

中北圏域 入退院連携ルール

～病院とケアマネジャー編～

周知のための説明ガイド

～退院後必要な医療と介護を切れ目なく受けられるように～

令和2年(2020年)2月

中北保健福祉事務所管内在宅医療・介護広域連携会議

入退院連携ルール作業部会

はじめに

山梨県では、「健康長寿やまなしプラン」において、入退院時における医療機関職員とケアマネジャーの広域的な連携体制を整備することとし、4つの圏域ごとに入退院連携ルールを策定することが決定しました。中北保健福祉事務所管内在宅医療介護広域連携会議においては、連携手段の標準化やルールづくりが必要であり、そのためには「共通の連携ルール」があるとうい意見を受け、入退院連携ルール部会を設置しました。そして、中北圏域においては、平成30年度にルールを策定し、令和元年5月に入退院連携ルールが関係機関に配布され、運用がスタートしました。

今回、周知を行う担当者(管理者等)の周知の標準化を目指し、ルールのポイントについて明記したガイドの作成を行いました。このガイドが周知を行う担当者(管理者)の皆様の参考になれば幸甚であります。

—ガイド作成の目的—

入退院連携ルールの周知を行う担当者(管理者等)が、限られた時間(30分程度)で、ルールのポイントを明確に伝えることが目的です。

—ガイドを利用して周知を行う担当者—

各施設の管理者等(施設長、所属長、看護師長、主任ケアマネジャーなど)

—ガイドの利用について—

ルールの周知を行う担当者の理解を標準化するために、「Point」や「まとめ」を示しました。説明会など周知を行う際の参考にしてください。

—配布資料について—

本ガイドは周知を行う担当者(管理者等)向けに作成された資料です。周知を行う際は、対象者に、ルール(全体版)か、ルール(ダイジェスト版)を配付してください。

2020. 2 初版

問い合わせ先

山梨県中北保健福祉事務所 長寿介護課

入退院連携ルール担当

TEL:055-237-1383

FAX:055-235-7115

1. 目的

介護保険サービス等を利用する方が、入院及び退院をするに当たり、病院とケアマネジャー間で、本人についての情報のやり取りの仕方を標準化し、これを、関係者が実践することで連携を強化し、本人が切れ目なく必要な医療と介護を受けられるようにすることを目的とする。



ご本人が必要な医療と介護を受けることができるように、病院とケアマネジャー、地域包括支援センターの連携の方法や流れを統一し、すれ違いを無くすことが入退院連携ルールの大きな目的です。

2. 対象の地域と連携機関

中北圏域の甲府市・韮崎市・南アルプス市・北杜市・甲斐市・中央市・昭和 町の7市町に所在する 病院・有床診療所・居宅介護支援事業所・介護保険施設等・地域包括支援センター



原則として、病院と居宅介護事業所の所在地が中北エリア内にある場合に、ルールが適応されます！

ただし、広域的に入退院支援をする場合は、入院の時は病院の所在地のルールに従ってください。また、退院の時は本人の住所地のルールに従ってください。

4つの圏域毎に入退院連携ルールが存在します。

- ① **中北圏域：中北圏域 入退院連携ルール～病院とケアマネジャー編～**
- ② **峡東圏域：医療と介護の連携手引き**
- ③ **峡南圏域：峡南地域入退院時の病院とケアマネジャー連携の手引き**
- ④ **富士・東部圏域：富士・東部 医療と介護の入退院連携ルール(令和元年11月策定)**

< 各圏域のルールを検索方法 >

○ 中北圏域入退院連携ルール～病院とケアマネジャー編～

トップ > 組織から探す > 中北保健福祉事務所(中北保健所)>
中北圏域入退院連携ルール
<https://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/index.html>

○ 山梨県峡東地域 医療と介護の連携の手引き

トップ > 組織から探す > 在宅医療・在宅療養(峡東保健福祉事務所)
<https://www.pref.yamanashi.jp/kt-hokenf/ganjouhou.html>

○ 峡南地域入退院時の病院とケアマネジャー連携ルールの手引き

「峡南地域入退院時の病院とケアマネジャー連携ルールの手引き」で検索
<https://kyonan-zaitaku.jp/publics/index/84/>

○ 富士・東部地域 医療と介護の入退院連携ルール

トップ > 医療・健康・福祉 > 高齢者福祉 > 介護保険・介護サービス >
介護保険(富士・東部保健福祉事務所) >
富士・東部地域の医療と介護の連携について
https://www.pref.yamanashi.jp/ft-hokenf/iryuu-kaigo_renkei.html

3. 支援の対象者

病院等へ入院及び退院する介護保険サービス利用対象者(40歳以上の第2号被保険者を含む)で、次のいずれかに該当する方。

- ① 入院前からケアマネジャーが決まっており、介護保険サービス等を利用している場合 ⇒P.3 (A)の流れ
- ② 退院後に介護保険サービス等の利用が見込まれる方で、
ケアマネジャーが決まっている場合 ⇒P.3 (A)の流れ
ケアマネジャーが決まっていない場合 ⇒P.4 (B)の流れ

※退院支援が必要な方の目安については、入退院連携ルール P5別添参考資料を参照



ルールは、Aルール、Bルールの2つがあります！
ケアマネジャーが、決まっている場合はAルール
ケアマネジャーが、決まっていない場合Bルール
(利用対象者は、40歳以上の第2号被保険者を含む)

4. 支援の担当者

病院：医療連携室担当者（医療ソーシャルワーカー・看護師）

病棟及び外来看護師 等

地域：ケアマネジャー（施設ケアマネを含む）・地域包括支援センター担当者 等



（各窓口については、別添一覧参照を促す）

病院ごとに、入退院支援を担当する部署や職種が異なります。窓口を明確にするために「担当者一覧」を作成しました。

病院とケアマネジャー、地域包括支援センターが相互に、連携窓口や担当者、対応時間を理解することにより、すれ違いの防止に繋がります。

5. 運用に当たって

- この入退院連携ルールは、介護保険サービス等を利用する方に療養が必要になった際、本人や家族が望む療養生活ができるよう、病院とケアマネジャーを中心に、医療と介護の関係者が連携を取りやすくするための基本的な流れを示したものです。
- 当ルールにおける連絡やカンファレンスのタイミングは、医療機関及び居宅介護支援事業所で算定できる加算要件を意識して設定してありますが、本人の病状及び治療の内容や生活環境等、状況に応じて病院担当者とケアマネジャーで調整の上、決定してください。
- 情報共有に必要な様式等は定めておりません。各医療機関、事業所、市町村等で利用中の様式等を有効に活用し、関係者間で共有してください。
- 連携プロセスにおいては、本人や家族を中心とした関係機関の多職種による有機的な連携を想定しています。ルールが先行し、本人や家族が置き去りにならないようにしてください。
- また個人情報の取り扱いには、十分にご留意ください。
- ルールの評価・見直しは、必要に応じて「中北保健福祉事務所管内在宅医療・介護広域連携会議」にて協議していきます。



ご本人やご家族を中心とした連携を行うことが大切です。原則に沿って対応していただくことが重要ですが、ルールは基本的な枠組みです、必要に応じて、柔軟に対応してください。

○ ルール本編について(病院編)

A ルールのポイント



入院前からケアプランを通じて、サービスの内容だけでなく、ご本人の生活状況や想いを把握することが大切です。

入院時、ご本人が「連携のノート」や「想いのマップ」などのツールを持っている場合があります。ご本人に許可をいただき、内容を見せていただくと、支援の参考になります。

入院が決定したときから退院支援は始まっています。「入院期間の見込み」、「カンファレンスの設定」、「退院日の決定」と細やかにケアマネジャーに連絡・相談することが大切です。カンファレンスは、多職種の参加が望ましいです。

また、カンファレンスは、退院前に限らず、入院直後や、入院中期に行った方が有効な退院支援につながります。ご本人の状況に応じて検討してください。

B ルールのポイント



A ルールとの違いは、「介護保険サービス等の利用検討」のフェーズです。それ以外は、A ルールと同様です。

「介護保険サービス等の利用検討」のフェーズについて、本ルールでは【要支援もしくは要介護認定を受けている場合】、【介護保険申請中の場合】、【介護保険未申請の場合】に分けて、支援方法を記載しています。

特に【介護保険未申請の場合】について、市町村ごとにサービス利用開始までの方法が異なるため、地域包括支援センターと相談してすすめていきます。慌てて、ご本人やご家族に「市役所に申請に行ってください」と案内しないように注意してください。

○ ルール本編について(ケアマネ編)

A ルールのポイント



入院前からの社会背景や生活歴・病歴・本人の退院を踏まえた意向を病院に伝えることは、本人の意志決定をサポートし、尊厳を守ることになります。このとき、「入院時情報提供書」「退院・退所情報記録書」(介護報酬の解釈1(P718・P719))を参考に情報を病院側に伝えることがポイントです。入退院情報連携加算のルールは3日以内若しくは7日以内です。切れ目ない医療と介護の連携は、本人・家族の利益につながります。

入院後は病院と細やかに連携をはかり、およその入院期間の確認をおこないます。本人・家族の意向を入院療養や在宅療養につなげるために関係機関の多職種が、目標の共有するためのカンファレンスに参加しましょう。参加するときは、カンファレンスの開催の目的や必要性、検討内容をわかりやすく伝える工夫をしましょう。

B ルールのポイント



病院の医療連携室等の担当者より地域包括支援センターに相談が入った場合、介護認定をお持ちの方は、具体的に本人の状況や意向、退院の見通し等の情報を共有しましょう。利用するサービス・事業等を検討しましょう。

介護保険が必要な場合は適切なタイミングで申請ができるよう調整しましょう。

新規に介護申請をする場合、市町によっては認定結果が出る前にサービスを利用する際はサービス費用が自費になることがあります。

要介護認定と判断された場合は、病院と地域包括支援センターで協働してケアマネジャーの選定を支援しましょう。

地域包括支援センター又は本人・家族より依頼されたケアマネジャーは早急に入院している病院の医療相談室と本ルールを利用し連携を図り、本人の退院支援を行っていきましょう。

必要に応じて要介護認定の進捗状況などについては、保険者に確認していきましょう。

ま と め

「入退院連携ルール」は、中北エリアで唯一コンセンサス(合意形成)が得られた医療と介護の連携ルールです。

「入退院連携ルール」は、日頃私たちが行っている、ごくごく普通な連携プロセスですが、その背景には、病院とケアマネジャーのすれ違いという現実があります。これをなくし、ご本人やご家族が、必要としている医療や介護を受け、在宅生活に困ることがないようにすることが入退院連携ルールの目的です。

入退院連携ルールは、病院とケアマネジャーが行うべき連携プロセスが記載されており、目指すべきアウトカム(結果)は、本人やその家族が「退院後に必要な医療や介護を切れ目なく受けること」であります。

病院とケアマネジャーの円滑な連携には、支援を行う担当者だけではなく、多くのチームメンバー(多職種)の歩み寄りが大切であり、入退院連携ルールでは、そこを強調しています。

「地道な連携、丁寧な連携」というマナーをルールとして実践し、結果として、ご本人やご家族が、退院後に必要な医療や介護を受けること、更には「安心・安全な生活」、「尊厳ある自分らしい暮らし」を送ることができるようにサポートすることが何より大切です。

職場にあった形で、入退院連携ルールを上手に活用してもらえるように伝えていきましょう。

原則として、病院と居宅介護事業所の所在地が中北エリア内にある場合に、ルールが適応されます！

ただし、入院の時は病院の所在地のルールに従ってください。

また、退院の時は本人の住所地のルールに従ってください。

入退院連携ルールを運用するにあたり、今後ルールをより良いものに改善するために、皆様からのご意見やご感想がありましたら、窓口(問い合わせ先)までご報告をお願い申し上げます。

■令和元年度中北保健福祉事務所管内在宅医療介護連携会議 入退院連携ルール作業部会員

部会長	中村 成一郎	山梨県医療社会事業協会 理事
副部会長	小石川 好美	県看護協会中北地区支部 支部長
	宮下 貴文	山梨県介護支援専門員協会甲府支部 支部長
	渡邊 美代香	山梨県介護支援専門員協会峡中支部 支部長
	清水 毅	山梨県介護支援専門員協会峡北支部 支部長
	佐野 和子	県立中央病院患者支援センター 副看護師長
	小田切 由美子	韮崎市立病院地域連携室 看護師長
	原田 康幸	甲府市介護予防課医療介護支援係 係長
	馬場 かおる	甲府市介護予防課医療介護支援係 係長
	保坂 由美	韮崎市長寿介護課(地域包括支援センター) リーダー
	塚原 麻理	南アルプス市介護福祉課(地域包括支援センター) 主幹
	増山 さゆり	北杜市介護支援課(地域包括支援センター) 保健師
	藤原 布美	甲斐市長寿推進課(地域包括支援センター) 係長
	内田 直子	中央市高齢介護課(地域包括支援センター) リーダー
	田中 恵子	昭和町いきいき健康課(地域包括支援センター)センター長

■令和元年度中北保健福祉事務所管内在宅医療介護連携会議 入退院連携ルール作業部会員

(ガイド作成編集委員)

委員長	中村 成一郎	山梨県医療社会事業協会 理事
副委員長	小石川 好美	県看護協会中北地区支部 支部長
	宮下 貴文	山梨県介護支援専門員協会甲府支部 支部長
	塚原 麻理	南アルプス市介護福祉課(地域包括支援センター) 主幹
	内田 直子	中央市高齢介護課(地域包括支援センター) リーダー