

1.はじめに

(1) 但馬圏域入退院支援運用ガイドライン作成の背景

高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい生活を送るための地域包括ケアシステムを確立するために、医療介護連携は重要な要素であり、多くの機関や職種間の連携が必要となります。その中でも高齢者の入退院については、病状の変化やケア上の注意点を病院と地域関係者が相互に共有することが重要です。

従来より、病院主治医とかかりつけ医の病診連携は、最も重要な情報連携として「紹介状」という形で確立しています。また、多職種連携では、在宅での高度医療が必要な例やリハビリテーションニーズの高い患者の退院について、退院時カンファレンスが積極的に行われています。

しかし、高齢者の入退院数の増加と入院期間の短縮化により、多職種によるカンファレンスを全例に行うことは難しくなっており、時にはケア課題の見落としや、短期間で退院する高齢者の情報提供の漏れが発生することがあります。その中には、情報がなかったために適切な在宅ケアが提供されなかったという例もあります。

このような例の減少をめざすには、従来からの医療介護連携を補完するものとして、看護を中心とした病院スタッフが、患者のケアに必要な情報を在宅支援のキーパーソンであるケアマネジャーに、簡潔かつ効果的に伝える基本的な「約束事」が必要です。また、この「約束事」は、今後、病院の病床機能別の役割分担が進むことを見据えると、二次医療圏域全体で共有される必要があるため、この「但馬圏域退院支援運用ガイドライン」(平成30年度改定により名称を「但馬圏域入退院支援運用ガイドライン」に変更)を作成しました。

(2) 但馬圏域入退院支援運用ガイドラインのねらいとポイント

ここでは、但馬圏域のケアマネジャーと病院関係者（主に看護師）の入退院支援にかかる情報のやりとりを具体的に決めることにより、病院から在宅への円滑で効果的な移行支援を目指しています。

地域連携室等の入退院支援部門を設けている病院においては、複雑困難ケースの支援は従来どおり医療ソーシャルワーカーが行い、比較的簡単な支援でよいケースは看護師が担う、という想定で約束事を明記しています。

■本ガイドラインのポイント■

- 経験の浅いケアマネジャーと看護師にも理解してもらえるよう、入院から退院までの支援の流れをわかりやすく示しました。
- 圏域で一律に運用するガイドラインはシンプルにし、病院ごとの状況に応じたガイドラインは別に掲載しました。

2.但馬圏域入退院支援運用ガイドラインの対象者

本ガイドラインでは、医療と介護の連携の方法を明確にするため、以下のような対象者の入退院支援を想定しています。

①介護保険の認定を受けている人^(注)

(注)ただし、入院前と退院後の支援に変化のない以下の入院の場合は除きます。

- 短期入院（3日程度）
*短期入院であっても入院中に状態変化があり、病院が必要と判断する場合は対象とする。
- 公立豊岡病院の救急病棟（3階東病棟）のみの入院

②介護保険の認定を受けていなくても、在宅での介護が想定され、病院担当者が退院支援の必要性を感じた人

この条件に当てはまる患者、つまり介護保険を利用している、あるいは今後利用が見込まれる患者が対象となります。入退院支援の必要な患者の状態像は、おおよそ以下のようにイメージしてください。

※入退院支援が必要な患者の状態像の詳細は、P10に記載しています。



- 入退院を繰り返している患者



- 注射や褥瘡処置など、退院後も医療処置が必要な患者



- 入院により ADL が低下し退院後の生活支援が必要な患者



- 独居、あるいは家族と同居であっても必要な介護が十分に提供できない状況にある患者



- ガン末期の患者
- 認知症の症状がある患者
- その他










入退院支援が必要な患者は高齢者だけではなく、障害のある人、介護保険の特定疾病に該当しない若い年齢の人、難病患者などがあります。

このガイドラインに該当しない人たちの退院支援についても検討する必要がありますが、まずは介護保険利用者を中心とした上記の対象で運用することとします。

3. 但馬圏域入退院支援運用ガイドライン

(1) 入退院支援の流れ（圏域共通） *介護保険利用者の場合

ここでは、介護保険利用者の入退院支援について、大まかな流れを示します。

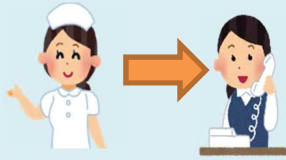
	病院の動き	ケアマネジャーの動き
患者が入院	<p>① 入院時連絡 入院したことをケアマネジャーに連絡する</p>  <p>介護保険を利用している患者さんが入院しましたよ！</p>	<p>② 入院時情報提供書の送付 患者の在宅での様子を病院へ情報提供する</p>  <p>わかりました！患者さんの情報を送りますね。</p>
患者の退院見込みが出てきたら	<p>③ 患者の退院見込みを連絡 主治医の指示により患者が自宅へ退院できそうであることをケアマネジャーに連絡する</p>  <p>もうすぐ自宅への退院ができそうですよ！</p>	<p>④ かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始</p>  <p>わかりました！退院支援を始めますね。</p>
退院支援に向けて	<p>⑤ 入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>例) 看護師/MSWとケアマネジャー退院支援開始面談</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>例) 電話や退院サマリーに基づく情報交換</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>例) 退院前カンファレンス</p> </div> </div>	
退院日決定	<p>⑥ 退院日を連絡 主治医の許可した退院日をケアマネジャーに連絡</p>  <p>退院日は〇月〇日になりました。</p>	 <p>了解しました！かかりつけ医の指示も得ながら調整します。</p>

(2) 入退院支援の具体的な内容（圏域共通）

ここでは、入退院支援の具体的な内容について示します。

I 患者が入院したら

①入院時連絡（病院 ⇒ ケアマネジャー）



入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内^(注)に患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

(注) 平日3日以内とは、「土日祝日を除く3日以内」とする

*ケアマネジャーが患者の入院に同行し、病院担当者とやりとりした場合は、病院からの入院時連絡を省略することができる。

- ★患者が介護保険利用者である場合は、持参した介護保険証を確認し、担当ケアマネジャーへ入院したことを連絡する。
- ★入院したことの連絡と併せて、わかる範囲で患者の状態像と入院見込期間についても伝えておく。
- ★予定入院者について、早期に入院時情報提供書を必要とする病院は、入院予定日を担当ケアマネジャーに連絡する。

患者が転院した場合のケアマネジャーへの連絡

- 圏域内の病院へ転院した場合は、受け入れ先(転院先)の病院が、転院した翌日から数えて平日3日以内に、入院(転院)したことをケアマネジャーへ連絡する。
- 圏域外への転院の場合は、転院させる病院がケアマネジャーに連絡する。



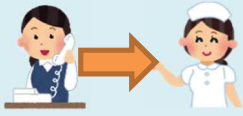
～ ケアマネジャーは、利用者へ『入院時セット』の準備を促して！

- 病院では、患者の担当ケアマネジャーが誰なのか、すぐにわからないことがよくあります。
- ケアマネジャーは、普段から自分の担当する利用者に、入院に備えて①医療保険証 ②介護保険証 ③お薬手帳の3点を『入院時セット』として準備し、入院の際には持参するように伝えておきましょう。
- 介護保険証には事業所名と連絡先、担当ケアマネジャーの氏名がわかるように、名刺の添付や記載をしておきましょう。



★患者の担当ケアマネジャーがわからない時には、以下へ問い合わせてください。

	連絡先	所在地	電話番号
豊岡市	豊岡市高年介護課	豊岡市立野町 12-12	0796-24-2401
養父市	養父市地域包括支援センター	養父市八鹿町八鹿 1675	079-662-7603
朝来市	朝来市地域包括支援センター	朝来市和田山町東谷 213-1	079-672-6125
香美町	香美町地域包括支援センター (いきいき相談センター)	香美町香住区香住 870-1	0796-36-4004
新温泉町	新温泉町地域包括支援センター	新温泉町浜坂 2673-1	0796-82-5623



②入院時情報提供書の送付（ケアマネジャー ⇒ 病院）

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として連絡の翌日から数えて平日3日以内に、患者情報を病院に提供する。

◆入院時情報提供書の様式：市町ごとの様式があります。P37～参照

- ★患者情報は、入院時情報提供書（各市町の様式）に記入し、病院へ提供する。書類の送付や持参については、病院によって対応が異なるので注意が必要。
 - *各病院の対応についてはP13以降を参照する。
- ★情報提供は、要介護の患者は全員、要支援の患者についてはできるだけ行う。
- ★家族等から患者の入院を把握した場合は、病院からの入院時連絡を待たずに情報提供を行う。
- ★患者が転院した場合は、受け入れ先の病院で同じ支援方法を適用する。ケアマネジャーからの入院時情報提供書は、病院が転院時サマリーに添付して送る。
- ★予定入院者の連絡を受けたら、入院時情報提供書を準備し、入院前または入院当日に病院へ提供する。但し、入院前提供の場合は、患者が予定どおり入院したことを確認すること。

II 患者の退院見込みが出てきたら



③患者の退院見込みを連絡（病院 ⇒ ケアマネジャー）

主治医の指示により、自宅への退院見込みの判断がつけられたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★病院が「この人は自宅への退院ができそうだ」と判断する患者の状態
 - 主治医から在宅退院の指示があった
 - 病状がある程度安定してきた
 - 主治医から家族に退院に向けての説明がされており、自宅での介護が可能などを目安に考える。



～ ケアマネジャーと調整する前に、
退院支援に向けた病院内の調整を ～

自宅への退院が可能かどうかは、医師、看護師、MSW、セラピスト等、院内の関係者の意見と、そして何よりも本人・家族の意向を確認の上、判断する必要があります。患者が入院したときから退院時のことを見据え、自院の状況に合わせて、院内関係者で患者情報が共有できるようにしておきましょう。



★病院は、患者の退院見込みが判断できたら、できるだけ早く担当ケアマネジャーへ連絡する。



④かかりつけ医に連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始（ケアマネジャー）

退院支援を開始する時は、ケアマネジャーは患者のかかりつけ医に退院予定日について連絡の上、病院から患者の情報を収集する。

★ケアマネジャーは、病院から退院見込みの連絡があった患者のかかりつけ医に、退院予定日を伝えておく。

※ケアマネジャーからかかりつけ医に伝える内容は患者の退院の予定日のみで、医療に関する情報については医療者側に問い合わせをもらう。

※患者の医療情報は、病院とかかりつけ医のやりとりを原則とする。

※患者の病状変化等により、元のかかりつけ医が交代する場合の調整は、原則病院が行うこと。

★ケアマネジャーは、病院から患者の退院見込みの連絡があった時に、退院支援のための患者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのかを病院と調整する。情報共有の方法は、電話、ケアマネジャーによる病院訪問、面談、カンファレンスなどがある。



⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた調整を行う。

退院支援に向けた情報共有は、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で効率よく行う。

◆（参考）退院支援情報共有シート：P 4 7 参照

★ケアマネジャーが退院支援のために必要とする情報はP47を参照。





病院担当者の院内での患者情報収集用に、本様式を使ってもよい。（既にそれぞれの様式を持っている場合は、その使用を妨げるものではない。）

★患者・家族および関係者を含めた退院前カンファレンスは、患者の状況に応じて病院が開催の是非を判断するので、ケアマネジャーはそのことを確認しておく。

4. 但馬圏域入退院支援運用ガイドライン

(1) 入退院支援の流れ（圏域共通） *介護保険未申請者の場合

ここでは、介護保険未申請者の入退院支援について大まかな流れを示します。

	病院の動き	ケアマネジャーの動き
患者の退院見込みが出てきたら	<p>①退院支援の要否を判断 病院は、患者の状態を見て退院支援が必要かどうかを判断する。</p>  <p>この患者さんは自宅に退院できそうだけど、この様子だと介護が必要になりそう</p>	
	<p>②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。 介護保険制度について簡単に説明し、窓口を紹介。相談に行くことを勧める。</p>  <p>介護保険という制度があって・・・</p>	
	<p>③地域包括支援センターへの連絡（退院見込み含む） 退院支援が必要な場合は、MSW が中心となって患者の居住地の地域包括支援センターへ連絡。</p>  <p>介護保険に該当しそうな患者がいます。そちらに行くことを勧めたのでよろしくお願いしますね。</p>	<p>④かかりつけ医に連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた調整を開始</p>
		 <p>わかりました！介護保険の認定と、退院の調整を始めますね。</p> <p>介護保険の申請・受付は地域包括支援センターが、退院に向けたサービス調整は担当ケアマネジャーが実施することになる。</p>

ここから先の流れは、P4 に示した「介護保険利用者の場合」の⑤以降と同様となる。

(2) 入退院支援の具体的な内容（圏域共通）

ここでは、但馬圏域退院支援の具体的な内容について示します。

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら



①退院支援の要否を判断（病院）

病院は、「この人は退院支援が必要かどうか？」を判断する。

★病院が「この人は退院支援が必要そうだ」と判断する患者の状態像（めやす）

疾患・心身機能	<ul style="list-style-type: none">●ガン末期●新たな医療処置が追加、もしくは管理に課題あり(服薬、注射等)●新たな機能・構造障害(下肢筋力の著しい低下等)がある●認知症(BPSD、高次脳機能障害)がある
活動(ADL・IADL)	<ul style="list-style-type: none">●基本動作(寝返り、立ち上がり、歩行等)に介助が必要●入浴、食事、排泄、更衣、整容に介助が必要●運動に制限がある
人的環境	<ul style="list-style-type: none">●独居もしくはそれに準ずる世帯(高齢者のみ、キーパーソン不在等)●家族関係性に課題がある
物理的環境	<ul style="list-style-type: none">●ポータブルトイレの追加●経済面に課題がある●住宅改修、福祉用具の導入が必要

これらの状態に当てはまるようであれば、「退院支援が必要」「もしかしたら介護保険の申請が必要かもしれない」と判断してください。



②介護保険申請について患者・家族に情報提供する（病院）


患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

◆介護保険制度について：患者説明用のチラシがあります。P49参照

★退院支援が必要と判断した場合は、患者説明用チラシ等を活用し、患者・家族に介護保険制度について簡単に説明する。


★患者の居住地の地域包括支援センター等を窓口として案内し、相談に行くよう勧める。

- ★養父市・朝来市については、地域包括支援センターのほか、高齢者相談センター（地区担当あり）もあるので注意。（地区担当についてはP33～34の備考欄を参照）
- ★退院支援が必要かどうか、介護保険に該当するかどうかの判断に迷う時は、院内で相談したり、患者居住地の地域包括支援センター等へ連絡して相談してもよい。



③地域包括支援センターへ連絡する（病院）
 退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、MSWが中心となり、患者居住地の地域包括支援センター等へ連絡する。

- ★「退院支援の必要な患者がいて、介護保険の説明をした」、「そちらを窓口として案内したので、対応をよろしく」と連絡する。
- ★全ての該当者について地域包括支援センターに連絡する必要はないが、特に自宅での療養生活に課題がある等、特別な事情がある場合は連絡することが望ましい。



④かかりつけ医に連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた調整を開始（ケアマネジャー）
 退院支援を開始する時は、ケアマネジャーは患者のかかりつけ医に退院予定日について連絡の上、病院から患者の情報を収集する。

- ★連絡を受けた地域包括支援センターは、患者の概要を聞いておく。要支援または要介護と思われる状態であれば、相談・申請に備えて準備をしておく。

以降の調整は、P4に示した「介護保険利用者の場合」の⑤以降と同様となる。

5. ガイドラインの見直し、メンテナンスについて

この但馬圏域入退院支援運用ガイドラインは、決して完璧なものではありません。
例えば…

- ケアマネジャーからの入院時情報提供書の内容や情報量が、各市町によって様々であり、統一様式にはなっていない。
- 病院から退院見込みの連絡をするタイミングを具体的に表記していないため、退院連絡の遅延から調整不良につながる可能性もある。

など、現時点での課題もいくつか残されています。また、実際に運用すると、新たな問題点や改善の必要な部分が出てくると考えられます。

そこで、今後は本ガイドラインの運用状況を評価し、定期的に見直すことで、よりよい病院・介護連携を目指していきたいと思います。ガイドラインのメンテナンスのポイントは、以下のとおりです。

- (1) 運用後6ヶ月の時点で、再度、退院調整率及び連携の質を評価するための調査を実施する。(その後も年1回程度は調査を行う。)
- (2) (1)の調査結果を踏まえた「入退院支援運用ガイドラインのメンテナンス会議」を、少なくとも年1回は開催し、課題解決に向けた検討と必要に応じた修正を行う。
- (3) 上記会議で検討した課題や修正されたガイドラインは、病院内、事業所内、各市町、既存のネットワーク等において関係者へ共有・周知する。病院内、事業所は、職員の異動や採用時など、定期的にガイドラインの周知の機会を持つこと。
- (4) お互いの資質向上に必要なことは、研修会や勉強会等を通じて解決していく。

このガイドラインは、医師会等の意見を聞きながら病院関係者（看護師などの退院調整担当者）とケアマネジャーの間で運用されることを前提として作成しました。

また、病院同士や病院とかかりつけ医の連携における課題は、今後、地域医療構想の中で十分議論し、システム化を目指すことが期待されます。

このガイドラインも、地域包括ケアシステムという大きな仕組みの中の一部であり、これからは『但馬圏域の住民すべてが、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができる』…そんな地域づくりを目指して、様々な関係機関との連携を普遍的なシステムにすることが必要です。