

資料1-1 埼玉県入退院支援ルール標準例(案)の概要

～医療と介護の切れ目のない連携を目指して～

- 長野県上小地域の入退院支援ルールをベースに作成し、以下について追加。
 - ①入退院支援ルール標準例作成の目的を追加（本文 1 頁）
 - ②入退院支援ルール作成地域単位の考え方を追加（本文 2 頁）
→ 検討事項の際に御意見を伺う予定。
 - ③退院調整が必要な患者の目安の項目を追加（本文 6 頁）
 - ④患者・家族への啓発チラシを長野県上小地域を参考に作成（本文 7 頁）
 - ⑤医療と介護の連携にあたってのマナー・エチケットを追加（本文 8 頁）
 - ⑥入退院支援に係る情報共有様式の必須記載項目を定めた（本文10頁）
 - ⑦入退院退院支援関係機関連絡先に、在宅医療連携拠点、在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口を追加。

入退院支援ルール標準例作成の目的(本文1頁)

- 作成の目的は、以下の考え方で構成しているが、他に必要な項目はあるか。

1 入退院支援ルールが必要な理由

- 入院の際、早い段階で病院関係者と在宅関係者が患者情報を共有し、双方が緊密に連携し在宅復帰に向けた支援を重ねることで、退院が早くなり退院後も、円滑に在宅生活を送ることが可能。

2 明文化することの必要性

- ルールを明文化せずに運用のみで行っている地域もあるが、担当者が代った際にルールが引き継がれず運用が途絶えるといった懸念がある。そのため、県内全ての地域で、入退院支援に関して病院関係者と在宅関係者双方が合意したルールをマニュアルなどの形で明文化し、システムとして機能させることが必要。

3 標準例を参考に(入退院支援ルールを切り口に)関係者が話し合い顔の見える関係作りを促進

- 標準例は、患者が入院・退院する際に病院・診療所等の関係者と在宅関係者が連携して、在宅での生活や療養に困る患者や家族がいない患者などを地域ぐるみで支えるためのツールの一つとして作成。
- 病院等と在宅支援を担うかかりつけ医・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・薬局・歯科等の関係者が円滑に連携し患者情報を共有するための標準的なルール。
- 標準例を参考に地域ごとに入退院支援ルールについて医療と介護の関係者が話し合い、顔の見える関係づくりをさらに推進。

退院調整が必要な患者の目安(本文頁)

○ 長野県上小地域の項目に ○ を追加した。他に追加すべき項目は何か。

【退院調整が必要な患者の目安】

別 添

ア 退院調整が必要な患者（要介護相当）	イ 左記以外で地域の見守り等が必要な患者（要支援相当）
<ul style="list-style-type: none"> ①立ち上がりや歩行に介助が必要 ②食事及び口腔ケアに介助が必要 ③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中 ④日常生活に支障を来すような症状がある認知症 ⑤医療処置が必要な患者（がん末期、感染症、褥そう、在宅酸素等） ⑥入浴・更衣に介助が必要 ⑦内服管理に介助が必要 ⑧入退院を繰り返している ⑨入院前より日常生活に支障を来している ⑩食事制限（治療食、塩分、水分等）、栄養指導が必要 ⑪住宅改修等環境整備が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ①独居で調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要 ②家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要 ③（日常生活は自立であるが）がん末期、新たに医療処置が追加 ④（日常生活は自立であるが）認知症 ⑤ 65 歳以上で精神・知的障害がある ⑥ 5 種類以上の薬を内服していて自己管理が難しい ⑦買い物や通院の支援が必要
<p>【共通項目】虐待の疑いがある。生活困窮者</p>	
<p>1 項目でも当てはまれば⇒居宅介護支援事業所に連絡</p>	<p>⇒地域包括支援センターに連絡（アカイで判断に迷う場合も含む）</p>

患者・家族への啓発チラシ・通院・入院時あんしんセット(本文7頁)

- 入院の際に家族を介して医療機関とケアマネジャーのつながりが開始されることで、より円滑な連携に役立つ。
- ケアマネジャーは、日頃から本人・家族に対して、入院した時は、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡するようお願いしておくことが大切。
- そのためのツールとして、「入院時あんしんセット」の普及啓発チラシを標準例に入れたらどうか。標準例に掲載する場合、他に掲載すべき内容はあるか。

もしもの時の備えて・・・

「通院・入院時あんしんセット」 を準備しておきましょう

- 通院や急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- 退院予定や転院が決まったときにも、必ずケアマネジャーに連絡してください。



医療保険証		介護保険証	
ケアマネジャーの名刺	お薬手帳	通院・入院時あんしんセット (準備したら○をしましょう)	
かかりつけ医の診察券	事前意思表明書		

①医療保険証	
②介護保険証	
③ケアマネジャーの名刺	
④お薬手帳	
⑤かかりつけ医の診察券	
⑥事前意思表明書 (書いている場合)	

※この他、御家族の連絡先など、御自身で必要と思う大切なものを一緒に入れておきましょう。

医療と介護の連携にあたってのマナー・エチケット(8~9頁)

- 医療と介護の関係者が顔の見える関係を作るには、まず、お互いの立場を理解することが大切であるため、連携にあたってのマナー・エチケットを掲載してはどうか。
- 掲載する場合、他に記載すべき項目はあるか。

連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から

医療と介護の関係者がよりスムーズに連携していくには、お互いの立場を理解し思いやりをもって行動することが大切です。

職種や職場が異なれば、仕事内容も立場も違います。相互の信頼関係を深めて気持よく仕事ができるようになるための初めの一步として、知っておきたいマナーやエチケットを各圏域で作成することも有用です。

全ての職種のみなさまへ

① お互いに思いやりを持ち、丁寧な対応を心がけましょう

職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけましょう。

② お互いの視点を大切に、わかりやすく相手に伝えましょう

相手が必要としている情報をなるべく専門用語を使わずに提供しましょう。また、入院時に利用者の情報を医療機関に提供する際には、ケアマネジャーは、入院医療機関が円滑な退院支援を行うために必要と考えられる生活状況などを伝えましょう。

③ 他の職種と連携を取る時にはどの程度急ぐ用件か相手に伝えましょう

医師のみなさまへ

① 介護支援専門員は医師を頼りにしています。

介護支援専門員は患者・家族にとって身近な存在であり、生活状況などを把握しています。その情報や要件を簡潔にまとめ、受診同行・文書・電話・MCS等で伝えるよう努めています。その際には、介護支援専門員の話に耳を傾けていただくようお願いいたします。

② 介護サービスに必要な書類は、できるだけ早く作成を心がけましょう。

介護サービスに必要な書類を早く作成していただくことで、患者が早く介護サービスを利用することができます。また、生活上の制限などの指示事項も記載すると介護サービス事業所の参考になり円滑な支援に繋がります。

病院スタッフのみなさまへ

① 退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせましょう

介護支援専門員は、退院前カンファレンスに参加するにあたり、「ケアプラン原案」を作成し、退院前カンファレンス時に持参し、報告事項や確認事項について意見を求めます。

退院前カンファレンスは準備に時間がかかるため、退院日の目途を早めに介護支援専門員へ知らせましょう。

ケアマネジャーのみなさまへ

① 医療機関へ情報提供を求める際には、利用者・家族と相談しましょう

病院では利用者や家族の了承なしに、介護サービス事業所などへ情報提供することは困難です。家族と相談しながら退院調整に向けて準備していることを医療機関に伝えましょう。医療機関の付き添いやインフォームド・コンセント時の立ち会いは、利用者や家族を通じて病院や医師に確認しましょう。

② 医療機関の訪問に際しては、事前に相手方の予定を確認しましょう

医療機関では、アポイントメントのない訪問には対応できない場合があります。あらかじめ、利用者（患者さん）の名前・訪問時間・訪問目的などを伝えるようにしましょう。

③ 受診同行の際には受付時に名刺を添え、診察の場面では最初に氏名・所属・職種、目的を伝えましょう。

④ 医療機関からもらった看護情報提供書は、利用者に渡さないようにしましょう。

⑤ 退院時カンファレンスの内容などを介護サービス事業所と共有しましょう。

ケアマネジャーから確実に情報提供しましょう。

入退院支援に係る情報共有様式の必須項目について(本文10頁)

- 地域で話し合っ様式を作成し既に情報共有を始めている地域もあるため、県内の統一様式は作らず、地域共通の必須項目を定めることとしてはどうか。
- 入退院支援に係る情報共有をするうえで、下記以外に必要な項目はあるか。

記

(必須項目)

◆入院時(介護支援専門員→医療機関)

- ①かかりつけ医、介護事業者、訪問看護師、薬剤師等関係機関情報、サービス利用状況
- ②氏名、生年月日、性別、家族情報、緊急連絡先
- ③既往歴、服薬状況、要介護度、障害高齢者及び認知症高齢者の日常生活自立度
- ④本人の生活情報、身体・生活機能の状況、療養生活上の課題
- ⑤本人・家族の意向
- ⑥事前意思表明書の有無

◆退院時(医療機関→介護支援専門員)

- ①退院予定日
- ②退院後に必要な医療処置、看護処置、リハビリ
- ③退院後の留意点、在宅復帰のために整えなければならない要件
- ④事前意思表明書の有無

※参考 厚生労働省が示す参考様式 本文35頁～37頁
長野県上小地域の様式 参考資料3