

菊池地域における入退院支援ガイドブック

(Ver.1.0)



菊池市・合志市・大津町・菊陽町

熊本県菊池保健所

もくじ

はじめに	P1
第1編 入退院支援を行う上の心構え	P3
第2編 入院前から担当ケアマネがいる場合の入退院支援	P4
第3編 入院時に担当ケアマネがいない場合の入退院支援	P6
第4編 付属資料	P8

はじめに

ガイドブック作成の背景

菊池二次医療圏(菊池市、合志市、大津町、菊陽町。以下、「菊池地域」という。)でも、団塊の世代が75歳以上(後期高齢者)を迎える平成37年(2025年)以降も、高齢者人口及び割合は65歳以上及び75歳以上のいずれも2040年まで増加する見込みです。

※65歳以上人口:55,776人、75歳以上人口:33,683人、65歳以上割合:29.2%、75歳以上割合:17.6%(国立社会保障・人口問題研究所 平成30年時点による2040年推計地域別将来推計人口)

高齢化に伴い、医療や介護のニーズも増加していきます。医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を人生の最期まで続けることができるよう、地域の医療・介護の関係団体が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を提供することが必要です。自宅や介護保険施設等への退院にあたり、入院から退院後の生活や療養を支えるため、地域の病院と介護支援専門員(以下、「ケアマネ」という。)が円滑な情報共有を図ることができるよう、ガイドブックを策定しました。

ガイドブックのねらい

平成29年2月、菊池郡市医師会と熊本県介護支援専門員協会菊池支部の協力を得て、菊池地域の病院・有床診療所(以下、「病院」という。)、地域包括支援センター(以下、「包括」という。)及び居宅介護支援事業所(以下、「居宅」という。)のケアマネに対しアンケートを実施しました。

その結果、P2の表1のとおり、入院時に病院へケアマネから連絡がある割合は13.0%、また退院時に病院から(ケアマネに)退院の連絡が事前にあった割合は74.0%程度に止まっていることなどがわかりました。

これをふまえて、入退院における病院とケアマネの情報共有をスムーズにし、円滑な在宅等への移行を図ることが必要だと考えました。

表1 入退院時の病院・ケアマネ間における連絡実施状況

(1)入院時…ある(行う)と答えた人の割合のみ計上

＜病院・有床診療所＞	割合	＜居宅・包括＞	割合
Q1.ケアマネに連絡を行う	48.4%	Q1.病院に連絡を行う	75.9%
Q2.ケアマネから連絡がある	13.0%	Q2.病院から連絡がある	51.8%
Q3.ケアマネから書面で情報提供がある	16.2%	Q3.病院から書面で情報提供がある	66.6%

(2)退院時…ある(行う)と答えた人の割合のみ計上

＜病院・有床診療所＞	割合	＜居宅・包括＞	割合
Q5.書面で情報提供を行う	54.8%	Q5.退院日以前に連絡がある	74.0%
		Q6.病院から書面で情報提供がある	81.5%

※「ある(100%～80%)・ほぼある(80%～60%)・時々(60～40%)」とした割合を「ある」、「ほぼない(40～20%)・ない(20～0%)」とした割合を「ない」と集計。

ガイドブックの位置付け

このガイドブックは、病院とケアマネが情報共有を密に行うことで、入院から退院後の療養生活を支えることや、地域の医療と介護関係者の連携をより確実にすることを目的としています。

スムーズな入退院を支援するための、基本的な流れを示したものです。添付の情報共有シートも参考資料であり、同様の目的のために既存の様式がある場合は、それを使用されても構いません。

ガイドブックの検証及び改定

このガイドブックの運用を通じて分かった、利活用上での課題について検証し、必要に応じて改定を行います。

内容についてお気づきの点や御意見等がありましたら、最寄りの包括(最終頁)に御連絡をお願いします。

【ガイドブックにおける用語について】(再掲)

- 在宅等から入院して在宅等へ退院する方を、患者(または本人、利用者)とする。
- 病院・有床診療所を病院とする。
- 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の担当者をケアマネとする。
- 地域包括支援センターを包括、居宅介護支援事業所を居宅とする。

第1編 入退院支援を行う上の心構え

1)入退院支援に関わる人の心構え

(1)入院時

- 退院後の在宅等での生活スタイルを本人、家族等とよく話し合い、入退院支援計画に反映します。
- 情報提供の目的は、病態の共有のみにとどまらず、入院前の生活状況や家族の介護力などの情報を共有し、退院後の生活が円滑に送れるように活用するためです。日頃から情報収集に努めましょう。
- 主体は、本人及び家族であり、可能な限り入院中から退院後の生活について話し合う機会を持ち、本人らしい生活や自立に向けた生活への支援をしましょう。

(2)退院時

- 退院前の本人の状況を把握したうえで、地域における医療や介護の関係者が事前に協議を行い、情報を共有し、病院から確実に引き継ぐことで本人及び家族が安心して在宅等での生活を送れるように支援しましょう。
 - 退院後の日常の療養の場面では、さまざまな職種の人に関わる可能性があります。それぞれの役割や立場を尊重して状況に応じた連携がとれるようにしましょう。
- ※個人情報保護の観点から・・・情報の提供に関して本人や家族から同意を得ておく必要があります。

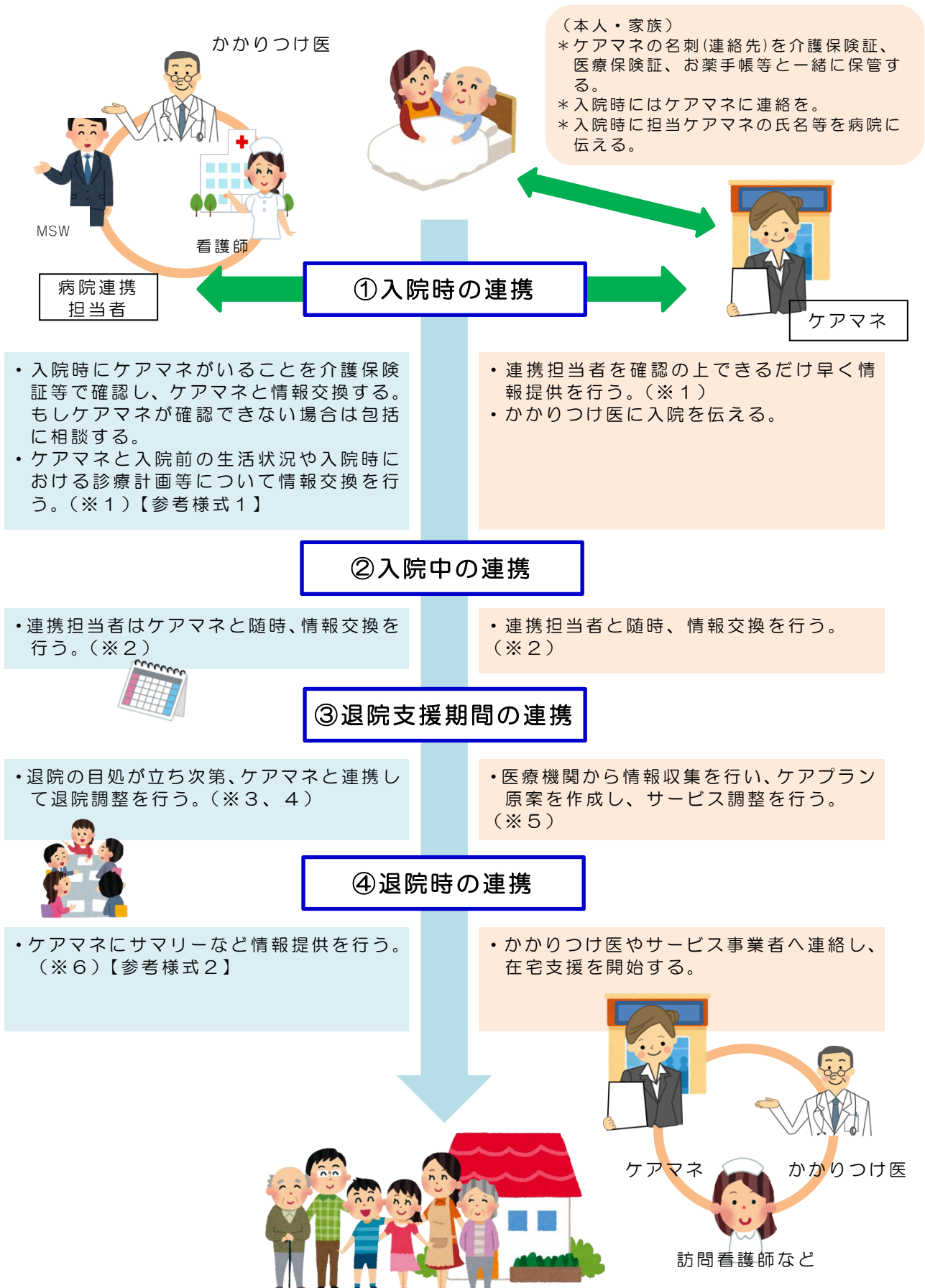
2)先行する取り組み(地域連携クリティカルパスなど)について

- 熊本県内では、これまでにがん、脳卒中、糖尿病にかかる地域連携クリティカルパスなどが作成され、医療(医医)連携・医科歯科連携などに取り組んでいます。こうした既存のツールも活用しつつ、さらに菊池地域の関係者で医療介護連携を図るためにこのガイドブックを活用してください。

【取り組みの一例】

◆がん	熊本県がん診療連携クリティカルパス「私のカルテ」 (熊本県がん診療連携協議会作成)
◆脳卒中	脳卒中地域連携パス (熊本脳卒中地域連携ネットワーク研究会作成)
◆糖尿病	熊本県糖尿病地域連携パス(DM熊友パス) (熊本県糖尿病対策推進会議作成)
◆医療介護連携	情報連携シート・退院時連携シート (熊本県介護支援専門員協会作成)

第2編 入院前から担当ケアマネがいる場合の入退院支援



①入院時の連携

※1…連携担当者とケアマネは入院後 2～3 日を目安に情報交換を行う。なお、情報提供する内容の例は以下のとおり。その他、問題点があれば伝える。

①家族状況・協力体制、②キーパーソンの情報、③入院直前と1ヶ月前のADL、④認知症状の有無、⑤生活歴、⑥ケアプラン、⑦サービス事業者と担当者、⑧夜間の状況、⑨介護力の状況（昼と夜）、⑩経済状況 など

②入院中の連携

※2…入院期間の見込み、病状やADLの変化、家族状況の変化、要介護区分変更の必要性、転院の可能性などがある場合に情報交換を行う。

③退院支援期間の連携

※3…例えば、退院前カンファレンス、退院前自宅訪問、リハビリ見学同席、退院前指導、試験外出・外泊などを実施する。また、医療的な処置及び管理（在宅酸素、経管栄養、カテーテルなど）が入る場合などは積極的に退院前カンファレンスを開催し、本人の了解を得て、家族、かかりつけ医、ケアマネ等の同席を検討する。

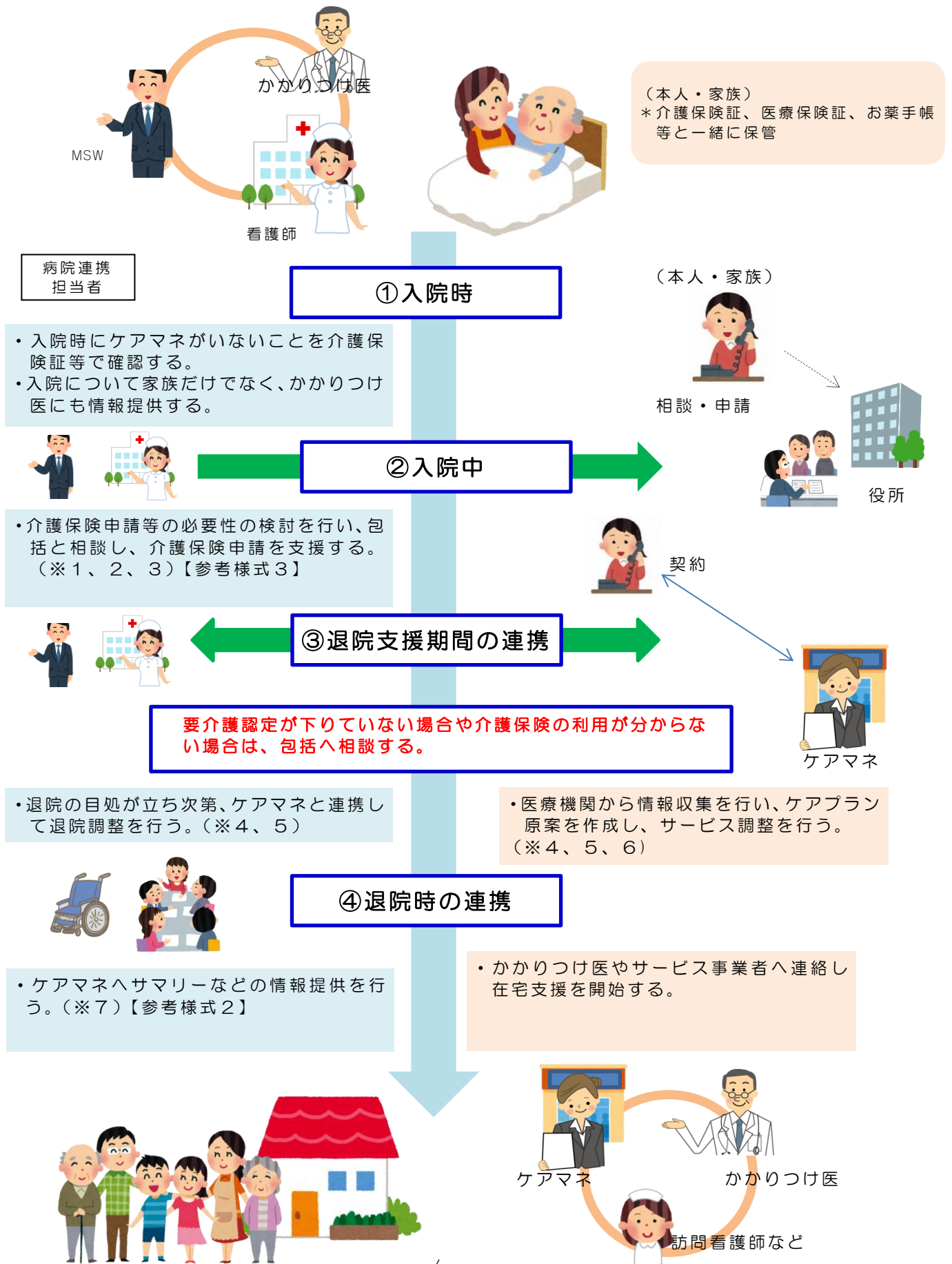
※4…訪問看護等を利用する場合は、指示書の作成を医師に依頼する。

※5…退院後の注意事項、緊急時の対応、退院日時などを情報収集し、サービス事業所へ、カンファレンス参加や家屋調査同行などの要請を行う。

④退院時の連携

※6…看護サマリー、リハビリサマリー、服薬情報、食事情報などの提供を行う。

第3編 入院時に担当ケアマネがない場合の入退院支援



②入院中

- ※1…包括に情報提供し、在宅支援サービス（インフォーマルを含む）や今後の生活について相談を行う。
- ※2…参考様式3を参照し、介護保険申請時に必要となる情報（退院の目安、必要なサービス、主治医など）を申請者に伝える。
- ※3…申請から認定が下りるまでは、30日程度の期間を要する。

③退院支援期間の連携

- ※4…例えば、退院前カンファレンス、退院前自宅訪問、リハビリ見学同席、退院前指導、試験外出・外泊などを実施する。また、医療的な処置及び管理（在宅酸素、経管栄養、カテーテルなど）が入る場合などは積極的に退院前カンファレンスを開催し、本人の了解を得て、家族、かかりつけ医、ケアマネ等の同席を検討する。
- ※5…訪問看護等を利用する場合は、指示書の作成を医師に依頼する。
- ※6…退院後の注意事項、緊急時の対応、退院日時などを情報収集し、サービス事業所等へ、カンファレンス参加や家屋調査同行などの要請を行う。

④退院時の連携

- ※7…看護サマリー、リハビリサマリー、服薬情報、食事情報などの提供を行う。

<〔参考〕介護予防・生活支援サービス事業について>

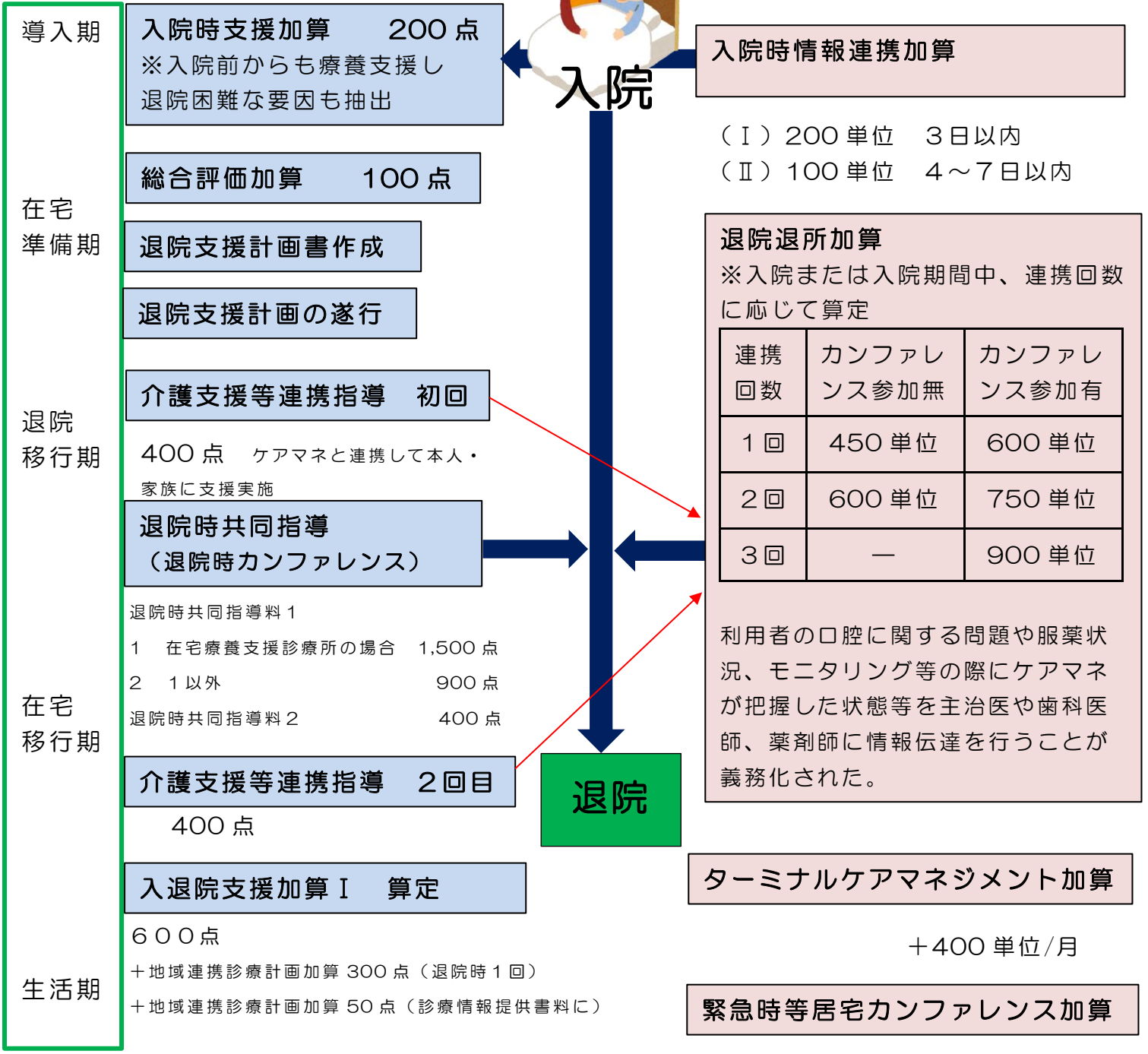
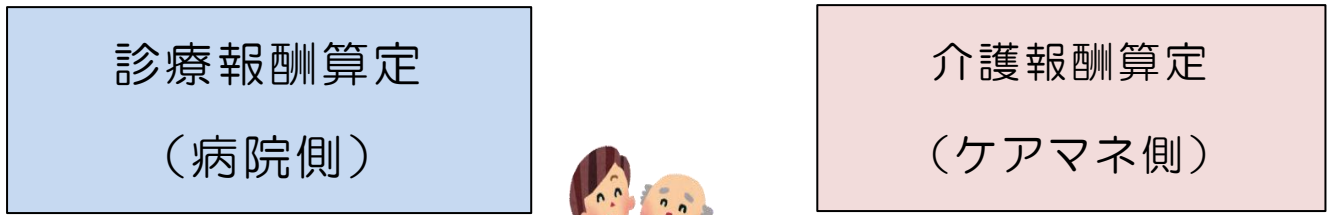
平成28年4月から、「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」が始まりました。市町が行う介護予防の取り組みです。「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防」の2つがあり、サービス事業所のほか、ボランティア、住民主体によるサービスを受けることができます。要支援の認定が無くても利用できるサービスがあるため、退院後に介護予防や生活支援が必要と思われる人には、介護保険窓口または包括に相談するよう助言してください。

〔内容〕

- ・通所型サービス（事業所や市の施設など）、訪問型サービス（事業所やボランティアなど）
- ・一般介護予防の運動教室など

※サービスの利用方法や内容は市町毎に異なります。詳しくは各市町介護保険窓口または包括にお問い合わせください。

入退院時連携に係る介護・診療報酬（一部）



入院時情報連携加算
 (I) 200 単位 3日以内
 (II) 100 単位 4～7日以内

退院退所加算
 ※入院または入院期間中、連携回数に応じて算定

連携回数	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
1回	450 単位	600 単位
2回	600 単位	750 単位
3回	—	900 単位

利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネが把握した状態等を主治医や歯科医師、薬剤師に情報伝達を行うことが義務化された。

ターミナルケアマネジメント加算

+400 単位/月

緊急時等居宅カンファレンス加算

月2回まで +200 単位

注)算定にあたっては最新の算定要件・施設基準を確認してください。
 出典:公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会国診協版 入退院支援の手引き (H30 年度事業作成)より

580 点 加算 20 点 入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り5回を限度として算定。ただし退院日は除く。

第4編 付属資料

1)平成29年2月実施アンケート集計結果

表2 アンケート調査対象及び回答率

施設の種別	対象数	回答率
病院	16施設	100%
有床診療所(菊池郡市医師会員に限る)	15施設	46.7%
【合計】	31施設	74.2%
居宅介護支援事業所(熊本県介護支援専門員協会会員に限る)	54施設	100%
地域包括支援センター	4施設	100%
【合計】	58施設	100%

表3 スムーズな入院・治療につなげるために、ケアマネから特に提供してほしい情報(病院 Q.4)

提供してほしい情報	割合	提供してほしい情報	割合
担当ケアマネジャー名	8.2%	キーパーソンの情報	18.2%
食事管理の様子	5.5%	寝具状況	0.0%
入院直前と1カ月前のADL	13.6%	家屋の状況	4.5%
服薬管理状況	5.5%	受診歴	5.5%
家族の協力体制	14.5%	経済状況	8.2%
要介護度	7.3%	在宅でのサービス状況	6.4%
その他	2.6%		

表4 スムーズに在宅へつなげるためにケアマネと連携をとっていること(病院 Q.6)

取り組み	割合	取り組み	割合
退院前カンファレンス開催	14.9%	退院日の連絡	18.7%
サマリーなどの提供	17.7%	リハビリ見学	1.0%
栄養指導	2.0%	服薬指導	5.0%
家族指導	3.0%	病床説明への同席	6.9%
退院前の家屋調査への同行	12.9%	リハビリの情報提供	7.9%
サービス内容の見直し	5.0%	区分変更などの提案	5.0%
その他	0.0%		

表5 スムーズに入院へつなげるために病院と連携をとっていること(ケアマネ Q.4)

取り組み	割合	取り組み	割合
入院の連絡	11.7%	情報書の提供	20.9%
ケアプランの提供	7.5%	介護度の提供	20.1%
有効期限の提供	10.9%	主治医意見書の提供	0.8%
薬事情報の提供	9.2%	デイなどのサービス事業所からの情報提供書の提供	2.9%
家屋状況の提供	4.2%	家族の情報提供	11.3%
その他	0.5%		

表6 病院から退院の連絡が退院日よりどれくらい前にあるとスムーズに在宅へつなげられるか(ケアマネ Q.7)

期間	割合	期間	割合
2ヶ月前	5.6%	1ヶ月前	18.5%
2週間前	59.3%	1週間前	13%
その他	3.6%		

表7 スムーズに在宅へつなげるために病院が実施してほしいこと(ケアマネ Q.8)

取り組み	割合	取り組み	割合
退院前カンファレンス開催	20.1%	退院日の連絡	20.5%
サマリーの提供	20.5%	リハビリ見学	4.3%
栄養指導	0.8%	病状説明への同席	7.9%
服薬指導	2%	家族指導	3.5%
退院前の家屋調査	9.4%	リハビリの情報提供	11%
オムツ交換指導	0%	食事介助指導	0%

表8 情報提供シートがあれば使用したいか(病院 Q.7、ケアマネ Q.9)

<病院・有床診療所>	割合	<居宅・包括>	割合
ぜひ使用したい	32.3%	ぜひ使用したい	55.6%
場合によっては使用したい	35.5%	場合によっては使用したい	42.6%
使用しない	0%	使用しない	0%
非回答	32.2%	その他	1.8%

2) ガイドブックの策定体制



3) 策定の経過

○平成28年度

平成29年2月	在宅医療介護連携推進のためのアンケート実施
平成29年3月2日	菊池地域在宅医療連携体制検討会議で経過報告
平成29年3月末	アンケート集計

○平成29年度

平成29年6月	アンケート集計結果を基に、4市町・保健所にてガイドブックの叩き台を作成
平成29年9月	ワーキンググループを設置
平成29年10月3日	第1回ガイドブック策定ワーキンググループ開催
平成29年11月15日	第2回ガイドブック策定ワーキンググループ開催
平成29年12月20日	第3回ガイドブック策定ワーキンググループ開催

○平成30年度

平成30年6月13日	第4回ガイドブック策定ワーキンググループ開催
	第5回ガイドブック策定ワーキンググループ開催
	ガイドブックの策定完了
平成30年12月5日	ガイドブック研修会を開催(関係者に周知)
平成31年1月	ガイドブック運用開始(予定)

4) 策定に関するワーキンググループ名簿

○入退院支援ガイドブック策定ワーキンググループ

所属	職種	氏名
熊本再春荘病院	看護師	笠 育美
菊池病院	精神保健福祉士	阿部 豊輝(平成29年度) 寺師 絵里香(平成30年度)
指定居宅支援事業所サンライズヒル	ケアマネジャー	福地 和
訪問看護ステーションソレイユ	看護師	中島 ゆみ
居宅介護支援センター明里	ケアマネジャー	田中 幸子
菊池郡市医師会立病院	医療ソーシャルワーカー	松下 貢
菊池保健所	事務職	原 麻梨子(平成29年度) 生田 才佳(平成30年度)
菊池市地域包括支援センター	社会福祉士	山口 真琴
合志市地域包括支援センター	事務職 保健師	三谷 三恵(平成29年度) 溝部 友里(平成30年度)
大津町地域包括支援センター	保健師 保健師 看護師	上田 雅子(平成29年度) 椎葉 ちはる(平成30年度) 竹谷 則子
菊陽町地域包括支援センター	社会福祉士 保健師	明利 治樹(平成29年度) 平井 亜佑美(平成30年度)

監修：菊池郡市医師会

【菊池地域の地域包括支援センター】

◇菊池市地域包括支援センター(菊池市役所)

住所:菊池市隈府 888

TEL:0968-25-7216

◇合志市地域包括支援センター(合志市総合センター ヴィーブル1階)

住所:合志市福原 2922

TEL:096-248-1126

◇大津町地域包括支援センター

住所:大津町大字大津 1233

TEL:096-292-0770

◇菊陽町地域包括支援センター(菊陽町役場)

住所:菊陽町大字久保田 2800

TEL:096-232-2366