

「いしかわ在宅医療・介護連携ルール」
～入退院支援編～

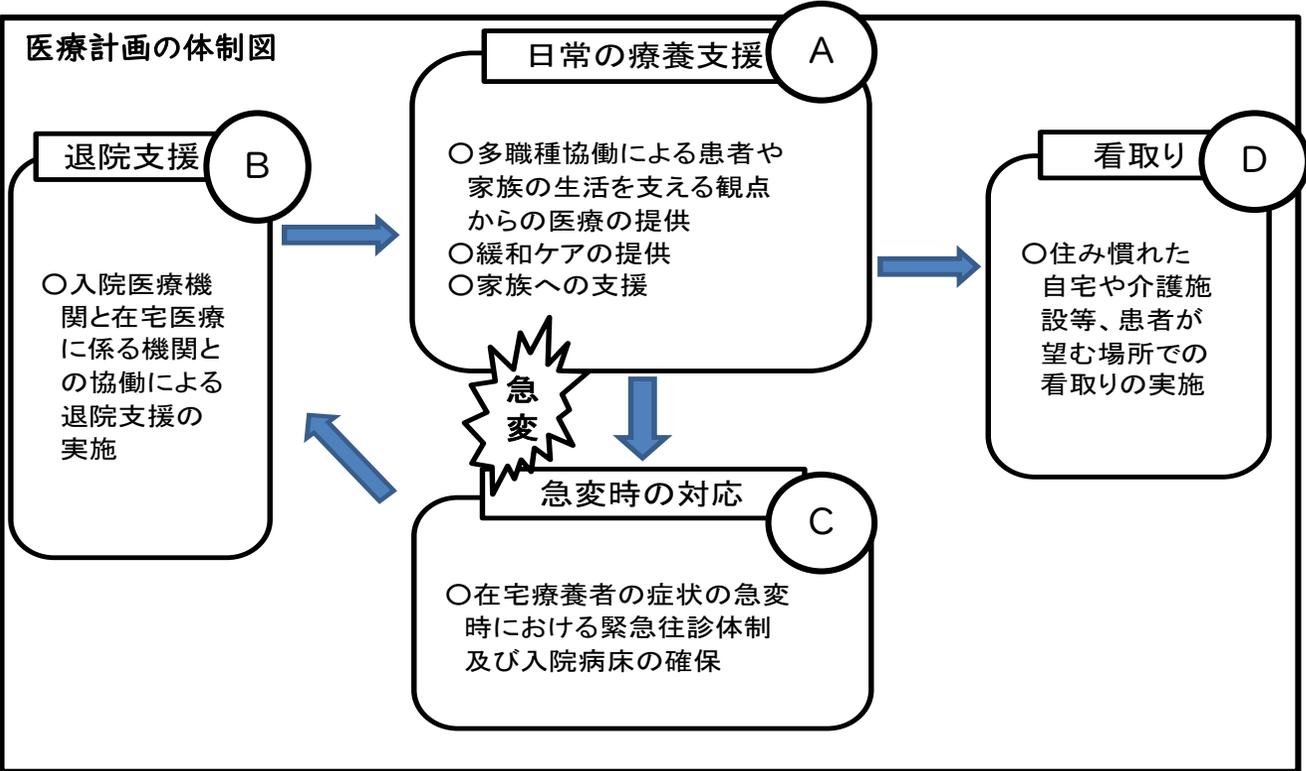
石川県在宅医療推進協議会
石川県医師会
石川県健康福祉部

はじめに

● 現在、各市町において、在宅医療と介護の連携を強化するために、在宅医療介護連携推進協議会の開催や在宅医療介護連携コーディネーターの設置など様々な取組が進められています。こうした中、県や県医師会等関係団体には、それぞれが連携しながら、各市町の抱える課題解決を後押しする取組や広域的な取組を行っていくことが期待されています。

(1) 県では、各市町の在宅医療介護連携コーディネーターを対象とした研修会などを通じて、(A) 日常の療養支援、(B) 入退院支援、(C) 急変時の対応、(D) 看取りという場面ごとに現状・課題などを整理しており、「石川県在宅医療推進協議会」では、(B) 入退院支援について、『いしかわ在宅医療・介護連携ルール ～入退院支援編～』を作成しました。

(2) 本ルールは、標準的な入退院支援の流れを示したものです。入退院ルールを未策定の各市町におかれましては、本ルールで示す「標準的な入退院支援の流れ」をもとに関係者の連携を進めてください。また、病院の入退院支援の窓口の一覧をとりまとめ、県に報告してください。



- 県内市町の取組(例)**
- (B) 入退院支援ルール
 - 羽咋市 入退院支援ルールブック
 - いいがいネット 入退院時の医療・介護連携指針

入退院支援の主な課題（在宅医療・介護連携研修会などで指摘があった課題）

課題1 医療機関に関する課題

- 入退院支援部門（地域医療連携室等）が無い、入退院支援の担当者が決まっていない
- 入退院支援を担当する部署や職種が病院ごとに違うため、連絡をとりにくい
- 病院関係者の在宅医療・介護に対する理解が不足している
（退院調整部門・病棟スタッフに在宅医療の経験がない）
- ケアマネジャーへの理解にばらつきがあり、連携がとりにくい病院がある
- ソーシャルワーカーが少ないため、十分に対応しきれない
- 病院スタッフの連携が取れていない
（退院支援看護師、病棟看護師、ソーシャルワーカーの言うことがバラバラ）
- 医療機関で対応の違いが大きく、情報提供が不十分な病院や、遅い病院がある
（患者の入院期間の見通しの説明がない、必要な情報を十分集めきれないまま退院時期が来る）
- 転院の際に、ケアマネジャーの入院時情報提供書が引き継がれておらず、情報が断ち切れている

課題2 ケアマネジャーに関する課題

- ケアマネジャーがどこの誰かわからないこともあり、ケアマネジャーと連絡を取るのに時間がかかる
- 医療機関への情報提供が入院後速やかにできていない、提供内容が不十分である
- 医療的な知識不足により、栄養管理やリハビリテーション、認知症等で、対応に苦慮することがある
- ケアマネジャーの職種・経験年数などにより、疾病の管理、再発予防に関する理解が不十分である
- ケアマネジャーに口腔ケアの必要性が行き届いていない

入退院支援の主な課題

課題3 医療機関、ケアマネジャーの双方に関する課題

- 要介護認定を受けていない方はケアマネジャーが選定されておらず、入院前の生活状況の情報が取れないときがある
- 病院が在宅での生活をイメージできず、在宅生活とずれがあるリハビリテーションとなっている
- 退院時の目標を医療・介護スタッフで共有できていない
- 病院とケアマネジャーの接点が入院時と退院時のみ。入院中の接点がなく、経過や予定について共有、検討されていない
- どのタイミングで介護側に連絡するのか決まっていない
- 病院からの連絡が退院日のみで調整できない場合や、退院時カンファレンスが必要な患者であっても実施されない場合がある
- 退院時カンファレンスの開催や参加職員のルールが決まっていない
- うまく在宅側の医療・介護関係者に引き継げずに再入院になることがある
- 医療・介護従事者が互いのサービスを十分理解できていない
- 地域の在宅医療・介護資源の把握が不十分、地域の在宅医療・介護資源の情報や連携窓口について医療・介護関係者で共有できていない
- 多職種連携によって算定できる診療報酬・介護報酬の評価の周知が不十分である
- 近隣の医療機関との連携は取れているが、遠方の大病院との連携は取りづらく、広域的な入退院支援対策も必要

標準的な入退院支援の流れ ①入院時

	病院	ケアマネジャー
在宅		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">①日頃の工夫</div> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 利用者の健康保険証・介護保険証にケアマネジャーの名刺を挟んでおく、入院が決まったらケアマネジャーに伝えるよう本人・家族に説明しておく ◇ 訪問診療患者については、いしかわ在宅医療・介護連携ルール～急変時の連携編～を活用し、患者情報が病院に伝わるように準備しておく
入院前～入院時	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">②入院の連絡</div>	
入院時 (～3日目)	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネジャーの名刺の有無等により、ケアマネジャーの有無や介護保険サービスの確認 ◇ 担当ケアマネジャーがいる場合は、患者・家族を通じて、あるいは病院から直接、ケアマネジャーに入院を連絡 	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 入院を把握した後も病院から連絡が無い場合は、病院の入退院支援部門に問い合わせ </div>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">③在宅での療養・生活情報を提供(入院時情報提供書)</div>	
入院中	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ○要介護認定を受けていない場合、退院調整の必要性を判断し、介護保険申請を支援 </div> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 患者の状態から、退院調整や要介護認定の申請の要・不要を判断 → 担当ケアマネが決まり次第連携 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 病院や家族等からの連絡により、入院を把握した場合は速やかに、「入院時情報提供書」等を病院に提供

入退院時情報提供書の様式例 (厚生労働省HPより<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000054119.html>)

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関名： 医療機関 ← 居宅介護支援事業所
 事業所名：
 ケアマネジャー氏名：
 TEL: FAX:

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非に同意下さい。

1. 利用者(患者)の基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	性別	男	女
住所	〒	電話番号			
住環境	住居の種類(戸建て・集合住宅)： 〇 別荘、 〇 賃貸、 〇 エレベーター(有・無)				
入院時の要介護度	〇 要支援() 〇 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 〇 申請中(申請日 /) 〇 区分変更(申請日 /) 〇 未申請				
療養高齢者の日常生活自立度	〇 自立 〇 J1 〇 J2 〇 A1 〇 A2 〇 B1 〇 B2 〇 C1 〇 C2		〇 医師の判断		
認知症高齢者の日常生活自立度	〇 自立 〇 I 〇 IIa 〇 IIb 〇 IIIa 〇 IIIb 〇 IV 〇 M		〇 ケアマネジャーの判断		
介護保険の自己負担割合	〇 1割 〇 不明 〇 療養介護 〇 なし、〇あり(身体・精神・知的)				
年金などの種類	〇 国民年金 〇 厚生年金 〇 障害年金 〇 生活保護 〇 その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	〇 独居 〇 高齢者世帯 〇 子と同居 〇 その他() * 〇 日中独居				
主介護者氏名	(姓 名)	(関係・年齢)	TEL		
キーパーソン	(姓 名)	連絡先	TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等

本人の生活歴

入院前の本人の生活に対する意向

入院前の家族の生活に対する意向

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件

退院後の世帯状況

世帯に対する配慮

退院後の主介護者

介護力*

家族や同居者等による虐待の疑い*

特記事項

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加

「退院前カンファレンス」への参加

「退院前訪問看護」を実施する場合は同行

* = 診療報酬 退院支援加算1、2 退院困難な患者の要因に開示

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	〇 なし 〇 あり()	
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	〇 杖 〇 歩行器 〇 車いす 〇 その他
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	〇 杖 〇 歩行器 〇 車いす 〇 その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	記録動作	〇 自立 〇 見守り 〇 一部介助 〇 全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助		
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
食事	自立	見守り	一部介助	全介助			
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 昼 夜 夜)			食事制限	〇 あり() 〇 なし 〇 不明	
	食事形態	〇 普通 〇 きざみ 〇 嚥下障害食 〇 ミキサー			UDF等の食形態区分		
	摂取方法	〇 経口 〇 経管栄養		水分とろみ	〇 なし 〇 あり	水分制限	〇 あり() 〇 なし 〇 不明
口腔	嚥下機能	〇 むせない	〇 時々むせる	〇 常にむせる	異常	〇 なし 〇 あり(部分・総)	
	口腔清潔	〇 良	〇 不良	〇 著しく不良	口臭	〇 なし 〇 あり	
排泄*	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	ボータブルトイレ	〇 なし 〇 夜間 〇 常時
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	〇 なし 〇 夜間 〇 常時
睡眠の状態	〇 良	〇 不良()		服用の使用	〇 なし 〇 あり		
喫煙	〇 無	〇 有(本数/日)		飲酒	〇 無	〇 有(合数/日あたり)	
コミュニケーション能力	視力	〇 問題なし	〇 やや難あり	〇 困難	眼鏡	〇 なし 〇 あり()	
	聴力	〇 問題なし	〇 やや難あり	〇 困難	補聴器	〇 なし 〇 あり	
	言語	〇 問題なし	〇 やや難あり	〇 困難	コミュニケーションに関する特記事項:		
意思疎通	〇 問題なし	〇 やや難あり	〇 困難				
精神面における療養上の問題	〇 なし 〇 幻視・幻聴 〇 興奮 〇 焦燥・不穏 〇 妄想 〇 暴力/攻撃性 〇 介護への抵抗 〇 不眠 〇 昼夜逆転 〇 徘徊 〇 危険行為 〇 不潔行為 〇 その他()						
	疾患*						
入院歴*	最近半年間の入院	〇 なし 〇 あり(理由:) 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日					
	入院頻度	〇 頻度は高い/繰り返している 〇 頻度は低い、これまでもある 〇 今回が初めて					
入院前に実施している医療処置*	〇 なし 〇 点滴 〇 酸素療法 〇 嚥下吸引 〇 気管切開 〇 胃ろう 〇 経管栄養 〇 経腸栄養 〇 褥瘡 〇 保虫薬投与 〇 経路ストーマ 〇 消化管ストーマ 〇 痛みコントロール 〇 排便コントロール 〇 自己注射 () 〇 その他()						

8. お薬について 必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬

薬剤管理

投薬状況

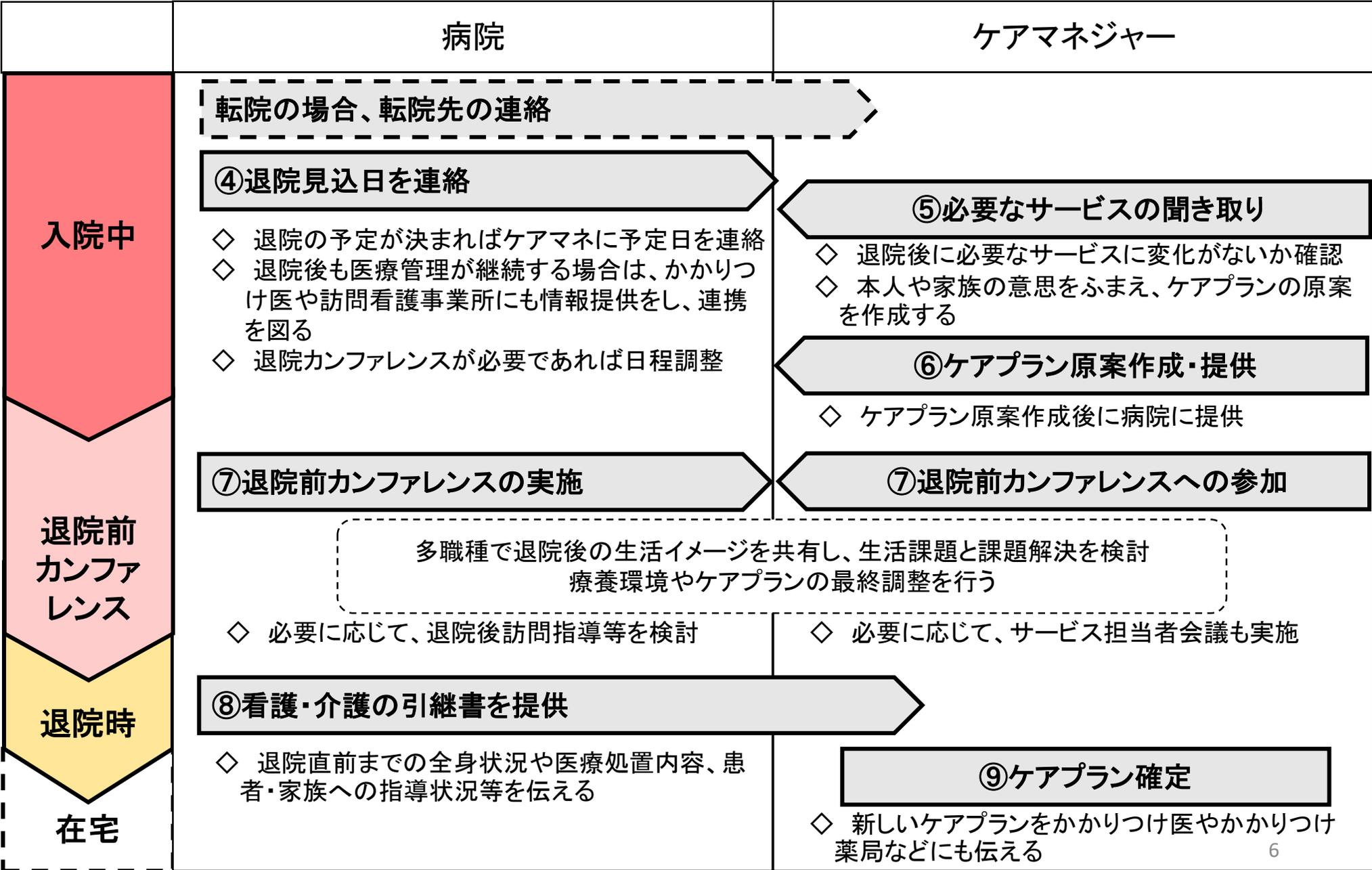
お薬に関する特記事項

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	(フリガナ)	電話番号	
医師名	(フリガナ)	診療方法	〇 通院 〇 訪問診療
		頻度	= () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算1、2 退院困難な患者の要因に開示

標準的な入退院支援の流れ ②入院中～退院時



本ルールにおける入退院支援の対象者

時期	内容	やり取り	対象者
入院時	入院の連絡	病院 → (家族等) → ケアマネ	要介護認定の方すべて
	入院時情報提供書	病院 ← ケアマネ	要介護認定の方すべて
入院中	転院先の連絡	病院 → (家族等) → ケアマネ	要介護認定の方すべて
	退院見込日の連絡	病院 → (家族等) → ケアマネ	要介護認定の方すべて
	患者情報の提供、聞き取り	病院 ⇄ ケアマネ	要介護認定の方すべて
退院前	退院前カンファレンスの日程調整	病院 → ケアマネ	退院カンファレンスが必要な方のみ
	退院前カンファレンスへの参加	病院 ⇄ ケアマネ	退院カンファレンスが必要な方のみ
退院時	看護・介護の引継書	病院 → ケアマネ	要介護認定の方すべて

※ 退院困難な要因(入退院支援加算を算定できる対象者)

- ア 悪性腫瘍、認知症又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
- イ 緊急入院であること
- ウ 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
- エ 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
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること。)
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、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
- ケ 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
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

Check!

※入退院支援では、病歴や家族歴など繊細な個人情報扱うことになるため、情報の取り扱いについては患者・家族の同意を得ながら入退院支援を進めること。

病院の入退院支援の窓口一覧の例

すでに窓口一覧を作成している金沢市の様式をベースに、病院窓口一覧のひな型を作成

※今回金沢市の様式に追加した部分
 県HPで公開されている各病院の病床機能報告を参照して記載

医療機関	所在地	退院調整を担当する部署	入院前に担当ケアマネジャー(CM)が決まっている場合					入院時に担当ケアマネジャー(CM)が決まっていない場合			病床機能区分及び病床数				その他
			CMからの「入院前の情報提供書」の持参先	CMからの「入院前の情報提供書」の送付先	CMに電話連絡する人	CMとの面談の主体となる人(部署)	CMに退院日を連絡する人(部署)	患者や家族に介護保険について説明をする人(部署)	CMとの契約について支援をする人(部署)	契約後のCMと連絡を取る人(部署)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
金沢大学附属病院	〒920-8641 宝町13番1号 TEL 265-2000 FAX 234-4320	地域医療連携室 TEL 265-2040 FAX 234-4307	病棟(入院時持参できれば良い)	病棟	MSW 看護師(地域医療連携室)	MSW 看護師(地域医療連携室)	MSW 看護師(地域医療連携室)	MSW 看護師(地域医療連携室)	MSW 看護師(地域医療連携室)	MSW 看護師(地域医療連携室)					
石川県立中央病院	〒920-8530 鞍月東2丁目1番地 TEL 237-8211 FAX 238-5366	患者総合支援センター TEL 238-7852 FAX 238-0505	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	619	-	-	-	
独立行政法人 国立病院機構 金沢医療センター	〒920-8650 下石引町1番1号 TEL 262-4161 FAX 222-2758	地域医療連携室 TEL 262-4187 FAX 262-4188	入院先の病棟 病棟名が分からない場合は 地域医療連携室	地域医療連携室	1 入院先の病棟 看護師 2 担当退院支援 看護師又はMSW	担当退院支援 看護師又は MSW	1 入院先の病棟 看護師 2 担当退院支援 看護師又はMSW	MSW又は 担当退院支援 看護師(地域医療連携室)	MSW又は 担当退院支援 看護師(地域医療連携室)	MSW又は 担当退院支援 看護師(地域医療連携室)					
金沢市立病院	〒921-8105 平和町3丁目7番3号 TEL 245-2600 FAX 245-2690	退院支援室 TEL 245-2600(代) 入院患者内線 250 外来患者内線 175 FAX 245-2693	入院している 病棟	地域連携室	病棟看護師又は 退院支援担当者	病棟看護師・ 退院支援担当者	病棟看護師・ 退院支援担当者	退院支援担当者	退院支援担当者	病棟看護師・ 退院支援担当者					
国家公務員共済組合 連合会 北陸病院	〒921-8035 泉が丘2丁目13番43号 TEL 243-1191 FAX 242-3577	医療福祉相談室 TEL 243-1191(代) FAX 243-1292	ソーシャルワーカー	地域医療連携室 ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー(医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー(医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー(医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー(医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー(医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー(医療福祉相談室)					
石川県済生会金沢病院	〒920-0353 赤土町2丁目13番地6 TEL 266-1060 FAX 266-1070	医療福祉相談室 入退院支援室 TEL 266-1489 FAX 266-2990	地域連携室	地域連携室	医療福祉相談室 入退院支援室	医療福祉相談室 入退院支援室	医療福祉相談室 入退院支援室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室 入退院支援室					

「2018年入退院時の医療・介護連携指針(金沢市在宅医療・介護連携支援センター(いいがいネット))」より一部改変

今後の取り組み(案)

STEP1 本ルールを市町等に周知

→6/20：市町の在宅医療・介護連携コーディネーター研修

別途、県から病院等の関係者に周知

→7月ごろ～：地域医療構想部会、保健医療計画推進協議会

STEP2 各市町は、「病院の入退院支援の窓口一覧」を作成し、県に連絡

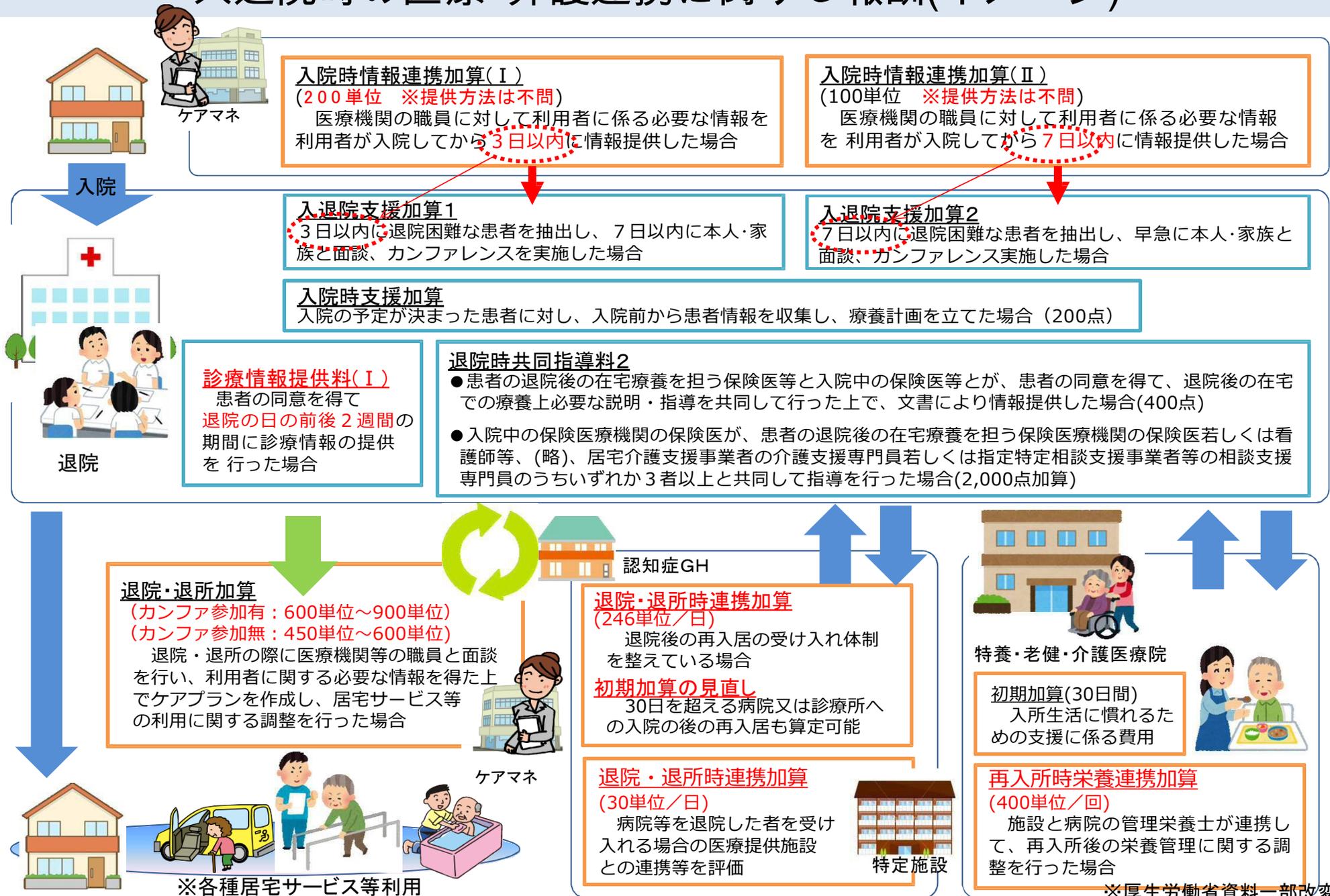
→HPなどで情報の一元化を検討

STEP3 入退院支援ルールを未策定の市町においては、本ルールをもとに、市町、病院の入退院支援部門、ケアマネジャーなどで協議し、関係者間で連携を進める。

STEP4 入退院支援編の運用を始めた市町、すでにルールを運用している市町においては、運用後の課題を抽出し、入退院支援ルールの見直しを行う機会を設ける

～ 参考資料 ～

入退院時の医療 介護連携に関する報酬(イメージ)



入院時情報連携加算(Ⅰ)
 (200単位 ※提供方法は不問)
 医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を
 利用者が入院してから**3日以内**に情報提供した場合

入院時情報連携加算(Ⅱ)
 (100単位 ※提供方法は不問)
 医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報
 を 利用者が入院してから**7日以内**に情報提供した場合

入退院支援加算1
 3日以内に退院困難な患者を抽出し、7日以内に本人・家
 族と面談、カンファレンスを実施した場合

入退院支援加算2
 7日以内に退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と
 面談、カンファレンス実施した場合

入院時支援加算
 入院の予定が決まった患者に対し、入院前から患者情報を収集し、療養計画を立てた場合 (200点)

診療情報提供料(Ⅰ)
 患者の同意を得て
 退院の日の前後**2週間**
 の期間に診療情報の提供
 を行った場合

退院時共同指導料2

- 患者の退院後の在宅療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合(400点)
- 入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、(略)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合(2,000点加算)

退院・退所加算
 (カンファ参加有：600単位～900単位)
 (カンファ参加無：450単位～600単位)
 退院・退所の際に医療機関等の職員と面談
 を行い、利用者に関する必要な情報を得た上
 でケアプランを作成し、居宅サービス等
 の利用に関する調整を行った場合

退院・退所時連携加算
 (246単位/日)
 退院後の再入居の受け入れ体制
 を整えている場合
初期加算の見直し
 30日を超える病院又は診療所へ
 の入院の後の再入居も算定可能

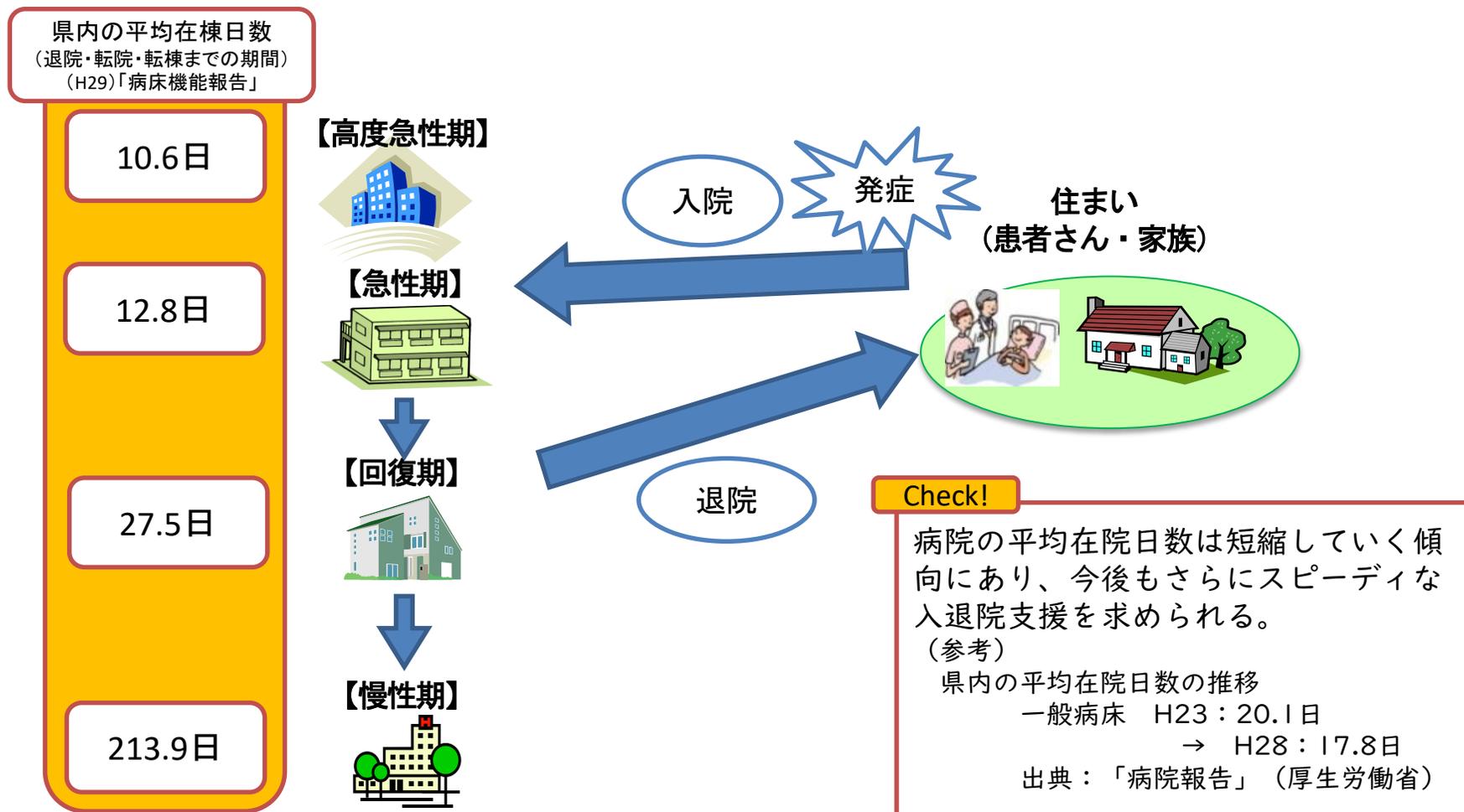
初期加算(30日間)
 入所生活に慣れるた
 ための支援に係る費用

退院・退所時連携加算
 (30単位/日)
 病院等を退院した者を受け
 入れる場合の医療提供施設
 との連携等を評価

再入所時栄養連携加算
 (400単位/回)
 施設と病院の管理栄養士が連携し
 て、再入所後の栄養管理に関する調
 整を行った場合

病院の病床機能区分と患者の動きのイメージ

- 各病院の病床には、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった役割があり、患者が入院した病床がどのような病床機能区分かを把握することで、患者の退院・転院・転棟までの期間をイメージしやすくなります。
- 各病院がどの病床機能区分の病床を持つかは、市町ごとにとりまとめる病院窓口一覧を確認するほか、県地域医療推進室のHP (<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryousupport/byoushoukinou.html>)でも確認できます。



※この図はあくまでイメージであり、実際の患者の動きや退院・転院・転棟までの期間は患者によって異なる。

ルールの運用にあたってのポイント

入退院支援編の策定にあたっては、各団体の関係者の皆様から、多くのご意見をいただきました。実際のルールの運用や様式の見直しにあたっては、地域の状況に合わせて以下を参考としてください。

<入院時の歯科との連携について>

入院患者に対して歯科の介入により口腔健康管理を行うことで、入院日数を短縮できることが示されており、入退院に関連して診療報酬上の加算を算定することもできる。

◎歯科医師が関係する保健点数の例

・周術期口腔機能管理料 ・栄養サポートチーム加算(歯科医師連携加算) など

また、「常勤歯科医師のいない病院」においては、地域の歯科医師(開業医)と連携し、入院患者の口腔管理を行う取組も考えられる。

◎羽咋病院での連携例

- ①病院看護師による口腔チェックを実施し、口腔管理が必要な患者をピックアップ
- ②協力歯科医師が輪番制で検診を実施
- ③専門的歯科処置が必要とされた場合は、かかりつけ歯科医に往診を依頼

<入院時情報提供書の項目(作業療法の観点から)>

市町や病院で独自の入院時の情報提供様式を作成している場合は、見直しの際に以下を参考とされたい。

「病院スタッフが在宅での生活をイメージできない」、「退院時の目標を医療・介護スタッフで共有できていない」といった課題の解決のため、入院時情報提供書の項目に、

- ・本人の趣味・興味・関心領域
- ・本人の生活
- ・入院直前はどのような生活を送っていたのか
- ・またその生活の中で本人の趣味・興味・関心領域はどれくらい実行できていたのか

が含まれていて、入院後早い段階で把握できれば、本人の生活に即した内容の作業療法の実践につながる。

<入院時情報提供書の事前準備>

患者の入院から3日以内にケアマネジャーが入院時情報提供書を作成し、提出することは負担が大きい。

そこで、普段からある程度入院情報提供書を作成しておき、入院時には、変更箇所だけを修正して病院に提出するといった工夫も考えられる。