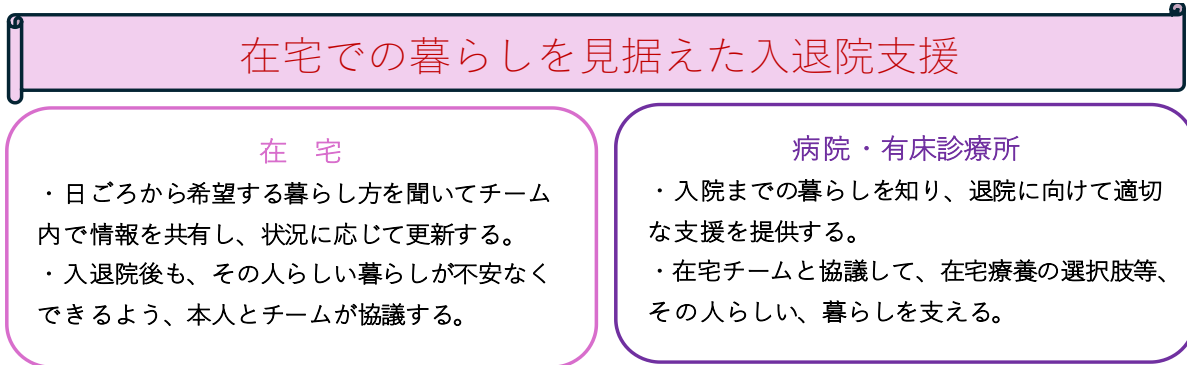


Ⅲ.入退院支援連携ルール

1. 入退院支援における関係機関ごとの連携とその全体像



入退院支援における関係機関ごとの連携とその全体像

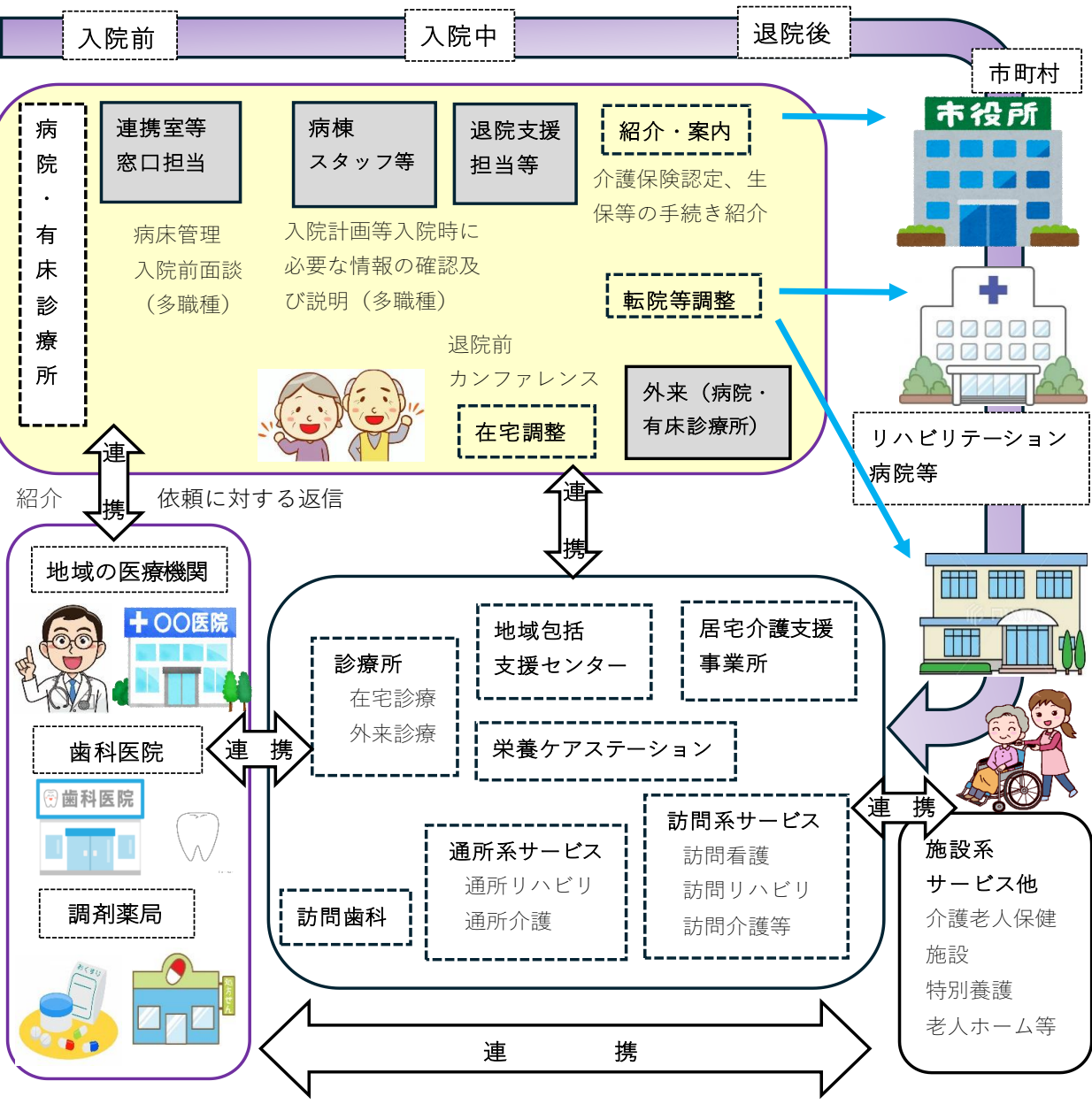


図1 入退院支援における機関連携と全体像

2.連携の流れ

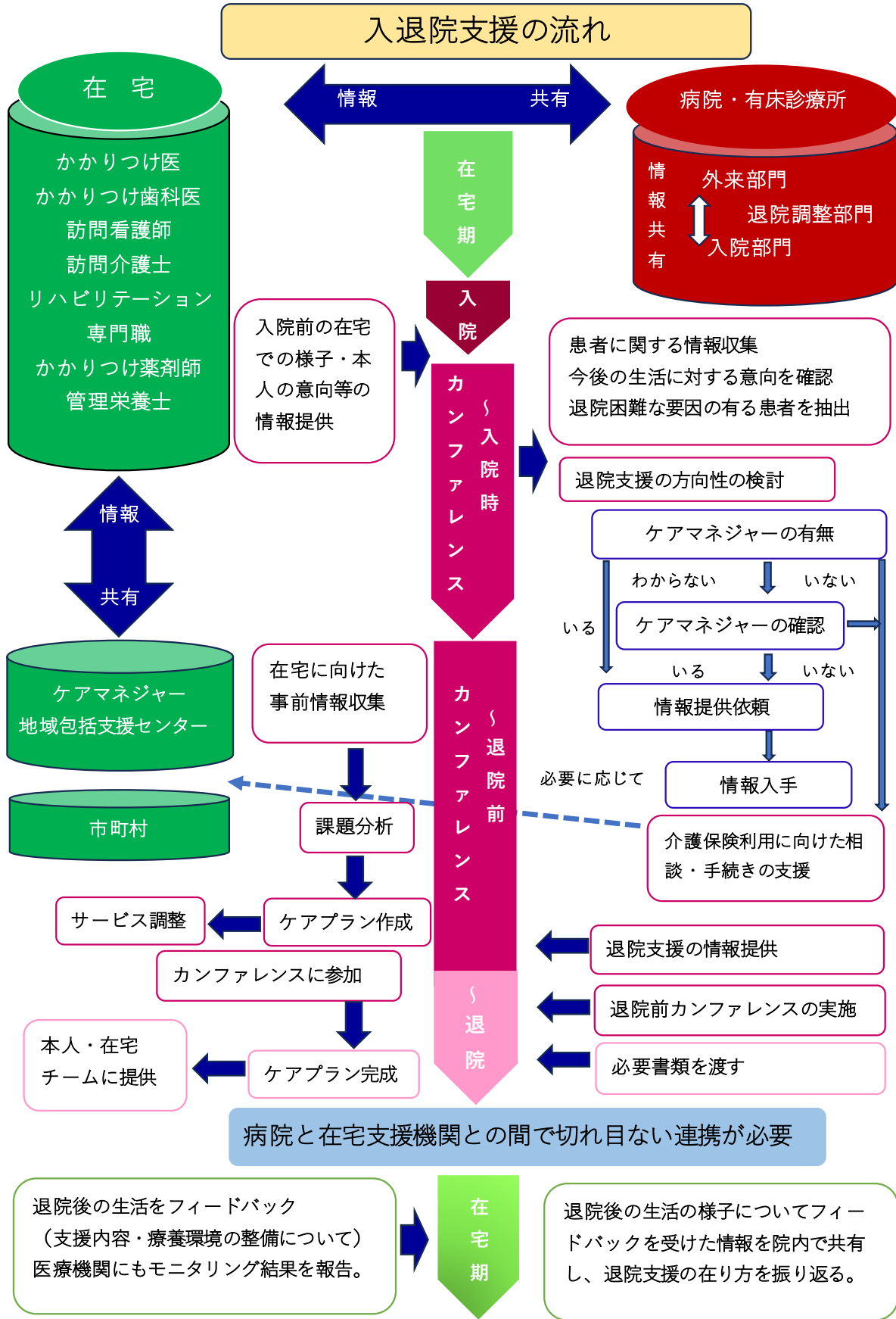


図2 入退院支援の流れ

3.入退院連携時の専門職の役割

各時点（在宅期、入院時～退院カンファレンス前まで、退院カンファレンス前～退院まで）に分け、病院側と在宅側におけるそれぞれ専門職の役割を以下に記します。

在宅期

日ごろから備えること

- 在宅チーム・病院の連携体制を整えておく
- 日ごろから入院のリスクを意識し、本人・家族を含む在宅チーム内で共有しておく
- 入退院を繰り返す疾患については、起こりうる変化についてかかりつけ医等に聞き、在宅チームで共有する

本人

- キーパーソンを決めておく。
- どのような生活を送りたいのか、病気になったときは、どのような治療を希望し、最期を過ごしたいのか、家族・キーパーソンと相談しておく。

在宅

かかりつけ医

- 日ごろの診察や健康相談を受ける。
- 必要に応じて、専門医療機関への紹介をする。
- 必要時、要介護認定の意見書作成をする。
- 病状に応じてACPについて、本人・家族の意思を確認する。

かかりつけ歯科医

- 歯科疾患の治療や口腔環境の維持、義歯などの処置を行い、口腔機能低下を予防し、咀嚼維持・改善を行う。

かかりつけ薬剤師

- 服薬情報の一元的、継続的の把握及び服薬指導をする。
- 副作用の早期発見や身体機能に影響のある薬剤の確認。
- 認知機能に応じた調剤や薬剤管理。

病院

外来

- 在宅療養で気を付けるべきことなどケアマネジャーに情報提供を本人・家族や在宅チームと情報を共有する。
- 紹介があった場合には、診察や必要に応じて検査等の実施。

入院前からの支援

- 利用しているサービスの利用状況
- 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング

ケアマネジャー

- 本人・家族の相談や心身の状況に応じ、サービスを受けられるようにケアプランを作成する。
- 市町村・サービス事業者等との連絡調整を行う。
(チームで情報共有できる仕組みづくりをする。)
- ACP について、本人・家族の意思を確認し、在宅チームで情報を共有する。

訪問看護師

- 本人・家族の希望及び心身の状況、主治医の指示書等を踏まえて、計画書を作成する。
- 計画書に基づき、療養上の世話又は必要な診療上の補助を行う。
- 定期的に主治医に状態報告をするとともに、在宅チームと情報を共有する。
- ACP について、本人・家族の意思を確認し、急変時の対応について相談しておく。

訪問介護員

- 身体介護と生活支援（自立を妨げないように、生活習慣や価値観を尊重した援助をする。)
- 生活状況と健康状態を確認し、家族や在宅チームで情報を共有する。
- ACP について、本人・家族の意思を確認し、急変時の対応について相談しておく。

リハビリテーション専門職

- 生活行為向上のために、介護老人施設等でリハビリテーションを日帰りで提供してもらえる。
- 居宅での生活向上のため、理学療法士、作業療法士、言語療法士が訪問によるリハビリを行う。

入院時 ～ 退院カンファレンス前まで

本人

在宅

病院

- 治療についての希望を伝える。
- 入院をケアマネジャーに連絡する。

かかりつけ医

- 診療情報提供書を提供する。
- ACP の情報があれば伝える。

かかりつけ歯科医

- 予定手術のため相関が必要な場合は動揺歯（特に前歯）の固定・必要に応じて抜歯をする。

ケアマネジャー

- 予定入院の場合は、入院前に連絡相談窓口を確認しておく。
- 入院時情報提供書及び必要な書類を提供する。
* 予定入院であれば、事前に提供も可。
- * 入院当日または、翌日・翌々日で算定が異なる。
- ACP の情報が分かれば伝える。
- 本人・家族の同意があれば、入院時の病状説明や入院時カンファレンスに同席する。

訪問看護師

- 診療情報提供書を提供する。
- ACP の情報があれば伝える。

外来

- 予定入院の場合は入院決定時から入院支援を開始する。

外来・病棟

- 本人・家族からの聞き取りや医師・看護師・ケアマネジャーからの情報提供書等も活用し、経過や在宅での支援状況の情報を収集する。

病棟

- 医師と入院目的・治療方針・現時点での退院の見通しを本人・家族と確認・共有し、退院支援の必要性を検討する * 入院3日以内に退院困難な要因のある患者を抽出。
- 病状・病態等から退院時の状態を予測し、退院後の暮らしについて、本人・家族・在宅チームと共有する。
- 治療の選択においては考えうる選択肢についてのメリット・デメリットを検討し、具体的な生活のイメージについて十分に説明し、意思決定を支援する。
- 入院時カンファレンスを開催し、退院に向けて医療・看護上の課題、生活・ケア上の課題を整理し、「自立に向けた支援」「療養環境の準備・調整」を検討する。 * 入院7日以内に退院支援の方向性の検討。
- 退院までの大まかな日程を共有する。
- 必要に応じて、退院に向けた院内多職種カンファレンスを開催し、在宅チームと情報を共有し、円滑な療養場所の意向を支援する。
- 必要に応じて、介護保険利用に向けた相談・手続きの支援をする。

退院カンファレンス前 ～ 退院まで

在宅

本人

病院

○退院後の自分の望む暮らしを伝える。
(退院先：自宅・施設など)

ケアマネジャー

- 在宅療養を安全にスタートするための情報を収集・アセスメントし、必要な環境を整える。
(通所系サービス・訪問系サービス利用準備や在宅環境整備・福祉用具準備など)
- 事前に調整したサービス担当者等と退院前カンファレンスに参加する。
- 退院前カンファレンスの情報をもとに在宅チームでの担当者会議を開催する。
- かかりつけ医に退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランを報告する。
*かかりつけ医以外でも、関係事業所等にも、情報を提供する。

かかりつけ薬剤師

- 現在使用されている薬剤の確認をする。
(内服・外用・注射)

訪問看護師

- 退院前カンファレンスに参加し、退院後も継続する医療処置内容等の確認をする。

退院調整部門

- 退院に向け、再発・重症化の予防、症状・緩和ケアの提供、自立支援、尊厳の保持の視点で準備を進める。
- 中長期的な病状や ADL の変化を予想し、必要な支援を検討する。
- 在宅支援を安全に継続するための、生活環境と身体の関係性を全体的にアセスメントし、必要なケアと環境整備を行う。
- 退院前カンファレンスを実施する。院内多職種や在宅チームに参加を依頼する。
- 退院前訪問指導を行う場合は、ケアマネジャーへ声をかけ、共に自宅の様子を確認し、在宅での環境を想定したリハビリ等の自立支援や療養環境の調整をする。
- 必要であれば退院後訪問指導を計画する。
- 退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、全身状態や処置内容、指導状況を伝え、必要書類を渡す。

在宅期

ケアマネジャー

- 退院時の見立てと現状の相違を見極め、変化や見立てとの不一致を早期に把握できるよう、在宅チームに依頼する。
- 変化や不一致がある場合は、必要に応じてケアプランを見直す。

外来・病棟

- 外来受診や在宅チームから退院後の生活様子について、フィードバックを受けた情報を院内で共有し、退院支援の在り方を振り返る。
- 継続受診者で状態の変化や受診中断があった場合は、ケアマネジャーに情報を提供する。

4.在宅医療・介護を支えてくれる主な機関と人々

疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要です。主な機関及び専門職について紹介します。

在宅医療・介護を支えてくれる主な機関と人々

病院



- ・ 医師・看護職などの専門職
入院治療が必要な場合の医療の提供、療養場面での指導を行う。
- ・ 医療ソーシャルワーカー
入退院や転院の支援を行う。

かかりつけ医



健康に関することを何での相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には、専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

訪問診療



通院が困難な病状の療養患者に対して、あらかじめ主治医と患者ら（家族等）が事前に協議し、在宅療養計画を立て、医師と看護師らが定期的に患者のもとに出向き診療を行うもの。通院とほぼ同等の医療を受けることができる。

薬局

おくすり手帳



調剤薬局・訪問薬剤師

薬の管理状況や服薬状況を確認し、飲み忘れへの対応を行う。副作用確認や嚥下状態や認知機能に応じた剤形の選択、処方提案を行う。

訪問歯科

歯科医

安全・安心な歯科医療の提供のみならず医療・介護に係る幅広い知識と見識を備え、地域との関係機関や他職種と連携し、通院が困難な患者にさまざまな療養の場で切れ目のない在宅歯科医療を提供する。



歯科衛生士

口腔清掃・義歯清掃といった口腔衛生管理や、口腔機能や摂食・嚥下機能を維持・改善するためのリハビリや食事評価を行うこともある。

訪問看護ステーション

主治医と連携し、疾病又は傷病により居宅において継続して療養を受けるものに対し、その者の居宅において看護師が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。

栄養ケアステーション

管理栄養士が自宅で医療ケアや介護を受けられている人に、食事面からサポートする専門職。病気や病状に応じて、栄養食事指導を行う。



訪問リハビリテーション

リハビリ専門職が自宅を訪問し、心身の機能維持・回復・日常生活の自立への援助を



理学療法士 ・ ・ 日常生活動作（ADL）の改善を図り、生活の質（QOL）の向上を目指す。

作業療法士 ・ ・ 応用的動作、社会適応能力の維持・改善し、その人らしい生活をサポートする。

言語聴覚士 ・ ・ コミュニケーションや食べる障害に対応し、心身の機能維持・回復・日常生活の自立への援助を行う。

高齢者施設等

通所リハビリテーション



送迎付きで、入浴・食事・排泄・レクリエーションなどの日常生活介護を提供する他に、医師の診察結果に基づき、医師の指示のもとリハビリ専門職によるリハビリが受けられる。

通所介護

送迎付きで、入浴・食事・排泄・レクリエーションなどの日常生活介護を提供する。

短期入所療養介護

自宅で一時的に介護が受けられなくなった場合等に短期的な入所により、介護老人保健施設等で看護医療的管理のもと介護や機能訓練を行う。



短期入所生活介護

自宅で一時的に介護が受けられなくなった場合等に短期的な入所により、特別養護老ホーム等で日常生活上の介護や機能訓練を行う。

訪問介護事業所

ケアマネジャーの計画に基づいて訪問介護員等が利用者の居宅を訪問し、①身体介護 ②生活援助③通院等乗降介助を行う。

訪問入浴

自力での入浴が困難、自宅の浴槽が狭く、家族のサポートだけでは入浴が困難、体調の変化が激しく、看護師のサポートがある中で入浴をさせたい人のに自宅に、浴槽を持参し入浴介助をする。



市・町・村

介護保険、高齢福祉、障害福祉、国民健康保険等窓口で申請手続きなどの相談ができる。

地域包括支援センター

市町村設置主体となり、3職種チームアプローチにより、介護予防支援及び包括的支援事業を行う。①介護予防 ②総合相談 ③権利擁護 ④包括的・継続的ケアマネジメント

居宅介護支援事業所

要介護認定者に対して、自宅で自立した生活を送るためにケアプランの作成やサービス調整を行う事業所。ケアマネジャーが在籍。

ケアマネジャー



要介護者または要支援者からの相談に応じるとともに、心身の状況に応じて適切なサービスを受けられるよう、市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う。



5.留意点

1) 退院時の支援における要介護認定申請に関連する留意事項

- 入院期間の短縮化に伴い、退院後すぐに介護サービスを利用できるようにと入院中のうちに介護保険の認定の申請手続きを家族に進める傾向がある。しかしながら手続きは急性期を過ぎてから進めることが原則となっている。
- 退院後の介護サービスの利用は介護認定の申請日に遡って利用が可能となっているが、市町村としては、急性期の治療が終了し、病状が安定したうえで介護保険の対象であると見通しが立ってから認定調査が行われる流れであることを病院担当者、ケアマネジャーも理解しておくべきである。
- 患者の状態の変化は予測できるもの、予測できないもの、また要介護、要支援のはざまにある患者では、認定結果の予測は難しい点があることも留意しておく必要がある。
- 入院中に要介護認定の申請が必要と判断されても、入院中に要介護認定の申請が行われないケースや、認定結果が降りる前に退院となるケースがある。その場合においても退院時に担当ケアマネジャーを選定することができる。ただしそのケースにおいては病院側から担当ケアマネジャーへ患者情報を提供できないこともあるため留意しておくこと。
- 看取り期は条件により、医療保険による訪問看護サービスを利用できるが、福祉機器貸与等生活環境の調整が必要な場合には、介護保険における要介護認定および介護度によって適否があることを留意しておく。
- 予防給付、介護給付の違いにより、支給限度額が異なり、サービス導入も異なることをケアマネジャーのみならず病院担当者も知っておくこと。

2) 訪問看護利用時の医療保険・介護保険の適用条件について

訪問看護は患者の疾患や状態によって、介護保険か医療保険のいずれかでサービスを提供します。どちらの適用になるかは、診療報酬のルールがありそれに従わなくてはなりません。退院時の状況について訪問看護指示書の内容が判断の根拠となりますので、患者の状態に関する必要事項が書かれていることをご確認ください。

例) がん患者の訪問看護指示書の診断名に末期やターミナルの文言があれば医療保険、なければ介護保険であること等

図3に、訪問看護利用時の医療保険・介護保険の適用条件について示します。

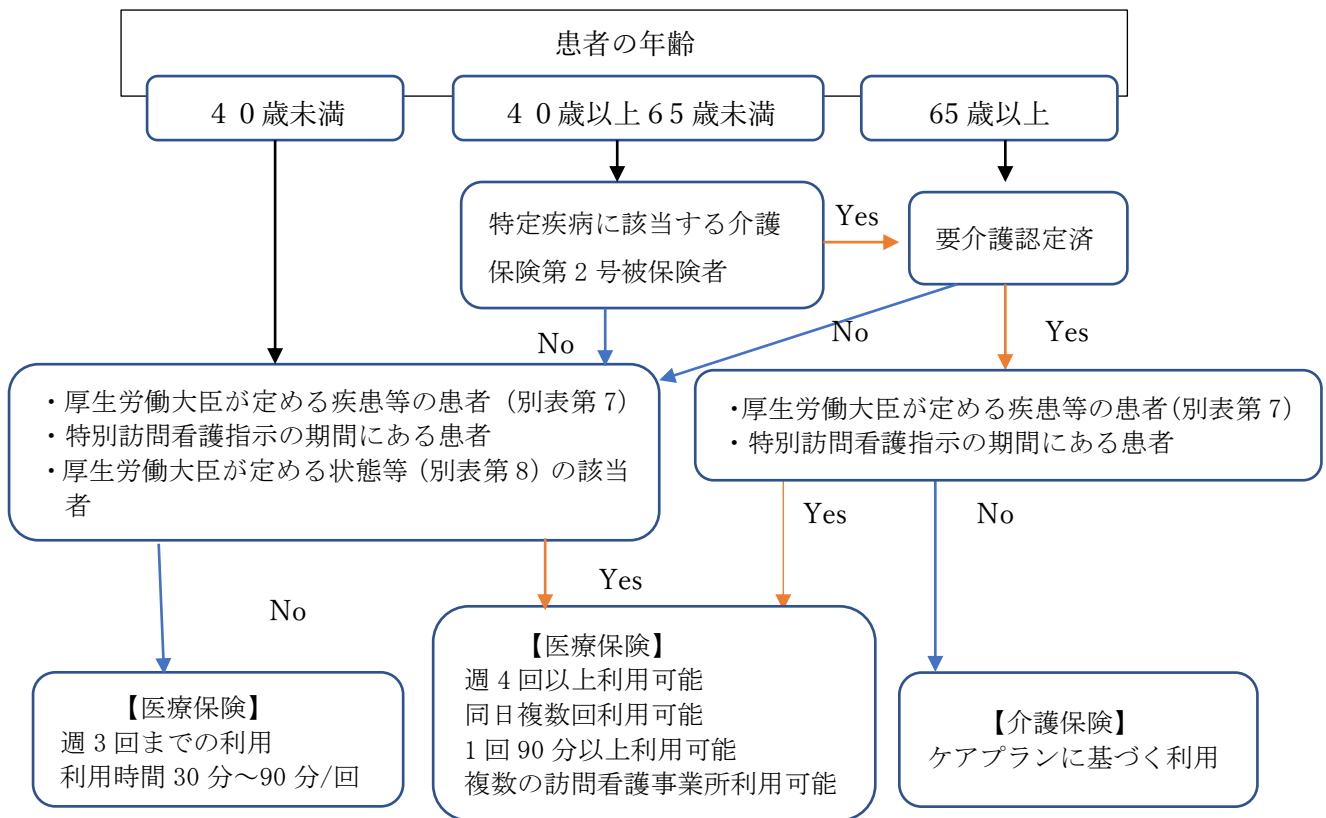


図3 訪問看護利用時の医療保険・介護保険の適用条件のフロー

なお、「特定疾病」については、40歳以上65歳未満の方における介護保険申請できる疾病であり、下記の16疾病が対象です。

16 特定疾病

- | | |
|--------------|-----------------------------------|
| ① 末期がん | ⑨ 脊柱管狭窄症 |
| ② 関節リウマチ | ⑩ 早老症 |
| ③ 筋萎縮性側索硬化症 | ⑪ 多系統萎縮症 |
| ④ 後縦靭帯骨化症 | ⑫ 糖尿病性神経障害 |
| ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症 | 糖尿病性腎症 |
| ⑥ 初老期における認知症 | 糖尿病性網膜症 |
| ⑦ 進行性核上性麻痺 | ⑬ 脳血管疾患 |
| 大脳皮質基底核変性症 | ⑭ 閉塞性動脈硬化症 |
| パーキンソン病 | ⑮ 慢性閉塞性肺疾患 |
| ⑧ 脊髄小脳変性症 | ⑯ 両側の膝関節または股関節に
著しい変形を伴う変形性関節症 |

「厚生労働大臣が定める者：別表第7」では、以下20の疾病が記されています。

厚生労働大臣が定めるもの	別表第7
① 末期の悪性腫瘍	⑪ プリオン病
② 多発性硬化症	⑫ 亜急性硬化性全脳炎
③ 重症筋無力症	⑬ ライソゾーム病
④ スモン	⑭ 副腎白質ジストロフィー
⑤ 筋萎縮性側索硬化症	⑮ 脊髄性筋萎縮症
⑥ 脊髄小脳変性症	⑯ 球脊髄性筋萎縮症
⑦ ハンチントン病	⑰ 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
⑧ 進行性筋ジストロフィー症	⑱ 後天性免疫不全症候群
⑨ パーキンソン病関連疾患	⑲ 頸髄損傷
⑩ 多系統萎縮症	⑳ 人工呼吸器を使用している状態

このように、「特定疾病」と「別表第7」の疾病は一部重複しているため、医療保険の適用か介護保険の適用かは全体のフローと指示書の疾病の突き合せをしたうえで確認ください。

また、「厚生労働大臣が定める者：別表第8」は以下の通りです。

厚生労働大臣が定めるもの	別表第8
① 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理または在宅強心剤持続投与指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、または気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者	
② 以下のいずれかの状態にある者	
在宅自己腹膜灌流指導管理	
在宅血液透析指導管理	
在宅酸素療法指導管理	
在宅中心静脈栄養法指導管理	
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	
在宅自己導尿指導管理	
在宅人工呼吸指導管理	
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理	
在宅自己疼痛管理指導管理	
在宅肺高血圧症患者指導管理	
③ 人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある者	
④ 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
⑤ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	

ここで、要介護認定を受けた方は、「厚生労働大臣が定める状態等：別表第8」の該当者であっても、上記の別表第7に該当するか特別指示がない限り、介護保険の対象となります。