

5 入退院における医療・介護の連携方法

A 入院する前から介護保険サービスを利用している場合

- ★ 対象者は、原則として「要介護1以上の利用者」とするが、必要に応じて、要支援の利用者に関しても、情報提供等の連携をとる。

入院前（在宅時）

介護支援専門員

○ 医療・介護関係書類の一括保管依頼、保管状況確認

- 本人・家族に対し、医療・介護関係書類を一緒に保管し、入院の際、入院医療機関に提示するように依頼し、必要に応じて、保管状況を確認する。

＜医療・介護関係書類＞

- ・ 健康保険被保険者証
- ・ 福祉医療費受給者証
- ・ かかりつけ医の診察券
- ・ お薬手帳
- ・ 介護保険被保険者証
- ・ 介護支援専門員連絡先
- ・ 身体障害者手帳
- ・ 精神障害者保健福祉手帳
- ・ 療育手帳
- ・ 限度額適用・標準負担額減額認定証

予定入院の場合

入院医療機関

○ 介護保険サービス利用状況等の確認

- 本人・家族に対し、医療・介護関係書類の提示を依頼し、介護保険サービスの利用状況、介護支援専門員の連絡先等を確認する。

○ 介護支援専門員への入院連絡、介護支援情報の提供依頼

- 介護保険サービスの利用者である場合は、入院が決まり次第、入院する旨を本人・家族を通じて又は直接、介護支援専門員に連絡し、介護支援情報の提供を依頼する。

○ 診療情報等の収集

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等から診療情報などを収集する。

介護支援専門員

○ 関係機関への入院連絡、介護保険サービス等の調整

- 利用者が入院することがわかり次第、必要に応じて、介護サービス事業所、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等関係機関に連絡し、介護保険サービスなどの調整を行う。

入院時・転院時

入院医療機関

○ 介護保険サービス利用状況等の確認

- 本人・家族に対し、医療・介護関係書類の提示を依頼し、介護保険サービスの利用状況、介護支援専門員の連絡先等を確認する。

＜医療・介護関係書類＞

- ・ 健康保険被保険者証
- ・ かかりつけ医の診察券
- ・ 介護保険被保険者証
- ・ 身体障害者手帳
- ・ 療育手帳
- ・ 福祉医療費受給者証
- ・ お薬手帳
- ・ 介護支援専門員連絡先
- ・ 精神障害者保健福祉手帳
- ・ 限度額適用・標準負担額減額認定証

○ 介護支援専門員への入院連絡、介護支援情報提供依頼

- 介護保険サービスの利用者である場合は、入院した旨を本人・家族を通じて又は直接、介護支援専門員に連絡し、介護支援情報の提供を依頼する。

○ 診療情報等の収集

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等から診療情報などを収集する。

介護支援専門員

○ 関係機関への入院連絡、介護保険サービス等の調整

- 利用者が入院したことがわかり次第、必要に応じて、介護サービス事業所、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等関係機関に連絡し、介護保険サービスなどの調整を行う。

入院中

入院初期

介護支援専門員

○ 入院医療機関への介護支援情報の提供

- 利用者情報提供書（参考様式1）等により入院医療機関へ介護支援情報を提供する。
 - ・ 入院後3日以内（入院時情報連携加算Ⅰ〔介護報酬〕）
 - ・ 入院後7日以内（入院時情報連携加算Ⅱ〔介護報酬〕）

入院医療機関

○ 患者情報の収集、要退院支援者の把握

- ・ 入院後3日以内（入退院支援加算1）
- ・ 入院後7日以内（入退院支援加算2）

○ 本人・家族との面談

- ・ 一般病棟：入院後7日以内（入退院支援加算1）
- ・ 療養病棟：入院後14日以内（入退院支援加算1）
- ・ できるだけ早期に（入退院支援加算2）

○ 多職種カンファレンスの実施

- ・ 入院後7日以内（入退院支援加算1）
- ・ できるだけ早期に（入退院支援加算2）

○ 退院支援計画の作成

- ・ 入院後7日以内に作成に着手（入退院支援加算1、2）

※ 診療報酬、介護報酬については、入院医療機関・事業所の実情に応じて適用（以下同じ）。

退院に向けての調整期間

入院医療機関

○ 退院支援計画に基づく支援の実施

- 退院支援計画に沿った支援を実施し、退院時期等について適宜確認する。

○ 退院前カンファレンスの実施

- 関係者による退院前カンファレンスを開催し、退院後の方向性を決定する。

(退院時共同指導料2)

<退院前カンファレンス参加者> (必要に応じて)

- ・ 本人・家族
- ・ 入院先医療スタッフ
 - ・ 医師
 - ・ 看護師
 - ・ 薬剤師
 - ・ 管理栄養士
 - ・ 理学療法士
 - ・ 作業療法士
 - ・ 言語聴覚士
 - ・ 社会福祉士
- ・ 介護支援専門員
- ・ 介護サービス事業所
- ・ かかりつけ医
- ・ かかりつけ歯科医師
- ・ かかりつけ薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ その他

○ 本人・家族に対する介護支援専門員との共同指導

- 本人・家族に対し、介護支援専門員と共同して退院後の療養及び介護に関する指導を行う。
- 介護支援専門員との情報共有は、必要に応じて、介護支援等連携指導書(退院時連携)(参考様式2)等を活用する。
- 指導後、介護支援専門員に、その内容を反映したケアプランの写しの提出を依頼する。(以上、介護支援等連携指導料)

○ 本人・家族に対する退院後の医療処置や介護方法の指導

○ 地域の見守り支援等の相談

- 退院後、地域の見守り支援等が必要と思われる場合は、本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに相談する。

介護支援専門員

○ 退院前カンファレンスへの出席(退院・退所加算〔介護報酬〕)

○ 本人・家族に対する入院医療機関との共同指導

- 本人・家族に対し、入院医療機関と共同して退院後の療養及び介護に関する指導を行う。(退院・退所加算〔介護報酬〕)

○ ケアプランへの反映

- 退院前カンファレンス及び入院医療機関との共同指導の内容をケアプランに反映させ(退院・退所加算〔介護報酬〕)、その写しを入院医療機関に提出する。
- 必要に応じて、介護保険サービスの調整、介護認定区分変更申請の支援を行う。

退院時

入院医療機関

○ 介護支援専門員への退院連絡、介護支援情報の提供

- 退院予定日が決まり次第（できれば退院1週間前までに）、退院する旨を介護支援専門員に連絡する。
- 退院時の患者の状況について、必要に応じて、本人・家族の了承を得た上で、介護支援等連携指導書（退院時連携）（参考様式2）、看護連絡票（参考様式3）等により介護支援情報を提供する。

○ 市町村、地域包括支援センターへの退院連絡

- 退院後の地域の見守り支援等について市町村又は地域包括支援センターに相談した場合は、退院予定日が決まり次第（できれば退院1週間前までに）、退院する旨を本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに連絡する。

○ 診療情報等の提供

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等に診療情報などを提供する。

介護支援専門員

○ 関係機関への退院連絡、介護保険サービス等の調整

- 退院予定日がわかり次第、必要に応じて、介護サービス事業所、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等関係機関に連絡し、介護保険サービスなどの調整を行う。
- かかりつけ医、かかりつけ薬局との連絡については、必要に応じて「医療と介護との連携マニュアル～Ver.5～（長野県医療と介護との連携検討会）」の他職種シート（様式1～6）等を活用する。

退院後

入院医療機関

○ 介護支援専門員との連携

- 介護支援専門員と連絡をとり、必要に応じて、看護師等が利用者宅を訪問する等、連携を図る。

介護支援専門員

○ ケアプランのモニタリングの実施

- 退院後、早期に利用者宅を訪問し、ケアプランのモニタリングを行う。
- 必要に応じて、ケアプランの見直しを行い、介護保険サービスの調整、介護認定区分変更申請の支援を行う。

○ かかりつけ医等への介護支援情報の提供

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等に介護支援情報を提供する。

市町村・地域包括支援センター

○ 地域の見守り支援等の実施

- 退院後の地域の見守り支援等について相談があった場合は、必要な支援を行う。
 - ・ サービス事業所によるサービス提供
 - ・ インフォーマルサービス提供等
 - ・ 近所・民生委員等の見守り
 - ・ 高齢者権利擁護対応

B 入院する前は介護保険サービスを利用していなかったが、退院後に介護保険サービスの利用が具体的に見込まれる場合

入院中

入院初期

入院医療機関

○ 患者情報の収集、要退院支援者の把握

- ・ 入院後3日以内（入退院支援加算1）
- ・ 入院後7日以内（入退院支援加算2）

○ 本人・家族との面談

- ・ 一般病棟：入院後7日以内（入退院支援加算1）
- ・ 療養病棟：入院後14日以内（入退院支援加算1）
- ・ できるだけ早期に（入退院支援加算2）

○ 多職種カンファレンスの実施

- ・ 入院後7日以内（入退院支援加算1）
- ・ できるだけ早期に（入退院支援加算2）

○ 退院支援計画の作成

- ・ 入院後7日以内に作成に着手（入退院支援加算1、2）

○ 診療情報等の収集

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等から診療情報などを収集する。

退院に向けての調整期間

入院医療機関

○ 退院支援計画に基づく支援の実施

- 退院支援計画に沿った支援を実施し、退院時期等について適宜確認する。

○ 退院前カンファレンスの実施

- 関係者による退院前カンファレンスを開催し、退院後の方向性を決定する。

(退院時共同指導料2)

〔退院前カンファレンス参加者〕 (必要に応じて)

- ・ 本人・家族
- ・ 入院先医療スタッフ
 - ・ 医師
 - ・ 管理栄養士
 - ・ 言語聴覚士
 - ・ かかりつけ医
 - ・ かかりつけ薬局
 - ・ 地域包括支援センター
- ・ 看護師
- ・ 理学療法士
- ・ 社会福祉士
- ・ かかりつけ歯科医師
- ・ 訪問看護事業所
- ・ その他
- ・ 薬剤師
- ・ 作業療法士

○ 本人・家族に対する退院後の医療処置や介護方法の指導

○ 介護認定申請の相談

- 退院後、介護保険サービスの利用が見込まれる場合は、介護認定申請について、本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに相談する。

○ 地域の見守り支援等の相談

- 退院後、地域の見守り支援等が必要と思われる場合は、本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに相談する。

市町村・地域包括支援センター

○ 介護認定申請等の支援

- 介護認定申請について相談があった場合は、介護認定申請及び介護支援専門員の選任について支援する。

介護支援専門員選任時

介護支援専門員

○ 入院医療機関への連絡

- 選任された旨を入院医療機関に連絡し、今後の連絡方法等について確認する。

介護支援専門員選任後

入院医療機関

○ 退院前カンファレンスの実施

- 関係者による退院前カンファレンスを開催し、退院後の方向性を決定する。
(退院時共同指導料2)

〔退院前カンファレンス参加者〕 (必要に応じて)

- ・ 本人・家族
- ・ 入院先医療スタッフ
 - ・ 医師
 - ・ 管理栄養士
 - ・ 言語聴覚士
 - ・ 看護師
 - ・ 理学療法士
 - ・ 社会福祉士
 - ・ 薬剤師
 - ・ 作業療法士
- ・ 介護支援専門員
- ・ 介護サービス事業所
- ・ かかりつけ医
- ・ かかりつけ歯科医師
- ・ かかりつけ薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ その他

○ 本人・家族に対する介護支援専門員との共同指導

- 本人・家族に対し、介護支援専門員と共同して退院後の療養及び介護に関する指導を行う。
- 介護支援専門員との情報共有は、必要に応じて、介護支援等連携指導書(退院時連携)(参考様式2)等を活用する。
- 指導後、介護支援専門員に、その内容を反映した暫定ケアプランの写しの提出を依頼する。(以上、介護支援等連携指導料)

介護支援専門員

○ アセスメント、家屋調査の実施

- 本人の状況を確認するため、アセスメントを行うとともに、家屋調査が必要な場合、可能であれば入院医療機関と共同で行う。

○ 退院前カンファレンスへの出席(退院・退所加算〔介護報酬〕)

○ 本人・家族に対する入院医療機関との共同指導

- 本人・家族に対し、入院医療機関と共同して退院後の療養及び介護に関する指導を行う。(退院・退所加算〔介護報酬〕)

○ 暫定ケアプランの作成

- 退院前カンファレンス及び入院医療機関との共同指導の内容を踏まえ、暫定ケアプランを作成し(退院・退所加算〔介護報酬〕)、その写しを入院医療機関に提出する。

退院時

入院医療機関

○ 介護支援専門員への退院連絡、介護支援情報の提供

- 退院予定日が決まり次第（できれば退院1週間前までに）、退院する旨を介護支援専門員に連絡する。
- 退院時の患者の状況について、必要に応じて、本人・家族の了承を得た上で、介護支援等連携指導書（退院時連携）（参考様式2）、看護連絡票（参考様式3）等により介護支援情報を提供する。

○ 市町村、地域包括支援センターへの退院連絡

- 退院後の地域の見守り支援等について市町村又は地域包括支援センターに相談した場合は、退院予定日が決まり次第（できれば退院1週間前までに）、退院する旨を本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに連絡する。

○ 診療情報等の提供

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等に診療情報などを提供する。

介護支援専門員

○ 関係機関への退院連絡、介護保険サービス等の調整

- 退院予定日がわかり次第、必要に応じて、介護サービス事業所、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等関係機関に連絡し、介護保険サービスなどの調整を行う。
- かかりつけ医、かかりつけ薬局との連絡については、必要に応じて「医療と介護との連携マニュアル～Ver.5～（長野県医療と介護との連携検討会）」の他職種シート（様式1～6）等を活用する。

退院後

入院医療機関

○ 介護支援専門員との連携

- 介護支援専門員と連絡をとり、必要に応じて、看護師等が利用者宅を訪問する等、連携を図る。

介護支援専門員

○ 暫定ケアプランのモニタリングの実施

- 退院後、早期に利用者宅を訪問し、暫定ケアプランのモニタリングを行う。
- 必要に応じて、暫定ケアプランの見直しを行い、介護保険サービスの調整、介護認定区分変更申請の支援を行う。

○ ケアプランの確定

- 介護認定決定後、ケアプランを確定する。

○ かかりつけ医等への介護支援情報の提供

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等に介護支援情報を提供する。

市町村・地域包括支援センター

○ 地域の見守り支援等の実施

- 退院後の地域の見守り支援等について相談があった場合は、必要な支援を行う。
 - ・ サービス事業所によるサービス提供
 - ・ インフォーマルサービス提供等
 - ・ 近所・民生委員等の見守り
 - ・ 高齢者権利擁護対応

C 退院後の介護保険サービスの利用は具体的に見込まれないが、地域による見守り支援等が必要と思われる場合

※ 介護認定申請の相談前までの流れは、Bの場合に同じ。

入院中（退院に向けての調整期間）

入院医療機関

○ 地域の見守り支援等の相談

- 退院後、地域の見守り支援等が必要と思われる場合は、本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに相談する。

退院時

入院医療機関

○ 市町村、地域包括支援センターへの退院連絡

- 退院予定日が決まり次第（できれば退院1週間前までに）、退院する旨を本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに連絡する。

退院後

市町村・地域包括支援センター

○ 地域の見守り支援等の実施

- 退院後の地域の見守り支援等について相談があった場合は、必要な支援を行う。
 - ・ サービス事業所によるサービス提供
 - ・ インフォーマルサービス提供等
 - ・ 近所・民生委員等の見守り
 - ・ 高齢者権利擁護対応