

北空知地域入退院支援・調整ルール

《試行事業実施要領》

平成30年 8月

(最終改定 平成 年 月)

北空知地域医療介護確保推進協議会

この「入退院支援・調整ルール」は、高齢者等が要介護状態になる前からあらかじめ関係者間で準備をする等、病院関係者と在宅関係者が連携してルールを実践することで、在宅等での生活や療養に困る患者や家族をなくすことを目的としています。

1 目的

この「入退院支援・調整ルール」は、医療と介護の関係者が連携して住民の方が住み慣れた地域で暮らし続けることが出来るよう支援するに当たって、必要な情報を共有するためのルールです。

病院関係者と在宅・施設関係者が連携してルールを実践し、引継ぎがなかったり不十分だったりしたために在宅や施設等での生活や療養に困る住民や家族をなくすことを目的としています。なお、運用状況を関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行っていきます。

2 共通事項

(1) 適用地域 北空知地域1市4町（深川市・妹背牛町・秩父別町・北竜町・沼田町）

(2) 運用開始時期 平成30年8月から試行（最終改定 平成 年 月）

(3) 支援の対象者

現在、北空知地域にお住まいで、近い将来も含めて自宅等（介護保険施設等も含む）で地域医療や介護保険サービス等を利用しながら住み慣れた地域で暮らしていきたいとお考えの当事者及びそのご家族

① 介護保険サービスを利用している方 ⇒ Aに該当

② 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する方 ⇒ Bに該当

③ 病院担当者が退院支援・調整が必要と判断した方 ⇒ Bに該当

※Bの場合については、対応が種々変化することが多いことから、今回は規定しないこととする。

(4) 支援の担当者

- 病院担当者

病院の病棟看護師、地域連携室（連携担当者）等

- ケアマネジャー（以降、「ケアマネ」と略す。）

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・介護保険施設のケアマネ

- 介護サービスを提供する関係者

介護保険サービス事業所（訪問系・施設系）の職員、かかりつけ薬局、かかりつけ歯科医等

3 運用に関する留意事項

(1) この「入退院支援・調整ルール」は、医療と介護の関係者が連携して住民の方が住み慣れた地域で暮らし続けることが出来るよう支援するに当たって、必要な情報を共有するための基本的な流れを示したものです。情報共有の方法やカンファレンスの時期・回数等については、入院の内容や当事者の生活環境等に応じて、関係者で柔軟に調整を行ってください。

(2) 添付（様式3）の「入院時情報提供シート」については、参考様式であり、各事業所の既存のシートを活用していただいて構いませんが、必須事項の情報が漏れている場合は、追加して記載してください。

また、ルール自体の見直しは必要に応じて北空知地域医療介護確保推進協議会で行いますが、他圏域の病院等でルールを円滑に実践するための補足事項の追加等については柔軟に行ってください。

4 北空知地域「入退院支援・調整ルール」

A 入院前にケアマネがいる（介護保険サービスを利用していた）場合

① 【普段から】

ケアマネジャー	病院（外来看護師等）
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 入院した際に医療機関と情報交換することの同意を得る <input type="checkbox"/> 「5つのお願い」シート（様式1）を渡しておく <input type="checkbox"/> 「救急あんしんカード」（様式2）の作成・情報更新支援 <input type="checkbox"/> 「お薬手帳」カバーにケアマネの名刺を挟む（貼る） 	<p>※近々入院が想定される患者・家族に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 診療科以外のかかりつけ医を確認 <input type="checkbox"/> お薬手帳で薬内容、かかりつけ薬局を確認 <input type="checkbox"/> 予約入院時、問診票を渡す。

※薬局ではケアマネの名刺を挟み込んだカバーごと「お薬手帳」を更新する。（直接手帳に貼付している場合は貼り替える）

② 【入院決定から入院7日以内】

ケアマネジャー	病院（病棟看護師等）
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 本人・家族や医療機関から入院の情報を入手する <input type="checkbox"/> 利用している介護保険事業所への連絡 <input type="checkbox"/> 入院医療機関から〔連絡相談窓口等を把握する〕 <p>※深川市立病院は地域連携室</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書」を作成し情報提供する <p>※情報提供書については各事業所既存のものを活用。但し、不足している情報については、「追加してほしい情報提供項目」（様式3）を添付する。</p> <p>※入院時情報連携加算（情報提供の手段（訪問・FAX・メールほか）に関係なく：3日以内200単位、4日以上7日以内100単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 退院予定の連絡を依頼 	<p>※病棟看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 介護認定・ケアマネ・受けているサービスの確認 <input type="checkbox"/> 本人・家族からケアマネ、訪問看護師に連絡するよう説明 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 入院診療計画書に記載されている病名 ➢ 推定される入院期間 <input type="checkbox"/> 介護認定有無・ケアマネ不明や入院連絡が行われていない場合は地域連携室に連絡 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 包括支援センターに確認し担当ケアマに連絡 <input type="checkbox"/> 本人・家族と退院支援について話し合い退院支援計画書を作成 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 地域連携室に退院支援計画書を提出 <p>※入退院支援加算2（一般190点、療養635点、退院時）</p>

③ 【病状安定、退院へ向ける時期】

ケアマネジャー	病院（病棟看護師等）
<p>□ 状態変化の確認 ※変化があるときはアセスメントの実施</p> <p>□ 退院の見込み・時期を確認 ※変化があるときは退院前カンファレンスの参加を要望しケアプラン（原案）作成</p>	<p>※病棟看護師</p> <p>□ 入院前の生活状況を基に現在の ADL と変化有無を確認と情報共有</p> <p>□ 本人・家族の意向を確認</p> <p>□ 退院へ向けた看護問題の整理、退院後の生活へ向けたケアへ移行</p> <p>□ 地域連携室と情報共有を行い、退院支援について相談</p> <p>□ 入院前と ADL 変化なく退院について問題がない場合はケアマネや訪問看護師に連絡するよう本人・家族に説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 退院時期 ➢ 現在の状況 <p>※介護支援連携指導料 1 回目（400 点）</p>

④ 【院内多職種カンファレンス】

ケアマネジャー	病院（病棟看護師・外来看護師等）
<p>※変化があるときは退院前カンファレンスに参加</p> <p>※サービス担当者会議の開催</p> <p>※ケアプランの提供</p> <p>※退院退所加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンス参加なし <ul style="list-style-type: none"> 連携 1回 450単位 連携 2回 600単位 ・カンファレンス参加あり <ul style="list-style-type: none"> 連携 1回 600単位 連携 2回 750単位 連携 3回 900単位 <p>※退院</p> <p>□ モニタリングの結果をフィードバック（1ヶ月以内）</p>	<p>※退院前カンファレンスに該当</p> <p>大きな ADL の低下や医療処置の継続が必要となり、生活や介護サービスの見直しが必要、新規介護認定申請者、新規施設入所の方を対象に行っています。院内多職種カンファレンスは退院前カンファレンスに記載されている内容になります。</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 退院後の医療管理 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 入院した医療機関 or かかりつけ医 ➢ 緊急対応を含めた訪問診療 ➢ 医療材料・衛生材料等の準備、調達 □ 継続する医療処置・医療管理 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医療管理 ➢ 口腔管理 ➢ 薬剤管理 □ 訪問看護によるサポート <p>※ケアプランの入手</p> <p>※介護支援連携指導料 2 回目（400 点）</p> <p>※退院</p> <p>□ モニタリング結果を入手</p> <p>※退院後訪問指導料（580 点、1 回につき）</p> <p>※ケアプランの見直し（必要時）</p> <p>※診療情報提供料（250 点）</p>

B 入院前にケアマネがない（介護保険サービスを利用していない）場合については、対応が種々変化することが多いことから今回は規定しないこととした。

様

利用者・ご家族の方へ 担当ケアマネジャーから「5つのお願い」

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、担当ケアマネジャーから、以下の点についてお願い致します。

もしも、利用者さまが入院された場合は・・・、

- ① 病院へは「保険証/お薬手帳/介護保険証/救急あんしんカード」を持参して下さい
- ② 急な入院の場合、出来るだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡を下さい
また、あらかじめ入院の予定が決まっている場合は、事前にお知らせ下さい
- ③ 病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせ下さい
(担当ケアマネジャーの「氏名」や「連絡先」など)

病院から何か説明があった場合は・・・、

- ④ 利用者さまが退院後、すみやかに自宅での療養生活が始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャーにも教えて下さい
(特に、「病状」や「退院のめど」)

家に帰る準備をするために、病院にお願いして欲しいこと

- ⑤ 退院のめどが見えてきたら、担当ケアマネジャーを病院へ呼んで下さるように、ご家族からも病院にお願いして下さい

(名刺を貼るか下記の事項を記入しましょう!)

事業所名：

()

担当ケアマネジャー名：

()

連絡先：

()

救急あんしんカード

(平成 年 月 日作成)

この情報は、医療のために救急隊と搬送先医療機関が活用するとともに、介護保険サービスのために、入院先医療機関と介護支援専門員等が活用します。

ふりがな		生年 月日	(明・大・昭・平)		1.総合支援事業
氏名	(男・女)		年	月	日生
住所	〒		自宅 電話		携帯 電話

緊急 連絡 先	名前	続柄	住所	自宅電話	携帯電話	職場電話

かかりつけ	施設名・事業所名 市町名・保健所名	診療科及び主治医名 ケアマネジャー名・保健師名	電話
病院 医院			
薬局			
介護支援事業所			
担当保健師			

治療中の病名		ふ だ ん 飲 ん で い る 薬	※薬の説明書をこのカードと 一緒に保管しておきましょう
手術した病気 (時期、病院名)			
アレルギー (薬・食物)			
特記事項 (あてはまる □に ☑を)	<input type="checkbox"/> 糖尿病です <input type="checkbox"/> エピペンを持っています <input type="checkbox"/> 人工透析をしています <input type="checkbox"/> 血が固まりにくくなる薬を飲んでいます <input type="checkbox"/> その他 (他の病気、家族の事情など) []		

※お使いの情報提供様式に記載がない情報については、下記様式に記載して添付してください！

追加してほしい情報提供項目（ケアマネジャー ⇒ 医療機関）

病院 担当者 様 （記入日： / 入院日： ）

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）の情報を提供します。

ふりがな		電話番号	
担当ケアマネジャー名		FAX番号	
居宅介護支援事業所名			

【担当ケアマネジャーから医療機関の方へのお願い】

- 退院が決まり次第、連絡をお願いします
 退院前訪問指導を実施するときは、同行させてください
 必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします
 その他[]

1. 利用者（患者）基本情報について

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生
患者氏名		年 齢	歳	性別	男	女
住 所				電話		
住環境 (施設も含む)	<input type="checkbox"/> 戸建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅 () 階	<input type="checkbox"/> エレベーター	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	※特記事項(使用している福祉用具や生活上の留意点や住環境で改善が必要なこと、施設の場合は在籍可能な期間)					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援()		<input type="checkbox"/> 要介護()		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	
利用している介護保険サービスの内容と回数	例) デイサービス ○回/週、訪問看護 ○回/週、訪問介護 ○回/週等					
医学的管理の状況	例) 胃瘻・尿カテーテル・Cv等(カテーテル最終交換日、時間交換日、何cm挿入しているか等)					
認知症状の有無等	認知症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	症 状	例) 徘徊・せん妄				
	出現場面	例) 日中眠っていて夜間に				
	対応方法	例) 外に出ないように施設して落ち着くのを待っている				
その他対応で注意が必要な事項	例) 耳の聞こえが悪いので会話するときは大きな声でゆっくりと話す					

2. 家族の情報について

家族構成 内服管理	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居	ジェノグラム(男□・女○:本人 <input type="checkbox"/> ◎:同居は ■・●:死亡は/線を記載)	キーパーソン(連絡先順位)
	(内服管理方法)		(氏名・住所・電話等)
	主たる介護者		(氏名・住所・電話等)
金銭的援助者	(氏名・続柄・年齢)		(氏名・住所・電話等)

3. リハビリに関する本人／家族の意向について(ケアプラン立案時)

自宅生活を続けるために	例) 排泄が自立、食事が経口で普通食
自立できなければ在宅が困難になる事項	例) ベッドからトイレまで(約5m)の歩行、食事が自立
在宅で困っていること	例) 玄関の段差、トイレでの移乗

4. 入院前のADL

ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	身長[]cm	体重[]kg
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段	杖 歩行器 車いす その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	例) ベッドからトイレまで(約5m)を杖歩行していた	
	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	入浴方法	自宅 デイサービス 訪問入浴 その他
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立 見守り 一部介助 全介助
食事摂取困難な方	摂取量	朝: 時頃・昼: 時頃・夜: 時頃				例) 主食はごはん茶碗に軽く1杯	
	食事形態	普通	きざみ	嚥下障害食	ミキサー		
	摂取方法	経口	経管栄養	水分とろみ(あり・なし)		UDF等の食形態区分	

※UDF:ユニバーサルデザインフード。日本介護食品協議会が制定した規格で、「かたさ」や「粘度」の規格により分類された4つの区分を表示している。

区分	区分1 容易にかめる	区分2 歯ぐきでつぶせる	区分3 舌でつぶせる	区分4 かまなくてよい	
かむ力の目安	かたいものや大きいものはやや食べづらい	かたいものや大きいものは食べづらい	細かくてやわらかければ食べられる	固形物は小さくても食べづらい	
飲み込む力の目安	普通に飲み込める	ものによっては飲み込みづらいことがある	水やお茶が飲み込みづらいことがある	水やお茶が飲み込みづらい	
かたさの目安	ごはん	ごはん～やわらかごはん	やわらかごはん～金がゆ	金がゆ	
	さかな	焼き魚	煮魚	魚のほくし煮(とろみあんかけ)	
	たまご	厚焼き卵	だし巻き卵	スクランブルエッグ	
	調理例(ごはん)				
物性規格	かたさ上限値 N/m ²	5×10 ⁵	5×10 ⁴	ゾル: 1×10 ⁴ ゲル: 2×10 ⁴	ゾル: 3×10 ³ ゲル: 5×10 ³
	粘度下限値 mPa・s			ゾル: 1500	ゾル: 1500



ユニバーサルデザインフード

5. 今後の方向性(暮らす場所や延命処置など話し合ったことがあれば含めて)

本人の希望	例) どこで暮らしたいか(自宅・施設・子と同居・有料老人ホームなど)。口から物が食べられなくなったとき胃瘻や経鼻経管栄養など人工栄養法を受けたいか。(受けたくない医療措置等はあるかなど)
家族の希望	例) 在宅で過ごすために出来るようになってほしいこと。延命処置などについて本人と話し合ったことなど。

救急あんしんカードを活用しよう！

深川市と4町（妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町）では、深川地区消防組合および深川医師会と連携し「救急あんしんカード」の普及と活用に取り組んでいます。

普段から病歴や服薬などの救急診療に必要な情報を記入した「救急あんしんカード」を家庭内の冷蔵庫に保管しておく、救急時の救急隊員や搬送先の医療機関がその情報から救急搬送者の状況を把握することが容易となり、適切かつ迅速な救急措置などに役立てることができます。

救急時は初期の対応が非常に重要です。その後の救命に影響することが考えられますので、安心・安全のため「救急あんしんカード」を活用しましょう。

○対象者

一人暮らしの高齢者や救急搬送の可能性の高い持病があり、救急時に救急隊員や搬送先の医療機関に情報提供を希望される方。

○救急あんしんカードの保管方法

「救急あんしんカード（黄色）」（申込者に配布）に自分の状況を記入して、無色透明の筒状の保管容器に入れて、冷蔵庫扉側のドアポケットに保管しておきます。

「救急あんしんカード」の他に、保険証のコピー、服薬説明書なども入れておくと安心です。

○保管マークの表示

救急隊員などに「救急あんしんカード」を保管していることが一目でわかるように、「保管マーク」（申込者に配布）の表示を冷蔵庫扉表面の最上部右側に貼ってください。

○救急時

冷蔵庫に「保管マーク」が表示されている場合のみ、救急隊員が冷蔵庫を開け、中に保管してある「救急あんしんカード」を取り出します。「保管マーク」が表示されていなかったり、見つらなかった場合は、「救急あんしんカード」が保管されていないものと判断されますので、必ず所定の場所に「保管マーク」を貼ってください。

※「救急あんしんカード」に記載した内容は、年に1回以上は見直しをするようにしましょう。

○申込方法

「救急あんしんカード」の活用を希望する方は、各市町の担当窓口に申し込みしてください。「救急あんしんカード」および「保管マーク」（市町によっては専用の「保管容器」の提供あり）を渡し、記入の仕方や保管方法を説明します。 ※市町に申し込みされないと消防署に登録されませんのでご注意ください。

（病院・診療所でカードを渡された場合も必ず各市町に申し込みください。）

《各市町の担当窓口》

- ・ 深川市健康福祉課（Tel26-2152） ・ 各支所 ・ 妹背牛町健康福祉課（Tel32-2411）
- ・ 秩父別町住民課（Tel33-2111） ・ 北竜町住民課（Tel34-2111） ・ 沼田町保健福祉課（Tel35-2120）

救急あんしんカード（平成 年 月 日 作成）

この情報を医療のために、救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。(印)

氏名	(男・女)	生年月日	(明・大・塔・早)	血液型		
住所	自宅電話	携帯電話	フリガナ	フリガナ		
緊急連絡先	名前	続柄	住所	自宅電話	携帯電話	連絡先
かかりつけ病院・医師						
治療中の病名						
所持した処方薬(調剤、錠剤)						
アレルギー(薬・食物)						
特記事項(あてはまるものには○)	急病時 ・糖尿病です ・エビペンを持っています ・ペースメーカー・ステントが入っています ・人工透析をしています ・血が固まりにくくなる薬を飲んでいます ・その他(他の病名、家族の事情など)					

※この表はあくまでこのカードと一緒に保管してください。

深川市・深川消防署・深川医師会

救急あんしんカード（見本）