

疾患を抱える高齢者等が、退院後、その人らしい暮らしの場に帰れるように、また、再発・重度化を予防し、安定的に在宅での生活を継続できることを目指し、入退院における医療機関と在宅支援者（ケアマネジャー等）の連携を円滑にするための情報共有シートと本手引きを作成しました。

松浦市在宅医療・介護連絡協議会

１．対象者について

入院～退院される方は老若男女の様々な年代が想定されますが、本手引きでは以下の方を対象者とします。

①介護保険サービスを現在利用している患者、または介護保険サービスの利用を希望する患者

②その他、病院担当者が「退院連携が必要である」と判断した患者

　（例：見守りが必要、放っておくと介助が必要な状態になる恐れが高い、立ち上がりや歩行・食事・排泄に介助が必要、認知機能が低下している等）

２．手順について

退院支援が必要と判断した場合は、「入退院支援連携のフロー」をもとに退院支援のポイントとなる最小限の流れを確認していただくとともに、関係機関との情報共有を図ってください。

３．活用のための基本的事項

①日頃から情報収集に努める

→入院が必要となる前から支援対象者の病歴や服薬状況、キーパーソンなどを把握し、仮に入院した場合でもスムーズに情報提供ができるよう準備をしておきましょう。

②入退院時情報提供シートについて

→本手引きにおける入院時および退院時情報提供シートは、松浦市の医療・介護連携のための任意の様式であり、既存の連携にかかる共有シートの使用を妨げるものではありません。

③日頃の療養支援と多職種連携について

→在宅生活を支援するためには地域の歯科医師、訪問看護師、薬剤師、栄養士など様々な職種との関わりが必要です。対象者の状況に応じ、必要な連携をとるように心掛けましょう。

４．注意事項

◆入院時の情報収集および提供の際に気をつけること

【医療機関が情報収集するとき】

在宅生活の状況を患者本人や家族から十分に聞き取るとともに、本人または家族の同意を得たうえで、ケアマネジャー等からも情報収集を行います。その際、病院担当者や希望する提供方法（電話、ファックス、面談等）を明確に伝えます。

【ケアマネジャー等が情報提供を行うとき】

支援対象者または家族の同意を得たうえで、在宅での状況を速やかに入院医療機関へ情報提供します。

入退院支援連携のフロー

入　院

◆カンファレンスについては、全ての患者が必要かどうかの判断もあるため各病院の方針等を踏まえ対応。カンファレンスがない場合においても、主治医、病院担当、ケアマネジャー、患者、家族間の情報共有を行う。

共有シートは病院担当者が記載するか、ケアマネジャーの聞きとりにより作成する。概ね退院の目途がついて退院調整に入る時点を想定。

退院支援情報共有シート（松浦退-１・２）

◆**地域包括支援センター（医療介護連携相談員）**

対象の状態に応じた支援につなげる。

【想定されるパターン】

○介護保険の申請

○居宅介護支援事業者の照会

○日常生活支援総合事業（生活支援サービス、デイサービス、ホームヘルプ、各種介護予防事業）の利用

○訪問支援

○その他、福祉サービスや社会資源の活用

（親族、地域住民との調整等）

退院前カンファレンス

**医療機関からケアマネジャーへの情報提供**

**ケアマネジャーから**

**医療機関への情報提供**

ケアマネジャーからの情報提供あり

ケアマネジャーからの情報提供なし

病院担当者は家族などに地域包括支援センターに相談するよう促す。

病院担当者は家族からの聞き取りまたは介護保険証で担当を確認

介護保険なし（ケアマネジャーなし）

介護保険あり（ケアマネジャーあり）

担当者決定

※病院担当者と情報共有を行うことで要件を満たせば、診療報酬・介護報酬の算定が可能。

◆病院担当者はケアマネジャーまたは担当者と入院期間ならびに退院支援に必要な期間（ケアプラン作成、事業所との調整）等の情報共有を行う（カンファレンスが必要な場合はその日程も）。

**退　院　調　整**

入院時情報提供シート（松浦入-１）

退　院

退院

退院支援不要

退院支援必要



