

# 新見地域入退院支援ルールの手引き

## 1. 本手引きの作成にあたって

新見地域は高齢化率が高く、高齢者を支える働き手の減少が進んでいる地域であり、医療と介護の連携推進は重要課題となっています。在宅医療連携拠点まんさくでは、多職種連携会議を開催し、地域の医療・介護実務者と様々な課題について協議してきました。

入退院時連携においては、関係者が共通の認識を持ち、入院時から連絡を取り合い退院に向けた支援をすることが求められています。当地域では情報共有の様式の統一(新見版情報共有書参考資料3, 4)がなされ、入退院の支援に取り組んできましたが、まだ、十分な連携がはかれていない状況でした。そこで、平成27年度在宅医療連携拠点事業において、病院や市町村、医療と介護の関係機関の理解と協力を得て、改めて「入退院支援ルールの策定」に取り組みました。

ここでいう「入退院支援ルール」は、病院担当者と在宅担当者が確実に連携をとり、多職種と共同して、たとえ担当者が変わっても、切れ目のない支援を提供できる情報共有のルールです。医療のコメディカルや、介護従事者等で構成された新見地域医療ネットワークで、多職種から広く意見を頂戴し、その意見を参考に作成しました。

新見地域の医療と介護を必要とする高齢者が、住み慣れた場所で一日でも長く過ごせるための地域包括ケアシステム構築の一環として、この「入退院支援ルール」をご活用下さい。

## 2. 入退院支援の手順

※病院担当者 = 退院調整看護師、地域医療連携室

### ①入院の連絡

- ・出来るだけ早く、概ね3日以内に家族又は病院担当者からケアマネジャーへ連絡する
  - i 家族が連絡するか、病院担当者が連絡するかは病院担当者が確認する
  - ii 介護認定及びケアマネジャーの有無が分からない場合は、  
介護保険課認定調査係へ確認 72-6206

### ②入院時の情報共有

- ・出来る限り入院後3日以内に、在宅の情報をケアマネジャーが病院担当者に、電話し、新見版情報共有書で伝える
  - i 認知症のある人は早く情報を渡す
  - ii 新見版情報共有書については、紙ベースでの利用による様式の周知と、迅速な情報共有のためICTを利用したweb型新見版情報共有書(Z連携)を活用する。

### ③退院に向けての自宅訪問

- ・訪問調査をする場合は、病院担当者がケアマネジャーに、ケアマネジャーがサービス事業所に連絡し、訪問日を調整する

### ④退院前カンファレンス

- ・退院のおおよそ一週間前に、病院担当者がケアマネジャーに、ケアマネジャーがサービス事業所に連絡し、日程を調整する

### ⑤退院時の情報共有

- ・退院の準備が出来たら、入院中の情報を病院担当者がケアマネジャーに、電話又は新見版情報共有書で伝える

### ⑥退院日の連絡

- ・退院日が決まってから、病院担当者がケアマネジャーに、電話等で伝える

### 3. 参考資料

#### 参考1 入退院支援にかかる診療報酬及び介護報酬

※算定にあたっては、各病院、各事業所で算定の要件を確認してください。

##### 介護報酬(介護認定者のみ)

###### ●入院時情報連携加算

入院後7日以内に必要な情報を提供した場合に算定

面談200単位 面談以外100単位

###### ●退院退所加算

面談により必要な情報を得た上で、居宅計画を作成した場合に3回まで算定。ただし、3回目は担当医との会議に参加した場合に限る。

300単位

##### 診療報酬

###### ○介護支援連携指導料

退院後に適切なサービスを受けられるようケアマネジャーと共同して、説明、指導を行った場合に2回まで算定。

300点

###### ○退院前訪問指導料

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のために、患家を訪問し、患者又は家族等に対して、療養上の指導を行った場合に算定。入院後早期に訪問指導の必要があると認められる場合には2回算定できる。

555点

###### ○退院調整加算

入院後7日以内に退院支援計画(退院後の利用が予測される社会福祉サービス及び担当者名の記載必要)を作成し、退院調整を行った場合に算定

一般病棟等 14日以内 340点 15～30日以内 150点 31日以上 50点

療養病棟等 14日以内800点 31日～90日以内 600点 91日～120日 400点 121日以上 200点

###### ○退院時共同指導料2

退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、共同して行った場合に算定

①入院機関の医師と退院後の在宅療養を担う医療機関の医師

300点

②入院機関の医師と退院後の療養を担う医療機関の医師や看護師、薬剤師、ケアマネジャー等のうち3者以上

2000点

#### 参考2 指定居宅介護支援事業所と地域包括支援センター(指定介護予防支援事業所)との違い

|             | 指定居宅介護支援事業所                               | 地域包括支援センター<br>(指定介護予防支援事業所)                                 |
|-------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 法的根拠        | 介護保険法第46条第1項                              | 介護保険法第58条第1項                                                |
| 主たる業務内容     | ・要介護者(介護給付)のケアプラン作成に係る一連のマネジメント業務         | ・介護予防のマネジメント<br>・地域の高齢者等からの相談、助言、関係機関との調整<br>・処遇困難事例等に対する支援 |
| 人員基準        | 介護支援専門員                                   | 主任介護支援専門員, 社会福祉士, 保健師等                                      |
| ケアプラン作成の対象者 | 要介護1～5<br>※地域包括支援センターから委託されている場合のみ要支援1, 2 | 要支援1, 2                                                     |

## 新見版情報共有書(地域連携パス)

| 年月日                      |     | あて先・所属等  |       | 発信者・職種・所属等      |                                            | 備考(添付書類等) |  |
|--------------------------|-----|----------|-------|-----------------|--------------------------------------------|-----------|--|
| 療養者<br>氏名                |     | 生年<br>月日 |       | 性別              |                                            | 住所        |  |
| ●自由記載欄(入院日・退院日・経過・留意事項等) |     |          |       |                 |                                            |           |  |
| ●かかりつけ医等意見               |     |          |       |                 |                                            |           |  |
| 主な病名                     |     |          |       | 既往歴             |                                            |           |  |
| 通院・往診の予定                 |     |          |       | 感染症の有無 ……       |                                            |           |  |
| 経過                       |     |          |       | 内服薬・その他         |                                            |           |  |
| リハビリの必要性・指示内容等 ……        |     |          |       | 介護サービスの利用の必要性   |                                            |           |  |
| ●検査項目                    |     | 血清アルブミン  | g/dl  | 総コレステロール        | mg/dl                                      |           |  |
| 検査日:                     |     | ヘモグロビン   | g/dl  | 血圧              | / mmHg                                     |           |  |
|                          |     | 血糖値      | mg/dl | 体重/身長           | kg cm                                      |           |  |
| ●医療処置                    |     |          |       | 特記事項(体重測定日等の記載) |                                            |           |  |
| 酸素療法                     | L/分 |          |       |                 |                                            |           |  |
| その他<br>皮膚処置<br>(部位)      |     |          |       |                 |                                            |           |  |
| ●日常生活への支障の有無             |     |          |       |                 |                                            |           |  |
| 視力                       |     |          |       | 高次脳機能障害         |                                            |           |  |
|                          |     |          |       | 認知症             |                                            |           |  |
| 聴力                       |     |          |       | 長谷川式簡易スケール      | 点                                          |           |  |
|                          |     |          |       | その他精神・神経疾患      |                                            |           |  |
| 会話・<br>意思疎通              |     |          |       | 症状等             |                                            |           |  |
| 運動系評価<br>(麻痺等)           |     |          |       | 治療等             |                                            |           |  |
|                          |     |          |       | 医療機関名           |                                            |           |  |
|                          |     |          |       | 医師名             |                                            |           |  |
| ●家族の状況                   |     |          |       | 家族構成図等          | 回-本人(男),◎-本人(女),□-男,○-女<br>■-死亡(男),●-死亡(女) |           |  |
| キーパーソン                   | 様   |          |       |                 |                                            |           |  |
| 住所                       |     |          |       |                 |                                            |           |  |
| 続柄                       |     |          |       |                 |                                            |           |  |
| 電話                       |     | 携帯       |       |                 |                                            |           |  |
| 介護者の身体状況及び留意事項           |     |          |       |                 |                                            |           |  |

| ① 食 事                 |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
|-----------------------|------------------|------------|-------|-----------------------------------------------------|--------------|-----------|---------|---|-----|
|                       |                  | 治療食        | 内容    |                                                     |              |           |         |   |     |
| 機<br>能<br>的<br>評<br>価 | 栄養状態             |            |       |                                                     | 経管栄養時の水分摂取量等 |           |         |   |     |
|                       | <主食>             |            |       | 朝                                                   | 10時          | 昼         | 15時     | 晩 | 寝る前 |
|                       | <副食>             |            | 量     |                                                     |              |           |         |   |     |
|                       | <用具>             |            | カロリー  |                                                     |              |           |         |   |     |
|                       | <義歯>             |            | 種類    |                                                     |              |           |         |   |     |
|                       | <好きな物>           |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
|                       | <嫌いな物>           |            | 白湯    |                                                     |              |           |         |   |     |
|                       | <食事で気をつけること、誤嚥等> |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
|                       | ② 移 乗            |            | ③ 整 容 |                                                     | ④ トイレ動作      |           |         |   |     |
|                       |                  |            |       |                                                     | トイレの種類       |           |         |   |     |
|                       |                  |            |       | ポータブルトイレの利用                                         |              |           |         |   |     |
|                       |                  |            |       | 紙パンツ                                                |              |           |         |   |     |
|                       |                  |            |       | 紙おむつ                                                |              |           |         |   |     |
|                       |                  |            |       | 尿パット                                                |              |           |         |   |     |
|                       |                  |            |       | 尿 器                                                 |              |           |         |   |     |
| ⑤ 入 浴                 |                  | ⑥ 歩 行      |       | ⑦ 昇 降                                               |              | ⑧ 着 替 え   |         |   |     |
| 浴槽の種類:                |                  | 歩行・歩行用具:   |       |                                                     |              |           |         |   |     |
|                       |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| ⑨ 排便コントロール            |                  | ⑩ 排尿コントロール |       | 寝 返 り                                               | 起 き 上 が り    | 立 ち 上 が り | 座 位 保 持 |   |     |
|                       |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
|                       |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| ●かかりつけ医               |                  | ●担当ケアマネ    |       | ●自由記載 (在宅療養において留意すべき事項・感染症・アレルギー・在宅での生活目標・ケアプラン概要等) |              |           |         |   |     |
| 医療機関名                 |                  | 事業所名       |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 医師氏名                  |                  | 氏 名        |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| ●日常生活活発度              |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 日常生活活発度               |                  | (週 回)      |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 障害高齢者の日常生活自立度         |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 認知症高齢者自立度             |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| ●介護保険情報               |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 介護保険認定                |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 介 護 度                 |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 有効期間                  |                  | ～          |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| ●身体障害情報               |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 身体障害者手帳               |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 障 害 名                 |                  | 級          |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 交付年月日                 |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| ●住居・経済                |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 住 居                   |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 経 済                   |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 住宅改修                  |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |
| 住宅見取図添付               |                  |            |       |                                                     |              |           |         |   |     |

# 新見地域入退院支援ルール

まずはケアマネの確認ね。



病院担当者

退院の目途が立ったら早めに連絡しよう。



## ①入院の連絡

概ね3日以内にケアマネに電話。  
ケアマネ無又は不明の時は、  
介護保険課認定調査係へ電話  
72-6206

## ③退院に向けての自宅訪問

④退院前カンファレンス  
退院のおおよそ一週間前に、  
病院担当者からケアマネに連絡  
加算※②③④

## ⑤退院時の情報共有

退院の準備が出来たら、  
入院中の情報を病院担当  
者がケアマネに電話又は  
情報共有書で伝える  
加算※②③⑤⑥

## ②入院時の情報共有

入院後3日以内に在宅の情報をケ  
アマネが病院担当者に電話し、情  
報共有書で伝える 加算※①③

## ⑥退院日の連絡

入院

退院

新見市介護保険課  
認定調査係

なるべく早く  
情報提供  
しなきゃ！

ケアマネジャー

事業所さん  
に早めにお  
願ひしてお  
う。

## 介護報酬

- ※①入院時情報連携加算
- ※②退院退所加算

## 診療報酬

- ※③介護支援連携指導料
- ※④退院前訪問指導料
- ※⑤退院調整加算
- ※⑥退院時共同指導料2

加算にあたっては、算定の要件を確認して下さい

## ③退院に向けての自宅訪問

④退院前カンファレンス  
サービス事業所に連絡し、日  
程調整をする

多職種

