

宇城市入退院連携マニュアル

【在宅医療・介護連携推進事業】



全国的にも高齢化が進むなかで、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要となっています。

宇城市では、それらの関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、県の支援のもと、市が中心となって、医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進するために、「在宅医療・介護連携推進事業」を展開していきます。

本マニュアルは、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、市民が医療機関に入院する際や退院して自宅に戻る際に、医療と介護が切れ目なく一体的に提供されることで、入院から退院後の生活や療養を支えることを目的に、医療・介護の関係機関が確実に情報を共有するためのツールとして作成しました。

平成29年 5月18日作成

宇 城 市
宇城市地域包括支援センター

1. 入退院時における連携

①入院時

介護支援専門員や施設連携担当者（以下、「介護支援専門員等」という。）は、利用者が入院した場合は速やかに、医療機関に担当介護支援専門員等であることを伝え、入院から1週間以内に利用者情報を提供する。

万が一、利用者が入院していることを把握することが遅れた場合は、把握次第速やかに医療機関に連絡する。

医療機関は、患者が入院し、担当介護支援専門員等の把握ができた場合は、速やかに担当介護支援専門員等に入院していることを連絡する。

②入院中（退院前、転院前）

医療機関は、退院及び転院を目的とする退院前カンファレンスや転院調整に関する打ち合わせには、医療・介護関係者が参加できるように調整する。

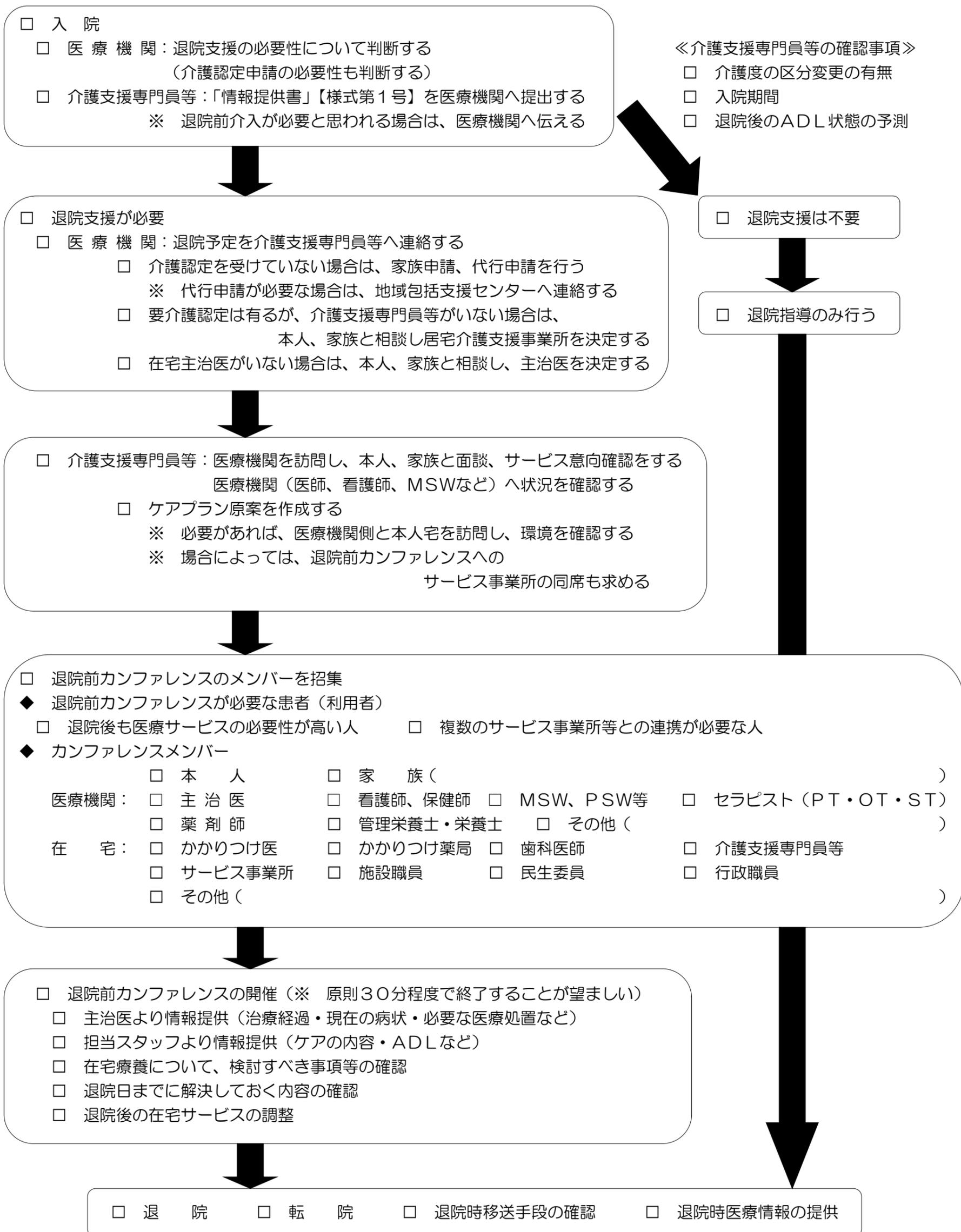
また、退院前の環境確認等のための自宅訪問も同様とする。

③退院後

介護支援専門員等は、退院後の利用者の情報として、身体状況の変化や入院中に医療・介護関係者で検討し、退院後導入したサービスなどがわかるように医療機関へ報告する。

また、退院後に急激な変化があった場合なども医療機関への情報提供を行うようにする。

2. 入退院時連携フローチャート及びチェックシート



3. 医療機関、介護保険事業所の具体的な行動

①入院後（1週間以内）

介護支援専門員等

- ・利用者が入院したとき、「情報提供書」【様式第1号】を医療機関の連携担当者へ提出する。
※ その他、情報提供書に書ききれない補足情報は口頭で伝える。
- ・入院前にサービスを利用していた場合は、サービス事業所へ入院したことを伝え、サービスを一旦中止する。

医療機関

- ・アセスメントを行い、病棟内で退院支援が必要かどうかを判断する。
- ・介護認定を受けているか、担当介護支援専門員がいるか等の情報収集を行う。
※ この時点で居宅介護支援事業所や介護支援専門員等がわからない場合は、地域包括支援センターへ問い合わせる。
- ・病状や入院期間、退院後の生活（在宅生活が可能かどうか）について、その時点で可能な範囲で介護支援専門員等に伝える。

②退院支援が必要と判断したとき

医療機関

- ・病棟で退院支援が必要と判断したら、医療ソーシャルワーカーや精神保健福祉士、医療機関の連携担当者へつなぎ、退院支援を行う。
- ・担当介護支援専門員等へ連絡し、退院前カンファレンス開催の意向を伝える。
- ・介護支援専門員等がない場合、在宅支援が必要と考えられる場合は、介護認定申請や区分変更申請が必要かどうかの確認を行う。
※ 介護認定がない場合、サービス利用意思があり、申請が必要であれば、家族に代行申請してもらうか、若しくは地域包括支援センターへ代行申請の依頼をする。

介護支援専門員等

- ・退院前カンファレンス前に病棟担当看護師等や本人との面談、状況把握を済ませておく。
- ・家族の意向なども聞いておく。
- ・必要時は、自宅訪問を行い、住環境の確認を行う。
- ・退院後必要なサービスを確認し、事業所の調整をしておく。
- ・ケアプラン原案を作成し、サービス事業所や医療機関へ配布する。
- ・訪問看護を導入する場合、医療保険適用なのか、介護保険適用なのか確認しておく。

③退院前カンファレンスのメンバーを招集したとき（カンファレンス開催時）

医療機関

- ・病状やケア内容のわかる資料がある場合は、カンファレンス参加者へ配布する。
- ・退院前カンファレンスまでに退院日が確定したときは、介護支援専門員等に退院日を報告する。

介護支援専門員等、サービス事業所

- ・病院から提供を受けた資料を確認する。
- ・サービス事業所は、介護支援専門員等が作成したケアプラン原案を確認する。

《アセスメント事項》

- | | |
|------------------|------------------|
| ・住環境や安全な動線の確認 | ・入浴、排泄、食事などの日常支援 |
| ・本人の病識の理解や目標、意向 | ・リハビリや外出への支援 |
| ・医療的管理（薬・疼痛緩和など） | |

④退院日が確定したとき

医療機関

- ・退院日が確定したときは、介護支援専門員等に退院日を報告する。
- ・退院に向け、在宅環境を整えるため、理学療法士や作業療法士等が自宅訪問等を行う場合は、担当介護支援専門員等へ連絡し、住宅改修や福祉用具貸与及び販売などの介護保険サービスの調整を介護支援専門員等と共に行う。
- ・医療処置や介護方法及び医療的助言・指導を本人や家族、場合によっては介護支援専門員等やサービス事業所へ行う。
- ・退院後も医療サービス等が必要な患者の場合は、必要な医療機器や物品の準備を行う。

- 必要に応じ、薬剤師による薬剤準備や服薬指導、管理栄養士等による栄養指導を行う。
- 退院時の移送及び移動手段について、介護支援専門員等と調整する。
- 退院後、再度の入退院が繰り返される可能性が高い患者は、外来スタッフや介護支援専門員等と連携し、情報の共有に努める。

介護支援専門員等

- 退院前カンファレンスや退院前訪問等で検討した内容に応じ、在宅サービスや事業所の調整を行う。
- 介護用品の納入や住宅改修の調整を行う。

⑤退院した後

医療機関

- 退院後に患者より在宅生活の不安の相談があった場合は、介護支援専門員等へ報告し、必要な介護サービスへつなげる。
- ※ 介護認定がない患者の場合は、地域包括支援センターへ連絡し、センターが必要により手続きを行う。

介護支援専門員等

- 入院中に医療機関より指導及び助言を受け、介護保険サービス等を調整した場合は、導入後の介護計画書（1表～3表）を医療機関の連携担当者に提出する。
- 退院後、再度の入退院が繰り返される可能性が高い利用者は、医療ソーシャルワーカー等と連携し、情報の共有に努める。



【様式第1号】

宇城市在宅医療・介護連携推進に向けた情報提供書

（ 介護保険サービス事業所 → 医療機関 ）

医療機関名

作成日 年 月 日

御中

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	
本人氏名			<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日 (歳)
住所			自宅電話番号 () -		
フリガナ			世帯状況		
介護者氏名			女…○、男…□ 本人…◎、□ 死亡…●、■ 同居… で囲む		
緊急連絡先1	氏名	(続柄:)			
	連絡先				
緊急連絡先2	氏名	(続柄:)			
	連絡先				
本人、家族状況及び生活に関する特記事項					
要介護度			受診中のすべての医療機関及び受診情報		
<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 認定なし					
介護保険認定有効期間					
年 月 日 ~ 年 月 日					
介護保険サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護	週 ・ 日 回	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	週 ・ 日 回	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス ()
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	週 ・ 日 回	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	(用具:)	<input type="checkbox"/> 通所型サービス ()
	<input type="checkbox"/> 通所介護	週 回	<input type="checkbox"/> ショートステイ	月 ・ 週 回	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 ()
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	週 回	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> その他 ()	
本人の介護及び機能に関する特記事項					
認知症の有無 (有 ・ 無)					

介護保険サービス事業所情報

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

※ 上記の通り、情報の提供を行ないます。
不明な点等ございましたら、担当者までご連絡下さい。