

「いしかわ在宅医療・介護連携ルール」

- ・急変時の連携編
- ・入退院支援編

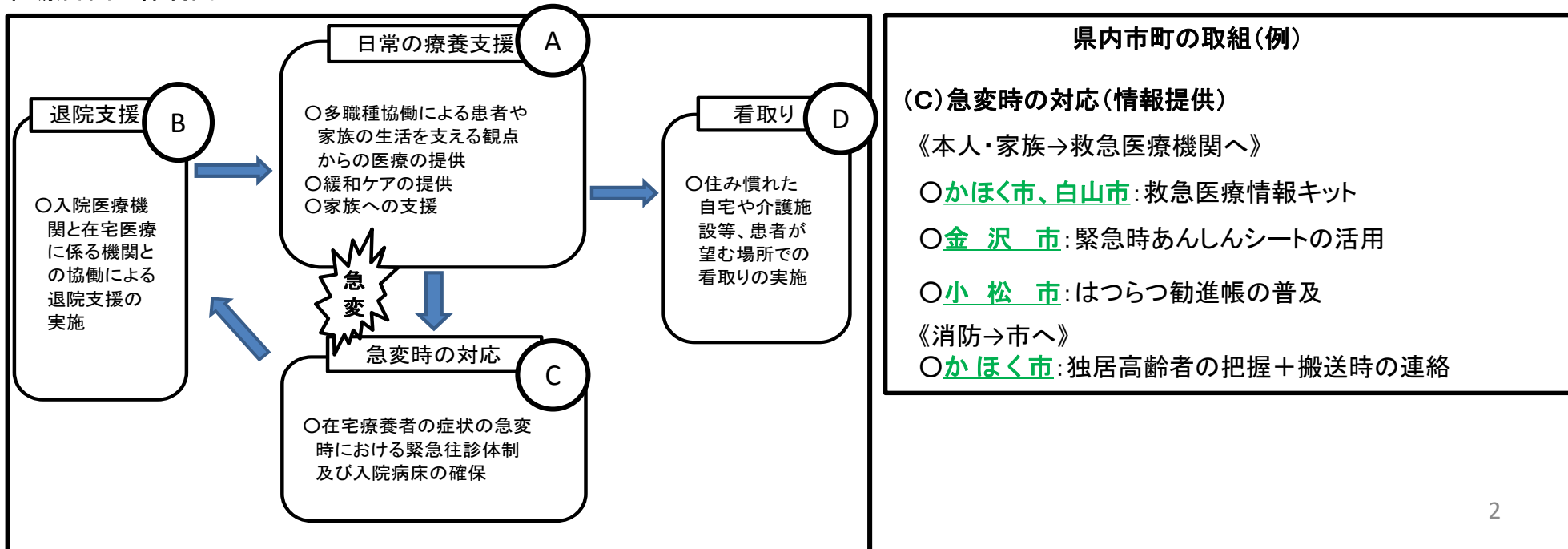
「いしかわ在宅医療・介護連携ルール」 ～急変時の連携編～

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。
- このため、平成30年度においては、
 - (1) 「石川県在宅医療推進協議会」では、県医師会等を中心に、県内市町において行われている取組を踏まえつつ、**(C)の「急変時の情報提供」を円滑化**するために『**いしかわ在宅医療・介護連携ルール ～急変時の連携編～**』を作成しました。
(参考1) 在宅医療連携システム推進事業（県医師会←県地域医療推進室）
 - (2) 県では、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、今後も、必要に応じて、『いしかわ在宅医療・介護連携ルール』の追加・改訂や課題解決のための取組を行っていくことを考えています。
(参考2) 在宅医療・介護連携推進事業（県看護協会←県長寿社会課）

医療計画の体制図



課題

- 現在、一部市町において、(B) 入退院支援を円滑化するための係る取組や(C) 急変時に備えた取組が行われていますが、実際には、救急隊・救急病院が期待する情報が、必ずしも円滑に情報提供されない状況にあります。

1. 救急隊・病院が求めている情報

- 氏名、生年月日、住所、電話番号
- 緊急連絡先
- かかりつけ診療所・病院
- かかっている病気
- 服薬内容
- アレルギー
- ケアマネの連絡先

- 既往症
- ADLの状態等のアセスメント※
- 意思決定できる者が誰か
- 蘇生措置拒否等の意思表示

※軽症患者の場合、病院に搬送後、救急処置が終わればすぐに病棟に入院して病棟での療養がはじまるため、もともと、どの程度日常生活をおくっていたのかを把握する必要があり、搬送された時点でアセスメントが必要

2. 救急隊の情報収集の方法について

- 救急隊は、搬送の際に、医療情報キット、保険証、診察券、薬、お薬手帳、財布など、手がかりになりそうなものをもっていくようにしています。ただし、引き出しを空けるなどの行為はできず、また、必要以上に患者宅に入るのはトラブルのもと（「救急隊にものをとられた」と言われることもある）になるため避けざるを得ない状況にあります。
- このため、医療情報キットなどは、救急隊がすぐに見つけられる場所で保管しておくことが大切であり、かほく市のように医療情報キットをどこで保管するのかルールを決め、それが救急隊に分かるように表示しておくことが望まれます。

(C) 急変時の対応

救急医療情報キットや
緊急時あんしんシート
の様式に項目あり

項目なし

(B) 退院支援

※金沢市・羽咋市の
入退院支援ルール
の様式には、様々な
項目が含まれている
が、急変時に備え
予め記入しておく
ことを想定した
ものではありません。

救急隊に気付いてもらえるように(県内の好事例)

かほく市の救急時の医療情報キット

<使い方>

- ①既往歴、かかりつけ医、緊急連絡先等を医療情報シートに記載
- ②プラスチック製の筒に医療情報シートを入れ、冷蔵庫で保管
- ③玄関扉の裏に、キットを冷蔵庫に保管していることを示すシールを貼る

<対象>

高齢者独居、高齢者のみ世帯(約1200世帯)に対して配布(H25～)

<周知・更新方法>

消防が防火点検(年1回)の際に声かけをし、玄関にシールが貼られているか、記載情報に変更はないか等を確認しているため、普及率は高く、年1回は記載情報の更新の機会がある。

<現況>

- ・搬送時に意識状態の悪い患者の場合、本人からききとりをしなくても医療情報が分かり、搬送先の病院の選定に役立った。

金沢市の緊急時あんしんシート

<使い方>

- ①かかりつけ病院、緊急連絡先等を医療情報シートに記載
- ②冷蔵庫に貼っておく

<対象>

高齢者独居、高齢者のみ世帯のうち、希望者に対し配布(H27～)

<周知方法>

地域包括支援センター、民生委員を通じて配布し、2万2000枚ほど配布済み

<現況>

希望者のみへの配布であり、更なる普及に努めている状況にある

金沢市における要支援者名簿の活用

金沢市福祉局では、75歳以上の高齢者や要介護3以上の方に対して、名簿への掲載を同意するかどうかを確認し、災害時要支援者名簿を作成し消防局に提供。消防局は、災害時要支援者名簿を通信指令本部のデータベースに取りこみ、119番通報を受けた場合、同名簿に掲載された方であれば、通報者が要介護者であることなどが容易に確認できるシステムとなっており、救助活動に活用している。

「いしかわ在宅医療・介護の連携ルール」～急変時の連携編～の全体像

- 『いしかわ在宅医療・介護連携ルール～急変時の連携編～』は、救急医療機関等が望む情報を、出来る限り効率的・効果的に救急医療機関等へ伝えるために、「誰がどの様式を使って情報を整理し、それを誰がどのように管理すれば良いか」をまとめた指針です。

2 「様式」と「作成者」

本人・家族



基本情報

①

主治医



診療情報

②

ケアマネ



ADLの状態等

③

その他
(DNARの
意思表示等)

④

今後の検討課題
(総務省消防庁
における検討を
踏まえ今後検討)

3 支援対象者に応じた 「管理者」と「管理方法」

独居・高齢者世帯
(訪問診療以外)



救急医療
情報キット

①

④

訪問診療利用者



個人ファイル

①

②

③

④

介護施設等



個人ファイル

①

②

③

④

1 支援対象者

救急医療機関
(救急隊)

氏名、生年月日
住所
緊急連絡先
かかりつけ医
かかっている病気
服薬内容
アレルギー

既往症

ケアマネの連絡先
ADLの状態等

蘇生措置拒否
(DNAR)等の
意思表示など

1 支援対象者

- 急変時への備えが特に必要と考えられる支援対象者(優先すべき対象者)としては、「訪問診療を受けている患者」と「介護施設・高齢者向け住宅の入所者」が考えられます。
- なお、一部の市町では、「独居老人や高齢者のみ世帯」を対象とした救急医療情報キットの配布などの取組が行われていますので、既存の取組と整合性を図りながら、取組を進めること必要があります。

今回の支援対象

市町(福祉部局)の支援対象
(救急医療情報キット/
緊急時あんしんシート)

介護施設・高齢者向け住宅の入所者

独居老人・高齢者のみ世帯

訪問診療を受けている患者

(約6,104人(H28))

(居宅30%,有料29%,GH24%,サ高住9%(H28))

(定員)

- ・有料老人ホーム:約4,300人分
- ・特別養護老人ホーム:約7,100人分
- ・認知症グループホーム:約3,000人分
- ・軽費・養護老人ホーム:約2,500人分
- ・サ高住:約1,800人分

ひとり暮らし高齢者数(H27):45,787人
高齢夫婦のみ世帯(H27):53,736世帯

要介護認定者(H30):57,454人
うち要介護3以上:20,979人

2 「様式」と「作成者」

(1) 基本情報

- ・ **患者・家族**に必要な事項を記入していただくことを考えています
- ・ 様式は、一部市町で利用されている**既存様式(救急医療情報、緊急時あんしんシート等)**を参考にして下さい。

(2) 診療情報

- ・ **かかりつけ医**が作成して、患者・家族等に渡していただくことを考えています。
- ・ 様式としては、新たに作成した**「緊急入院時連携シート(かかりつけ医用)」**には、既往歴や診断名、アレルギーや感染症の有無など、救急医療機関が求める情報が盛り込まれていますので、ご活用ください。
- ・ 同連携シートを利用しにくい場合（診断名などを患者・家族に伝えにくい場合）には、**「既存の様式」(居宅療養管理指導料に基づく情報提供様式、訪問看護指示書、主治医意見書等)**で代用していただくことも考えられます。

(3) ADLの状態等の情報

- ・ **介護支援専門員(ケアマネ)**が作成して、患者・家族等に渡していただくことを考えています。
- ・ 様式としては、新たに作成した**「緊急入院時連携シート(ケアマネ用)」**をご活用ください。
- ・ 同連携シートを利用しにくい場合には、介護支援専門員（ケアマネ）が、普段利用している**「ケアマネ・アセスメントシート」**で代用していただくことも考えられます。

(4) DNARの意思表示

- ・ 国の検討会では、DNARの意思表示に対する救急隊の対応について、将来的には、国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアの取組状況等を見ながら、救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めることが望まれるとされており、現在のところ、標準的なルールが示されていません。
- ・ こうしたことから、**本連携ルールでは、DNARの意思表示に関するルールや様式は盛り込まない**こととします。

新

緊急時連携シート(基本情報)

様式(1)[基本情報]

「救急医療情報」(かほく市)

「緊急時あんしんシート」(金沢市)

緊急入院時連携シート 基本情報

年 月 日作成

本人情報

本人氏名	生年月日
自宅住所	性別
入所施設名 <small>※入所中の場合のみ記載</small>	施設電話 <small>※入所中の場合のみ記載</small>

かかりつけ医療機関名

かかりつけ医療機関名
科名・担当医名
電話番号
かかっている病気
服薬内容
アレルギー 無・有()
麻痺 無・有(右手・左手・右足・左足・その他())

緊急搬送先病院(後方支援病院等)

病院名
科名・担当医名

緊急連絡先

連絡先①		連絡先②	
氏名	氏名	続柄	続柄
続柄	続柄	住所	住所
電話	電話	電話	電話
住所	住所	住所	住所

ケアマネジャー連絡先

事業所名
担当者名
電話

持参書類確認欄

服薬情報の分かるもの 医師の診療情報の分かるもの ADL等の情報の分かるもの

医療保険証 ケアマネジャーの名刺

救急情報

平成 年 月 日作成
平成 年 月 日変更

ふりがな	血液型
本人氏名	型Rh()・不明
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日	性別 男 女
住所	電話

医療情報

かかりつけ病院 ①	②
科目・担当医	
住所	
電話	
かかっている病気	
服薬内容	
特記事項 (アレルギーなど)	

緊急連絡先

氏名 ①	②
続柄	
住所	
電話 (日中) (夜間)	(日中) (夜間)

支援事業者

担当者
住所
電話

救急隊への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と輸送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名 _____ 印鑑又はサイン

※ 記入方法は裏面を参照下さい。

ここからはがす

緊急時あんしんシート

私の緊急情報が書いてあります。
緊急時に救急隊や医療機関等に利用してもらいたい情報です。

住所 _____ 電話番号 ()

左右の欄を使って2人分の情報が記載できます。夫婦や兄弟など同居している場合に活用して下さい。

名前	
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
性別 男・女 血液型 A・B O・AB	男・女 血液型 A・B O・AB
かかりつけ病院 電話: ()	電話: ()
主な病気 糖尿病・心臓病・高血圧 その他()	糖尿病・心臓病・高血圧 その他()
服薬内容	
麻痺の有無 麻痺(しびれて動かない)所に○を付けてください。 右手・左手・右足・左足・その他()	麻痺(しびれて動かない)所に○を付けてください。 右手・左手・右足・左足・その他()

第1連絡先 名前 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 () ()

第2連絡先 名前 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 () ()

※ 連絡先となる人にはあらかじめ了解を取ってから記入してください。

特記事項 (救急隊に伝えたいことやケアマネジャー、居宅委員、金沢市地域包括支援センターなどの連絡先など)

このシートを利用した後は、本人または家族に返却して下さい。 作成日 年 月 日

《ポイント》新たに様式を作成される市町におかれましては、

- ・診療情報としては、「現在かかっている病気」や「服薬内容」、「アレルギーの有無」を盛り込まれることを推奨します。また、金沢市の様式のように、「麻痺の有無」を入れれば、脳卒中が疑われる傷病者の発生時に、救急隊が搬送先を選定するのに役立つと考えられます。
- ・連絡先としては、「かかりつけ医」、「後方支援病院」(患者・かかりつけ医と病院の間で予め搬送先病院が決まっている場合)、「ケアマネジャー」、「ご家族の緊急連絡先」(複数)を盛り込むことを推奨します。

様式(2) [診療情報]



緊急入院時連携シート(かかりつけ医用)

緊急入院時連携シート かかりつけ医用		年 月 日更新	記入者	所属
かかりつけ医	医療機関	医師	住所	TEL
本人氏名		生年月日	歳	
本人住所				
既往歴				
①	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
②	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
③	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
④	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
⑤	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
診断名				
①	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
②	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
③	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
④	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
⑤	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
アレルギー	薬物：あり・なし()	食物：あり・なし()		
感染症	HBV()・HCV()・MRSA()・その他()			
診療経過				
投薬内容				
①				
②				
③				
④				
⑤その他:				
医療介護目標(アドバンスケアプランニング)	年	月	日更新	

居宅療養管理指導料に基づく情報提供様式

居宅療養管理指導(介護予防居宅療養管理指導)に基づく情報提供様式(第2版)
記入日:平成 年 月 日

医療機関情報 ※必要項目のみの記入可 (スタンプを使用する場合は、2枚目、3枚目にも押印下さい。)		情報提供先(ケアマネジャー・介護保険事業者等)情報 ※必要項目のみの記入可				
医療機関名:		事業所名:				
医師氏名:		担当者名:				
所在地:		所在地:				
TEL:		TEL:				
FAX:		FAX:				
E-mail:		E-mail:				
利用者情報 ※必要項目のみの記入可	(フリガナ): 氏名: 性別: 男 女 生年月日:(M・T・S 年 月 日生)(歳)					
※必要項目のみの記入可	傷病名: 要介護度:要支援(I II) 要介護(I II III IV V) 介護保険番号: 住所: TEL:					
利用者(家族)の同意に基づき、下記事項について情報提供します。(診療年月日:平成 年 月 日)						
提供先	項目	内容(前回の診療より変更がない場合は、「変更なし」に○)				
ケアマネジャー への情報提供 ※ケアマネジャー以外に情報提供した場合は()内に職種等を記載。	I 利用者の病状、経過等	①発生頻度の高い病態 (変更なし○) □尿失禁 □転倒・骨折 □徘徊 □嘔吐 □易感染症 □心機能の低下 □痛み □脱水 □その他() 対処方法→() ②医学管理の必要性 (変更なし○) □訪問診療 □訪問看護 □訪問リハ □通所リハ □短期入所療養介護 □訪問歯科診療 □訪問歯科衛生指導 □訪問薬剤管理指導 □訪問栄養指導 □その他() ③介護サービス留意事項【入浴・訪問介護等】 (変更なし○) 体位:□特になし □あり() 血圧:□特になし □あり() 嚥下:□特になし □あり() 摂食:□特になし □あり() 移動:□特になし □あり()				
	II 利用者(家族)への指導・助言	Iの①②③④と同じ (変更なし○) 日常生活上の留意点等 Iの①②③④と同じ (変更なし○)				
④その他(下記選択表参照) (1)病状変化(a, b, c, d, e) (2)精神状態(a, b, c, d, e) (3)その他(a, b, c, d, e, f, g, h) コメント:						
<table border="1"> <tr> <td>山病状変化: a. 安定 b. 軽々変化(変化なし) c. 軽々に変化(変化なし) d. 急激に変化(要観察事項) e. 重症のため連絡を要</td> </tr> <tr> <td>②精神状態: a. 安定 b. 見守りや連絡等の配慮が必要 c. コミュニケーションの工夫 d. 夜間に変化(変化なし) e. 要観察が必要</td> </tr> <tr> <td>③その他: a. 血圧が不安定(入浴等に際し要観察) b. 嚥下のため食後に注意 c. インスタント等使用のため食料類に注意 d. 毎日の体調確認 e. 認知の低下(傾聴) f. 排泄指導を行っているため、清潔状態の確認が必要 g. 転倒等による骨折に注意 h. 十分な水分摂取</td> </tr> </table>				山病状変化: a. 安定 b. 軽々変化(変化なし) c. 軽々に変化(変化なし) d. 急激に変化(要観察事項) e. 重症のため連絡を要	②精神状態: a. 安定 b. 見守りや連絡等の配慮が必要 c. コミュニケーションの工夫 d. 夜間に変化(変化なし) e. 要観察が必要	③その他: a. 血圧が不安定(入浴等に際し要観察) b. 嚥下のため食後に注意 c. インスタント等使用のため食料類に注意 d. 毎日の体調確認 e. 認知の低下(傾聴) f. 排泄指導を行っているため、清潔状態の確認が必要 g. 転倒等による骨折に注意 h. 十分な水分摂取
山病状変化: a. 安定 b. 軽々変化(変化なし) c. 軽々に変化(変化なし) d. 急激に変化(要観察事項) e. 重症のため連絡を要						
②精神状態: a. 安定 b. 見守りや連絡等の配慮が必要 c. コミュニケーションの工夫 d. 夜間に変化(変化なし) e. 要観察が必要						
③その他: a. 血圧が不安定(入浴等に際し要観察) b. 嚥下のため食後に注意 c. インスタント等使用のため食料類に注意 d. 毎日の体調確認 e. 認知の低下(傾聴) f. 排泄指導を行っているため、清潔状態の確認が必要 g. 転倒等による骨折に注意 h. 十分な水分摂取						

《ポイント》

- ・今回作成した「緊急入院時連携シート(かかりつけ医用)」には、既往歴や診断名、アレルギーや感染症の有無など、救急医療機関が求める情報を記載できる様式になっていますので、ご活用ください。
- ・同連携シートを定期的に記載し直すことが難しい場合「既存の様式」(居宅療養管理指導料に基づく情報提供様式、訪問看護指示書、主治医意見書等)をご活用いただくことも考えられます。居宅で訪問診療中の患者に対して、診断名などを記入した様式を渡しにくい場合、かかりつけ医と後方支援病院の間で、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」を活用して情報共有いただくことも考えられます。

様式(3) [ADLの状態等の情報]



緊急入院時連携シート(ケアマネ用)

入院時連携シート ケアマネ用		年 月 日更新	記入者	所属
担当ケアマネ		医療機関	医師	住所 TEL
本人氏名	年齢	歳	TEL	
本人住所	介護度	要介護(1・2・3・4・5)・非該当		
家族①	氏名	続柄	住所	TEL 同居・別居
家族②	氏名	続柄	住所	TEL 同居・別居
栄養	主食:	ごはん・おかず・流動食・ミキサー		
	副食:	一般食・一口大・軟食・きざみ・プリンダー		
	飲水:	自立・一部介助・全介助		
	トロミ:	あり・なし		
	その他:	()		
コミュニケーション	聴力	聞こえる・聞こえにくい・聞こえない		
	視力	見える・見えない		
	辞通	可能・不能		
	認知症	I・II・III・IV・M		
	その他:	()		
生活背景	食事	自立・全介助・介助セッティングのみ・介助見守り		
	姿勢・起座	可能・不能		
	排泄	()		
	トイレ介助	介助不要・見守り・介助要		
	オムツ	常時・夜のみ・無		
	ポータブルトイレ	無・有		
	ポータブル介助	不要・見守り・一部介助・全介助		
	バルーンカテーテル	無・有		
	その他:	()		
	移動	自立独歩・自立杖・自立歩行器・歩行見守り・車イス自走・車イス介助・リクライニング・ストレッチャー		
移乗	自立・一部介助見守り・一部介助腰支え・全介助			
服薬	自立・介助見守り・全介助			
口腔清潔	自立・介助歯みがき・介助口腔拭			
義歯	有り上下・有り上のみ・有り下のみ・無し			
清潔	一般浴・機械浴			
連絡先	後見人	氏名	TEL	
		事業所名	担当者	TEL
		事業所名	担当者	TEL

ケアマネアセスメントシート

課題分析標準項目 (アセスメントシート)				No.3
作成年月日 年 月 日				
フリガナ	性別	生年月日	年 月 日 歳	
利用者氏名				
■ADL/IADL				
寝返り	1. できる 2. 何かに頼まればできる 3. できない	排尿	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	
起き上がり	1. できる 2. 何かに頼まればできる 3. できない	現状	計画	
歩行	1. できる 2. 何かに頼まればできる 3. できない	なし・見守りのみ・介助あり	不要・見守り必要・介助必要	
洗身	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	
移乗	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	
食事摂取	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	<input type="checkbox"/> 尿取器	<input type="checkbox"/> 尿取器	
口腔清潔	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 導尿	
上着の着衣	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ	
ズボンの着脱	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助			
薬の内服	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
金銭の管理	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	排便	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	
買物	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	現状	計画	
簡単な調理	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	なし・見守りのみ・介助あり	不要・見守り必要・介助必要	
特記・解決すべき課題など				
■認知・コミュニケーション				
意思の伝達	1. できる 2. とどき伝達できる 3. ほとんどできない 4. 出来ない	介歴に該当する	1. ない 2. とどきある 3. ある	
毎日の目標を理解する	1. できる 2. できない	今の状態から	1. ない 2. とどきある 3. ある	
近年月日や季節を覚える	1. できる 2. できない			
面接課題の直前記憶	1. できる 2. できない			
自分の名前を覚える	1. できる 2. できない			
今の季節を理解する	1. できる 2. できない			
自分のいる場所を覚える	1. できる 2. できない			
詳細	1. ない 2. とどきある 3. ある	コミュニケーションの方法	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用	
外出する目的がない(文字)	1. ない 2. とどきある 3. ある	視聴覚	<input type="checkbox"/> コンタクト使用	
介護者の発言への反応	1. ない 2. とどきある 3. ある		<input type="checkbox"/> 補聴器使用	
願望・願い	1. ない 2. とどきある 3. ある	電話	1. あり 2. なし	
目的なく動く回る	1. ない 2. とどきある 3. ある	言語障害	1. あり () 2. なし	
火の始末・管理	1. ない 2. とどきある 3. ある	コミュニケーション支援機器の使用	1. あり () 2. なし	
不潔行為	1. ない 2. とどきある 3. ある			
異常行為	1. ない 2. とどきある 3. ある	社会活動の状況		
		家族等親近者との交流	1. あり () 2. なし	
		地域近隣との交流	1. あり () 2. なし	
		友人知人との交流	1. あり () 2. なし	

《ポイント》

- ケアマネのアセスメントシートは、統一的な様式はなく、介護保険施設ごとに様々な様式が利用されています。今回作成した「緊急入院時連携シート(ケアマネ用)」には、救急医療機関から求められている項目が盛り込まれていますので、ご活用ください。
- 必要な項目が盛り込まれていれば、既存のアセスメントシートをご活用頂いても構いません。

3 支援対象者に応じた「管理者」と「管理方法」

(1)『訪問診療を受けている患者』(居宅)には、

- 患者宅に個人ファイルを設け、
「様式1」～「様式3」(「様式1」がない市町では「様式2」、「様式3」)などをまとめて
保管することが望まれます。
- 個人ファイルのある患者であると救急隊にすぐに伝わる必要があることから、実際の運用に
向けて、市町、救急隊、郡市医師会等の関係者が協議し、各地域ごとに個人ファイルをどのよう
に保管するのかなどのルール(例. 中が見えないように色のついたクリアファイルに必要書類を入れ、
冷蔵庫に貼るようにする)を決める必要があります。
- また、外出先で救急搬送された場合などを想定し、保険証、診察券、ケアマネの名刺、その他か
かりつけ医や訪問看護師等関与している医療介護従事者の名刺、を一緒にして、普段から持ち歩く
取組をあわせて進めていくことが望まれます。
- かかりつけ医やケアマネ等の関係者におかれましては、様式の作成・配布や、保険証、診察券、
ケアマネの名刺を一緒にして持ち歩くように伝えるなど、ご協力をお願いします。

3 支援対象者に応じた「管理者」と「管理方法」

(2) 『施設入所者』（施設系で訪問診療を受けている患者を含む）には、

- 施設の入所者ファイルに、
- 「様式1」～「様式3」などを保管することが望まれることから、
- 施設管理者におかれましては、かかりつけ医や介護支援専門員等の関係者の協力を得て、様式を入所者ファイルに保管し、急変時にはすぐに持ち出せるようにご協力をお願いします。

(参考)『独居老人・高齢者世帯』（訪問診療なし）には、市町の取組として、

- 市町が取り組んでいる、救急医療情報キット(緊急時あんしんシート)などを活用し、
- 最低限「様式1」を保管する取組を進めていくことが望まれます。

ルールの普及・周知方法について(案)

STEP1 在宅医療推進協議会等で、郡市医師会等関係団体に周知

→3/29：在宅医療推進協議会

別途、市町(福祉部局、消防本部)等に周知

→5/14：在宅医療推進事業打合せ会

→6/20：在宅医療・介護連携推進担当者研修

STEP2 郡市医師会、市町、消防本部、介護施設など関係者間で、救急隊が患者宅(介護施設内に)ファイルを保有している患者であることを把握するためのルールを決める

STEP3 郡市医師会から「かかりつけ医」に、介護支援専門員協会支部から「介護支援専門員」に周知

STEP4 「かかりつけ医」や「介護支援専門員」等が連携のうえ、様式を作成・配布し、患者・家族に説明(※行政からシートの配布がある市町は、あわせて患者・家族に記入してもらう)

STEP5 「かかりつけ医」(訪問診療時)や「介護支援専門員」(訪問時)は、連携シートの保管状況を確認するとともに、投薬内容等に変更があれば、連携シートを更新

「いしかわ在宅医療・介護連携ルール」
～入退院支援編～

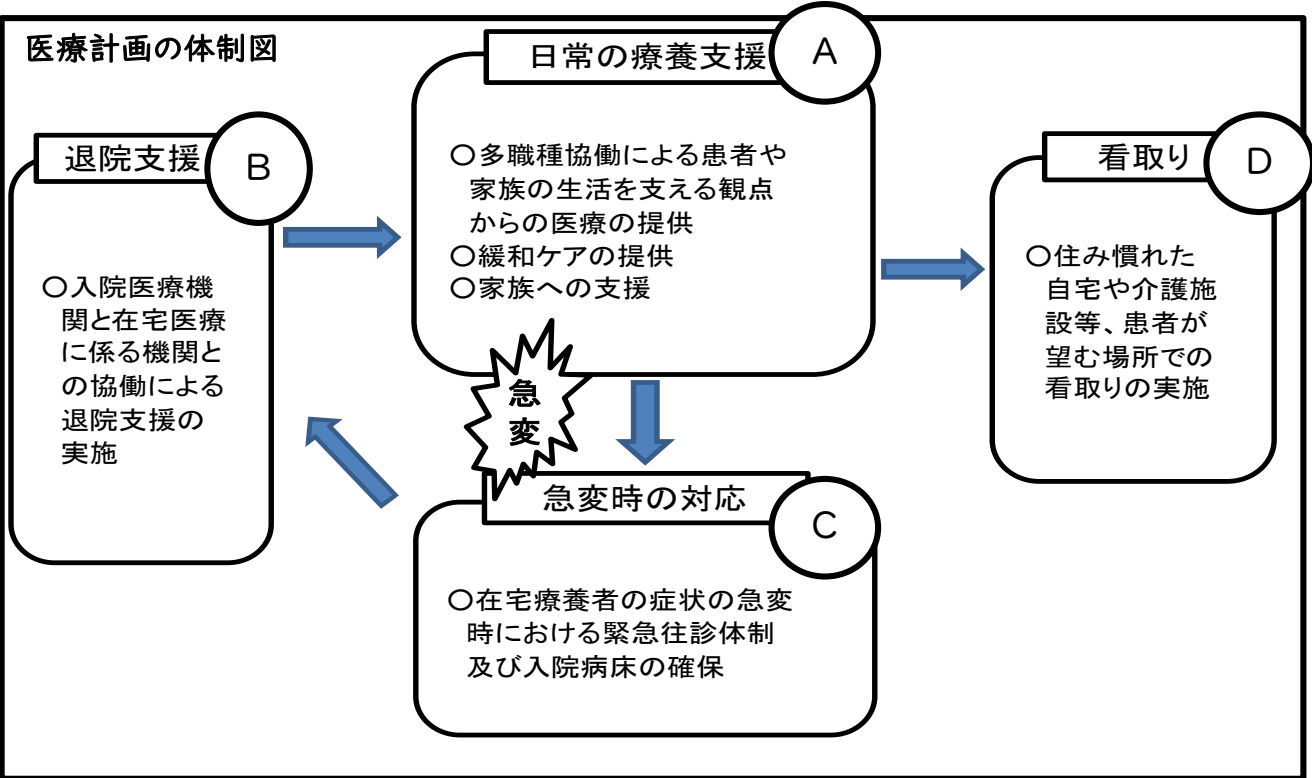
石川県在宅医療推進協議会
石川県医師会
石川県健康福祉部

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/0000054119.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					
本人の生活観					
入院前の本人の生活に対する意向	〇 自身の居宅サービス計画(1)参照				
入院前の家族の生活に対する意向	〇 自身の居宅サービス計画(1)参照				

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	〇 両方の書類を揃えている 〇 両方の書類を揃えていない 〇 居宅サービス計画書1,2,3表 〇 その他()				
-----------------	------------------------------------------------------------	--	--	--	--

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	〇 独居 〇 高齢者世帯 〇 子と同居(家族構成員数 名) * 〇 日中独居 〇 その他()				
世帯に対する配慮	〇 不要 〇 必要()				
退院後の主介護者	〇 本シート2に同じ 〇 左記以外(氏名 姓 名 年齢)				
介護力*	〇 介護力が見込める(〇 十分 - 〇 一部) 〇 介護力は見込めない 〇 家族や支援者がいない				
家族や同居者等による虐待の疑い*	〇 なし 〇 あり()				
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	〇 希望あり				
「退院前カンファレンス」への参加	〇 希望あり 〇 希望なし()				
「退院前退院準備」を実施する場合は同行	〇 希望あり				

* = 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 〇 昼 〇 夜 〇)			食事制限	〇 あり() 〇 なし 〇 不明
	食事形態	〇 普通 〇 飲み 〇 嚥下障害食 〇 ミキサー			UDF等の食事区分	
口腔	摂取方法	〇 経口 〇 経管栄養			水分とろみ	〇 なし 〇 あり 〇 水分制限 〇 あり() 〇 なし 〇 不明
	嚥下機能	〇 むせない	〇 時々むせる	〇 常にむせる	嚥薬	〇 なし 〇 あり(部分・経口)
排泄*	口腔清潔	〇 良	〇 不良	〇 著しく不良	〇 口鼻	〇 なし 〇 あり
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	〇 なし 〇 夜間 〇 常時
睡眠の状態	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	〇 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()			服薬の使用
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
コミュニケーション能力	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		
入院歴*	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*	〇 なし 〇 慢性疼痛 〇 認知症 〇 急性呼吸器感染症 〇 脳血管障害 〇 骨折 〇 その他()				
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*	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 尿管切開 〇 胃ろう 〇 経管栄養 〇 経腸栄養 〇 褥瘡 〇 保通カテーテル 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

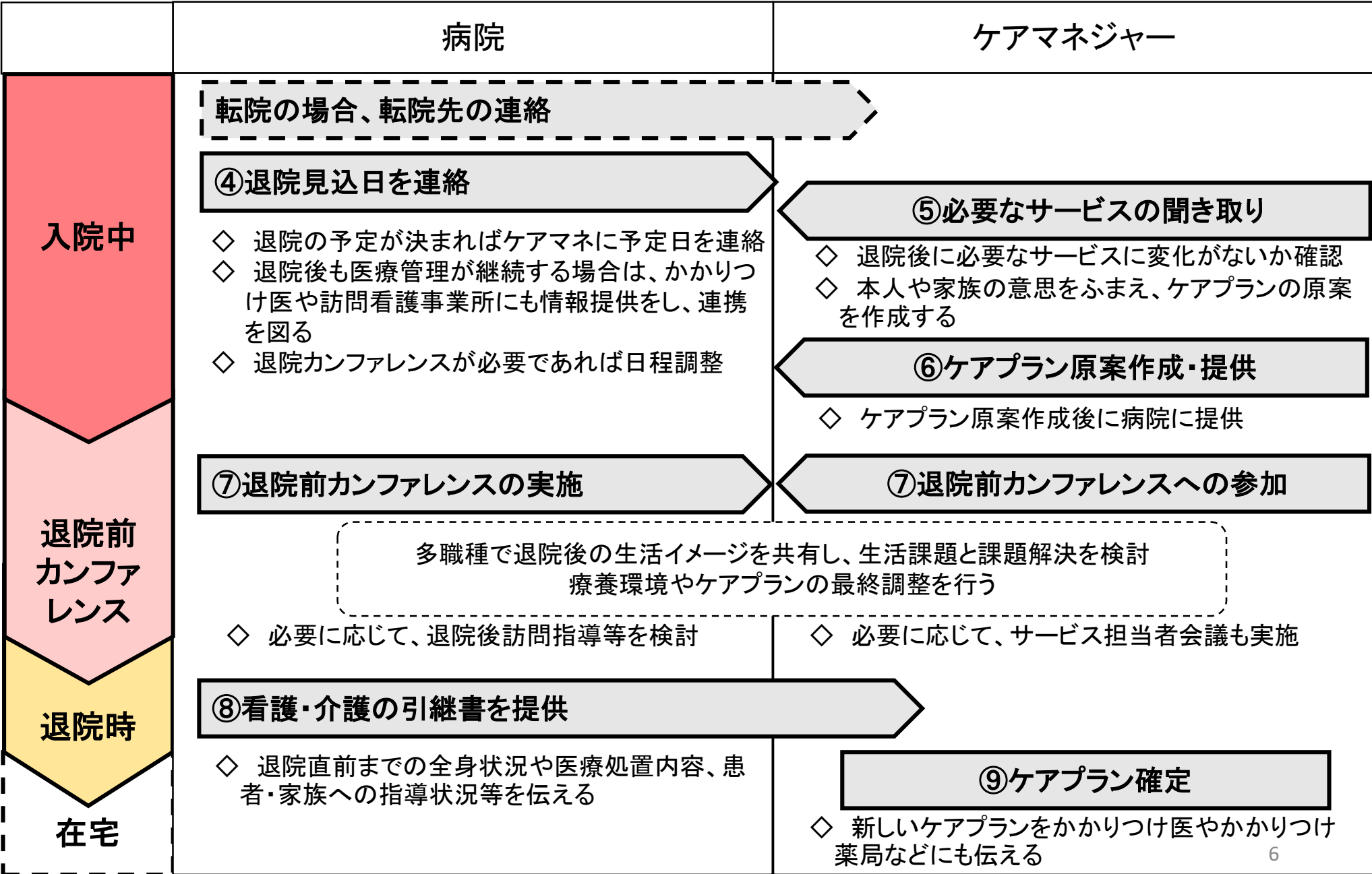
内服薬	〇 なし 〇 あり() 〇 居宅療養管理計画 〇 なし 〇 あり(職種:)				
薬剤管理	〇 自己管理 〇 他者による管理(・管理者: 〇 〇 〇) 〇 管理方法: ()				
投薬状況	〇 処方通り服用 〇 時々飲み忘れ 〇 飲み忘れが多い、処方を守られていない 〇 服薬拒否				
お薬に関する特記事項					

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 〇 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

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

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



認知症GH

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



特養・老健・介護医療院

初期加算(30日間)

入所生活に慣れるための支援に係る費用



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

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



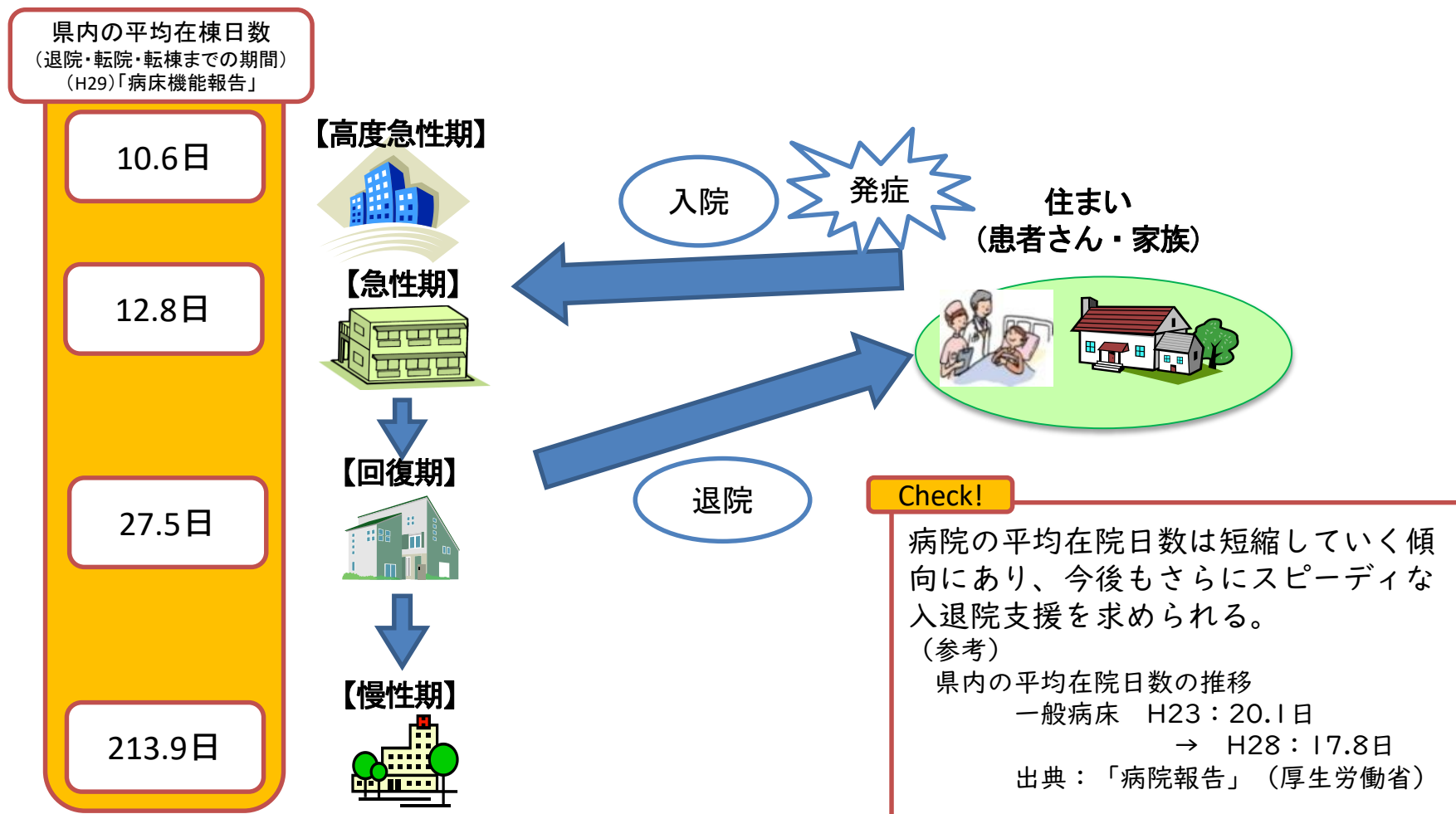
特定施設



※各種居宅サービス等利用

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。