

# 飯綱町における介護保険利用者等の入退院に関する 医療・介護連携の仕組み（入退院連携ルール）

平成 29年2月

飯 綱 町

飯綱町地域包括支援センター

## 1 はじめに

介護保険を利用している者及び介護保険の利用が見込まれる者（介護保険利用者等）に対して入院医療と介護サービスを切れ目なく一体的に提供するためには、介護保険利用者等が入院 及び退院する際、医療機関及び介護支援専門員等の介護事業者 等が迅速かつ適切に相互の情報 を共有する連携の仕組みが重要となります。

そこで、飯綱町では医療機関及び介護支援専門員による検討を踏まえ、介護保険利用者等の入退院における医療機関・介護サービス事業者 等の連携を推進する仕組みを構築することとしました。

## 2 連携の仕組みの構築に向けた検討経過

- (1) 在宅医療・介護連携推進に係る主な関係者打ち合わせ会での検討
- (2) 在宅医療・介護連携に関するアンケートの実施（町内医師・看護師及び介護支援専門員）
- (3) 同上アンケート結果における意見交換会①
- (4) 意見交換会①を踏まえ、先進地の事例を参考にし入退院における連携ルール（案）及び連携シート（別紙1、別紙2）（案）を作成し試験的に活用してみる。  
試用期間：28年8月～28年12月
- (5) 28年12月関係者が集まり、試験的に実施した連携ルール及びシートを評価する。
- (6) 飯綱町版連携ルール及びシートの決定（29年2月）

## A 入院する前から居宅介護サービスを利用している場合

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

### 居宅等で生活している時

★特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設において介護保険における施設入所サービスを利用している場合を除く。

○誰が：介護支援専門員（ケアマネ）

○誰に：利用者・家族、介護サービス事業者

○何を：ふだんから次の2点について依頼しておく。

- ・入院（転院）した場合は必ずその旨をケアマネに連絡する。
- ・医療保険・介護保険のそれぞれの被保険者証、ケアマネの名刺（連絡先）を一緒に保管しておき、入院時に病院へ提示する。できれば、かかりつけ医の診察券、お薬手帳もまとめておく。

飯綱町では、医療保険・介護保険のそれぞれの被保険者証、かかりつけ医の診察券、福祉医療受給者証（ある人）、ケアマネの名刺、お薬手帳などひとまとめにして保管するケースを準備したらどうかとの意見が出ており、検討中です。

### 入院時・転院時

★検査入院、入院中の外泊・外出は、対象としないが、必要に応じて相互に連携する。

#### 1 入院・転院後早めに

○誰が：原則として、家族 病院は、介護保険被保険者証等により介護保険の利用の有無を確認した上で、家族からケアマネに連絡するよう依頼する

家族がいない、または、できない場合には、病院  
介護サービス事業者

○誰に：ケアマネ

○何を：入院・転院したこと（病名、入院見込期間がわかっているならば、それも併せて）

○方法：電話

#### 2 入院・転院後3日以内（遅くとも入院・転院後1週間以内）

○誰が：ケアマネ

○誰に：病院（病院）

○何を：入院時連携シート（別紙1）

○方法：持参または郵送、必要に応じて面談

ケアマネは、本人から、入院時の「治療計画書」を見せてもらい入院目的の情報を得る。

#### 3 入院中

○情報提供以外に連携の必要が生じた時点で必要な対応を行う

## 退院時

### 1 退院の目途が立ち次第（できれば1週間前）

- 誰が：病院
- 誰に：ケアマネ
- 何を：退院予定日のほか、可能な範囲で病状、治療状況、ADL等
- 方法：電話

### 2 入院中（必要に応じて）

- 誰が：病院、ケアマネ、利用者・家族、介護サービス事業者等の関係者のいずれか
- 誰に：病院、ケアマネ、利用者・家族、介護サービス事業者、必要に応じてかかりつけ医療機関の医師や薬剤師等の関係者
- 何を：退院に向けた課題の共有と解決策の検討  
サービス担当者会議の場合、ケアプラン（1・2・3表）（暫定版）の確認も
- 方法：面談による会議
  - ・退院調整会議（病院が主となって開催するもの）
  - ・サービス担当者会議（ケアマネが主となって開催するもの）

### 3 退院時

- 誰が：病院
- 誰に：ケアマネ
- 何を：看護情報提供書（薬剤情報含む）
  - ・退院後の受診日については、原則として、家族からケアマネに伝えることとし、病院は、家族に対してケアマネへの伝達を指導する。
  - ・なお、退院後も自病院を受診するなど、病院が退院後の受診日を把握している場合には、その情報を記載する。
- 方法：持参、郵送または電子メール

### 4 退院後しばらくして（1週間後程度）（必要に応じて）

- 誰が：ケアマネ
- 誰に：病院
- 何を：退院後の生活状況、ケアプラン（1・2・3表）（確定版）
- 方法：持参、郵送または電子メール

B 入院する前に居宅介護サービスを利用していなかったが、  
退院後に居宅介護サービスの利用が具体的に見込まれる場合

退院時

1 退院の方針が立ち次第

○誰が：原則として、家族

病院は、地域包括支援センターに電話連絡するよう家族を指導する なお、家族の状況に応じて、病院からも地域包括支援センターに情報提供しておく  
家族がいない、または、できない場合には、病院

○誰に：地域包括支援センター

○何を：退院予定日のほか、可能な範囲で病状、治療状況、ADL 等

○方法：電話

2 入院中（必要に応じて）

基本的には、A の場合と同様であるが、ケアプランの準備などについては柔軟に対応する

3 退院時

A の場合と同様

4 退院後しばらくして（1 週間後程度）

A の場合と同様

C 退院後に居宅介護サービスの利用が具体的に見込まれないが、  
地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

退院時

1 退院時

○誰が：原則として、家族 病院は、地域包括支援センターに電話連絡するよう

家族を指導する なお、家族の状況に応じて、病院からも地域包括支援センターに情報提供しておく

家族がいない、または、できない場合には、病院

○誰に：地域包括支援センター

○何を：退院予定日のほか、可能な範囲で病状、治療状況、ADL 等

○方法：電話

D 利用者の在宅生活において、主治医とケアマネージャーとが  
連絡し合う場合

別紙2のシートを活用し、主治医とケアマネージャーが連携をとる。