



新見地域入退院支援ルール

～切れ目のない支援を目指して～



2018年7月 第2版

新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく
新見地域医療ネットワーク

目次

1. 本手引きの作成にあたって	1
2. 活用にあたって	1
3. サービス利用あり 新見地域入退院支援ルール	2, 3
4. サービス利用なし 新見地域入退院支援ルール	4, 5
5. 参考資料	
1) 新見版情報共有書	6, 7, 8
2) 介護保険を利用するまでの流れ	9
3) ケアプラン作成の流れ	10
4) 入退院時の連携に関する加算 H30.4月版	11
※ケアマネとの連携部分のみ	

1. 本手引きの作成にあたって

新見市は高齢化率が高く、高齢者を支える働き手の減少が進んでいる地域であり、介護者と医療、介護の連携が重要課題となっています。新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく(旧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。当地域では新見版情報共有書(地域連携パス)により様式の統一がなされていましたが、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、「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. 活用にあたって

この「入退院支援ルール」は、医療・介護関係者間の円滑な連携を促進するために作成されたものです。医療・介護関係者間でご活用下さい。

3. サービス利用あり 新見地域入退院支援ルール

①入院の連絡

・家族又は病院担当者が在宅担当者へ、出来るだけ早く、遅くとも3日以内に入院の連絡をする。

- 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、医療・介護れんらく帳を確認する。それでも不明なときは

介護保険課認定調査係へ確認 72-6206

②入院時の情報共有

・在宅担当者が病院担当者に出来る限り入院後3日以内に、在宅の情報を訪問又は電話で伝える。

- 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入院中の情報共有

・病院担当者、在宅担当者が入院後出来るだけ早めに、治療方針、退院後の在宅生活等について話し合う。

- i 転院時は病院担当者が、在宅担当者へその旨を伝えるとともに、転院先の病院担当者へ情報提供を行う。

④退院前の自宅訪問

・自宅訪問をする場合は、病院担当者が在宅担当者に、在宅担当者が関係事業所に必要に合わせて連絡し、訪問日を調整する。

⑤退院前調整会議

・退院前調整会議をする場合は、病院担当者が在宅担当者に、在宅担当者が関係事業所に必要に合わせて連絡し、日程を調整する。

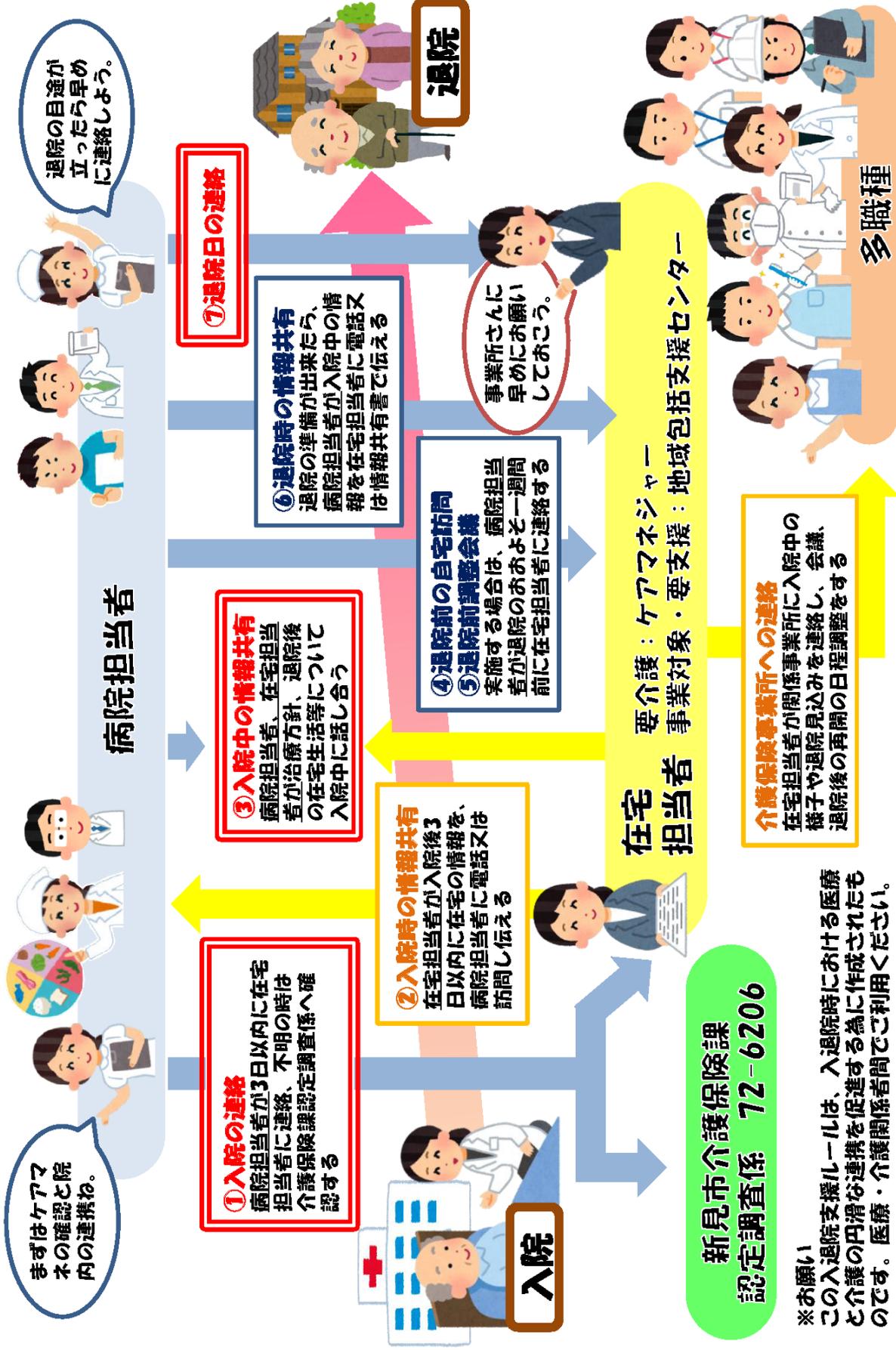
⑥退院時の情報共有

・退院の準備が出来たら、病院担当者が在宅担当者に、入院中の情報を電話又は新見版情報共有書で伝える。

⑦退院日の連絡

・退院日が決まったら、病院担当者が在宅担当者に電話等で伝える。

サービス利用あり 新見地域入退院支援ルール



4. サービス利用なし 新見地域入退院支援ルール

①②③介護保険申請の支援

・病院担当者は患者が介護保険サービスの利用を希望する場合や、退院支援が必要と判断した場合は、家族などに地域包括支援センターへ介護保険サービスの利用について相談に行くよう説明する。

〈40歳以上64歳以下の患者は下記の疾病があれば対象〉

特定疾病	
1. がん(がん末期)	9. 脊柱管狭窄症
2. 関節リウマチ	10. 早老症
3. 筋萎縮性側索硬化症	11. 多系統萎縮症
4. 後縦靭帯骨化症	12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症	13. 脳血管疾患
6. 初老期における認知症	14. 閉塞性動脈硬化症
7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病	15. 慢性閉塞性肺疾患
8. 脊髄小脳変性症	16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

④担当の連絡

・在宅担当者は担当になることが決まれば、すみやかに病院担当者へ連絡をする。

⑤入院中の情報共有

⑥退院前の自宅訪問

⑦退院前調整会議

⑧退院時の情報共有

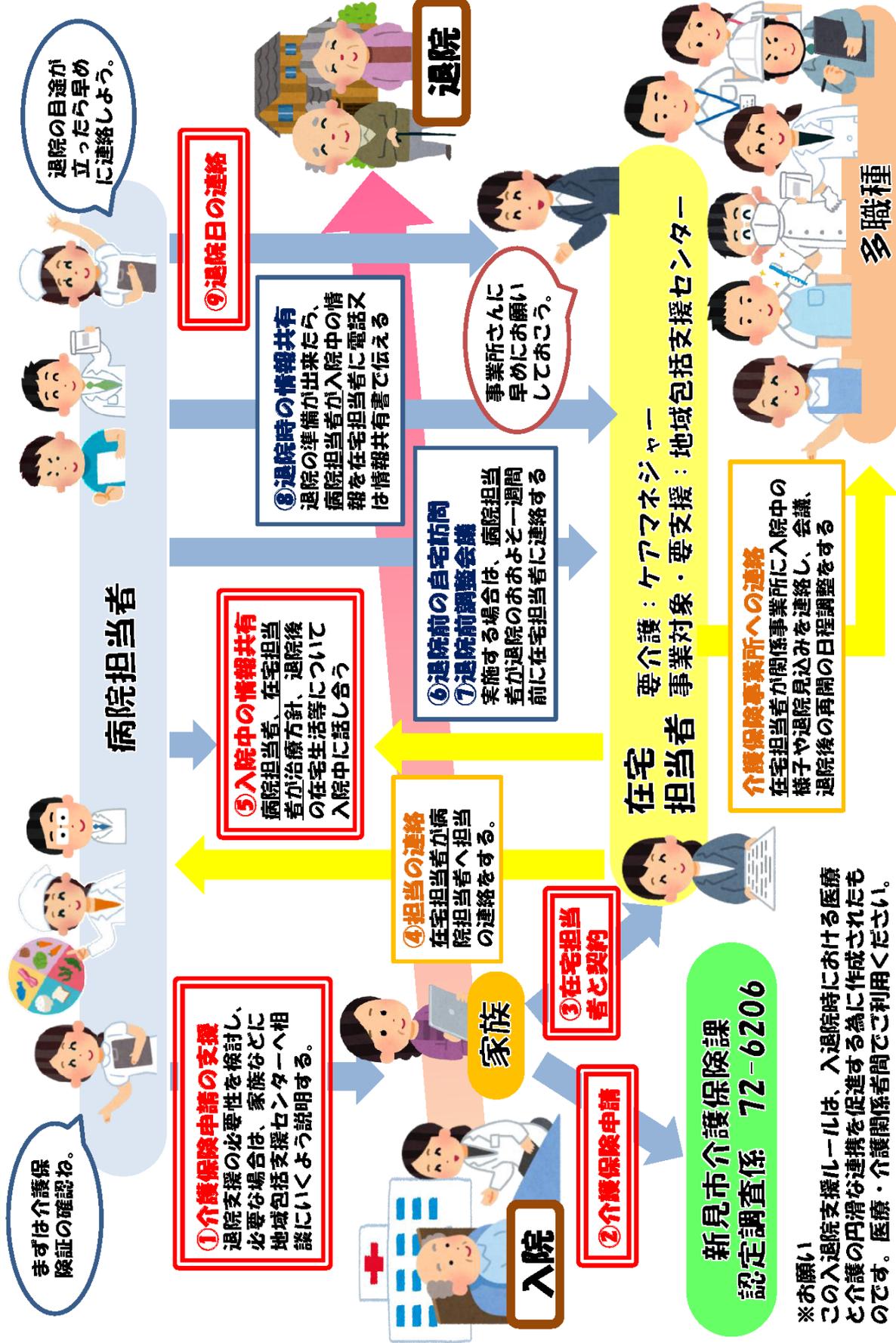
⑨退院日の連絡

サービス利用ありのルールと同じ

※病院担当者 = 退院支援看護師、地域医療連携室
※在宅担当者 = 地域包括支援センター、ケアマネジャー

サービス利用なし

新見地域入退院支援ルール



※お願い
この入退院支援ルールは、入退院時における医療
と介護の円滑な連携を促進する為に作成されたも
のです。医療・介護関係者間でご利用ください。

新見版情報共有書(地域連携パス)

2017.3月版

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 氏名		生年 月日		性別		住所	
						電話	

●自由記載欄(入院日・退院日・経過・留意事項・利用サービス等)

手帳の有無 医療・介護れんらく帳 その他の手帳()

●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 ...
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
	ヘモグロビン	g/dl	血圧	mmHg
検査日:	血糖値	mg/dl	体重/身長	BMI

●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 皮膚処置 (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・ 意思疎通		症状等	
運動系評価 (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 ■-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

機 能 的 評 価		① 食 事										
		〈治療食〉				経管栄養						
		摂取量				栄養剤						
		主食				エネルギー		kcal/日				
		副食				朝		昼		晩		眠前
		自助具				量 (栄養剤)						
		義歯		アレルギー								
		嚥下		咀嚼		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:								
Barthel Index 点		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				●服薬管理						
医療機関名		事業所名										
医師氏名		氏 名										
●日常生活活発度		●歯科治療、口腔ケア等										
日常生活活発度												
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		●特記事項 (在宅での生活目標・ケアプラン概要・他科受診の有無・その他特記事項等)										
介護保険認定												
介 護 度												
有効期間												
●身体障害情報		●住居・経済										
身体障害者手帳												
障 害 名		級										
交付年月日												
住 居												
経 済												
住宅改修												
住宅見取図添付												

介護保険を利用するまでの流れ

1

要介護認定の申請

窓口 ・新見市役所介護保険課
・各支局地域振興課市民福祉係
・各市民センター

2

主治医意見書

市町村の依頼で主治医が意見書を作成

3

訪問調査

市町村の職員が自宅を訪問して調査

4

新見市介護認定審査会で要介護度が決定

5

認定結果の通知

6

非該当
(自立)

6

要支援
1・2

6

要介護
1～5

7

基本チェックリストに該当すれば事業対象者。地域包括支援センターが計画作成

7

地域包括支援センターが計画作成

7

在宅・居宅介護支援事業所か自分で計画作成
施設：施設が作成

8

総合事業

8

総合事業
・介護予防サービス

8

介護サービス

ケアプラン作成の流れ

1

・ケアプラン作成事業所との契約

2

- ・利用者の状況把握と課題の分析（アセスメント）
- ・本人及び家族等の合意

3

- ・介護サービス計画の原案作成



4

・サービス担当者会議



5

- ・本人及び家族等への説明と文書による同意
- ・介護サービス計画確定

6

・介護サービス開始



7

- ・計画実施状況と課題の把握・連絡調整
- ・効果の評価と見直し

入退院時の連携に関する加算 H30. 4月



ケアマネ



入院



病院

※要介護のみ

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
※入院前の情報提供でも可

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

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

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、カンファレンスを実施した場合

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

介護支援等連携指導料

患者の同意を得て医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、導入が望ましい介護サービス等について説明及び指導を行った場合

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もしくは看護師等、保険医である歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士、介護支援専門員又は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(200点加算)



退院

※算定に当たっては、算定要件をよく確認し、連携先と相談した上で算定して下さい。

「新見地域入退院支援ルール」



2015年12月 第1版発行

2018年7月 第2版発行

新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく、新見地域医療ネットワーク