 担当ケアマネジャーと面談を行い、入院前の状況をふまえた適切な退院支援についての情報共有を行う。
- かかりつけ医及びかかりつけ薬局を確認する。
- 歯科医師との連携が必要な場合には、本人、家族に承諾後連絡調整を行う。

(3) ルール3 入院診療計画の情報共有を行いましょう

病院が入院初期段階における入院診療計画を伝えることにより、ケアマネジャーは、退院支援に必要な期間を把握することができます。

これにより、ケアプランの修正やサービス事業所との調整等今後の見通しがつき、ケアマネジメントを進めることができます。

【ケアマネジャー】

- 病院担当者と面談を行い、後の退院支援について必要な情報を聴き取る。
- 入院期間がひと月以上にわたる場合は、必要に応じて病院訪問や電話などで利用者の状況を確認する。

【病院】

- ケアマネジャーに対し、入院診療計画書を参考に、退院までの大まかなスケジュールなど見込みを伝える。
- 入院診療計画書などの変更があった場合は、速やかにケアマネジャーほか関係者に連絡する。
- ケアマネジャーへの退院支援に向けた情報共有に協力する。
- 中間カンファレンス、退院前カンファレンスを開催するなど、退院後の支援体制調整に協力する。
- 退院後の本人の生活環境に配慮し、リハビリテーション部署との連絡調整を行い、必要に応じてリハビリテーションに関する情報提供を得る。

(4) ルール4 退院後に介護支援事業所との契約が必要となる場合の支援

【ケアマネジャー】

- 病院から連絡を受けた後、速やかに病院を訪問する。
- 本人・家族及び病院担当者との面談を行い、後の退院支援について相談するとともに、必要な情報を聴き取る。
- 病院等から得た情報により、退院に向けた支援体制の調整を図る。
- ケアプランの情報提供を行う。

【病院】

- 退院後の生活を推測し、介護サービス等公的制度の必要性について見極める。
- 介護認定手続きが必要な場合は、本人、家族に介護保険サービス利用の必要性と手続きの説明を行う。
- 本人、家族及びケアマネジャーとの面談の機会を設ける。
- 退院後の生活支援に関わる関係者と、情報共有及び面談できる機会を設ける。
- 退院後、適切な時期から確実に必要なケアを受けられるように連絡調整する。

○ 退院後に介護保険サービス・総合事業の提供が必要と思われる患者で、介護認定を受けていない、又は担当のケアマネジャーが決まっていない場合は、医療機関から地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所に連絡しましょう。

(6) ルール5 退院カンファレンスの調整

【ケアマネジャー】

- 退院前カンファレンスに参加し、情報収集及び情報交換を行う。
- 入院時や随時の情報提供により、退院前カンファレンスの時期を予測し、必要に応じて病院に開催予定を確認する。
- 退院前カンファレンスの開催予定がない場合でも、必要性がある場合には、その目的を的確に伝え、調整を依頼する。

【病院】

- 退院前カンファレンスの日程を早めに連絡する。
- 退院前カンファレンスの予定がない場合でも、ケアマネジャーから退院に向けた話し合いの機会設定を依頼された場合は協力をする。
- 必要なサービスが想定される場合、事前にケアマネジャーと打ち合わせを行う。
- 薬剤管理支援が想定される場合は、病院薬剤師や調剤薬局の薬剤師が退院前カンファレンスに参加できるよう調整する。
- 退院後の支援における、リハビリテーションや栄養に関する助言指導の必要性がある場合には、退院前カンファレンスへの担当者の参加調整を行う。

○「退院前カンファレンス」には、次のような目的があります。

- ① 今後の計画を立て、協働して実行するための役割分担をする。
- ② ケアマネジャーが、ケアプラン作成・修正に必要な情報を得る場とする。
- ③ 本人、家族、多職種を交えた在宅での医療・看護・リハビリなどのサービスとの引き継ぎの機会となる。
- ④ 入院中の担当医師が、在宅医療を担う医師・看護師・歯科医師・薬剤師等およびケアマネジャーと共同して、本人や家族への助言指導を行う場となる。

※ 上記①～③は、診療報酬及び介護報酬加算の対象となります。(詳細は最新の報酬通知を参照してください。)

(7) ルール6 退院に向けた情報共有と連携

【ケアマネジャー】

- 入院診療計画などで把握した退院予定日より、病院に退院日の確認をする。
- 必要に応じて、情報提供を依頼する。
 - 【参考】様式2 羽咋市医療と介護の連携シート
(入院先病院⇒在宅)

【病院】

- 退院日が予定されたら、速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。
- 診療計画の変更があれば、速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。
- 必要に応じて、本人の生活の場に戻った場合の療養の留意点等の情報提供を行う。
 - 【参考】様式2 羽咋市医療と介護の連携シート
(入院先病院⇒在宅)

- 病院担当者及びケアマネジャーは、なるべく早く連絡を取り合い、本人の退院後の生活支援に向けた情報共有をしましょう。
- お互いに連絡を取り合うことにより、ケアマネジャーへの退院直前の連絡や、ケアマネジャーが知らない間に退院していた、ということを防ぐことができます。

