

大北地域入退院時支援ルール

～ 患者さんがスムーズに退院後生活へ移行するためのマニュアル ～



大北地域在宅医療介護推進委員会ワーキンググループ

平成30年12月 [改訂版]

入退院時のルール作成にあたって

高齢者の増加に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごせるよう、在宅医療の普及・推進が求められています。そのためには在宅医療に従事する多職種が各々の専門知識を活かし、積極的な意見交換や情報共有を通じて、チームとして患者・家族の質の高い生活を支えていく必要があります。これらを可能とするための郡市医師会・病院の医師、地域包括支援センターの主任介護支援専門員及び市町村行政担当職員を在宅医療に関する地域の指導者として養成する研修会が平成 25 年 1 月塩尻市で開催されました。その研修修了者を中心に在宅医療推進委員会ワーキンググループが組織され、今までに 38 回のワーキンググループ会議とこの間に課題抽出と課題解決のための多職種連携ネットワーク会議を 9 回開催し、在宅医療の現場での問題解決策を話し合うとともに、お互い顔の見える信頼関係を構築してまいりました。これまでに終末期の支援、独居老人にも服薬しやすくするために 1 日 1 回一包化など解決策を提案して来ました。そして今般は「入院時から始まる退院支援」の一環として「入退院時のルール」を作成しました。ワーキンググループ会議では、退院支援に慣れていない職種の人にも理解し易い手引書になるように心掛けました。もっと詳しく知りたい方のために会議で提案されたことをほとんど網羅した資料も添付しましたので、参考にしてください。

尚、入退院支援に当たっては、利用者のプライバシーには十分な配慮が必要です。参考書としては平成 29 年 5 月 30 に厚労省より出された「医療・介護関係事業者における個人情報適切な取扱いのためのガイダンス」に関する Q & A（事例集）があります。

HP アドレス <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

最後に 3 年以上にわたりお骨折りを戴いた在宅医療推進委員会ワーキンググループの皆様には心より感謝申し上げます。

平成 29 年 10 月

大北地域在宅医療推進委員会
ワーキンググループ責任者
横澤 厚信（大北医師会）

目 次

● はじめに	P 2
● 入退院時支援ルール	
I：入院前にケアプラン作成者が <u>決まっている</u> 場合	P 4
II：入院前にケアプラン作成者が <u>決まっていない</u> 場合	P 8
III：退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれないが、 地域よる見守り相談等が必要と思われる場合	P 12
● 入院中の要介護認定調査に係る留意事項について	P 16
介護保険法第 27 条第 1 項、第 28 条第 2 項、第 29 条第 1 項、第 32 条第 1 項、第 2 項、第 33 条の 2 第 1 項。 ◆厚生労働省 要介護認定 認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 30 年 4 月）。◆末期がん等の方への要 介護認定等における留意事項について（平成 22 年 4 月 30 日 厚生労働省老健局老人保健課通知） 関係	
■ 資料編	P 19

資料編

■ 様式集	
様式 1 服薬情報報告書	P 20
様式 2 医療福祉連携シート（大北圏域介護保険事業者連絡協議会 居宅介護支援部会）	P 21
様式 3 利用者状況表	P 22
様式 4-1 退院・転院時サマリ（北アルプス医療センターあづみ病院）	P 25
様式 4-2 退院・転院時看護要約（市立大町総合病院）	P 26
様式 5 在宅歯科訪問診療マッチングシート	P 28
様式 6-1 入院時情報提供書	P 30
様式 6-2 退院・退所情報提供書	P 32
（厚生労働省老健局振興課長通知 平成21年老振発第0313001号 最終改正平成30年老高発0322第2号）	
■ 関係機関一覧	P 33
医療機関（病院、診療所、歯科診療所、薬局）	
訪問看護ステーション	
居宅介護支援事業所	
地域包括支援センター	
■ 入退院調整ルール作成の経過	P 39

はじめに

1. 目的

患者が退院する際に、望む生活をかなえることを目指し必要な介護サービスを切れ目なく受けられるよう、大北地域の医療機関と介護サービス事業所の間で患者さんが入院した時から情報を共有し、退院・生活復帰に向けて連携を図るための仕組みです。

2. 基本事項（共通事項）

(1) 入退院調整ルール（2017年10月運用開始）とは

大北地域にお住まいの患者さんが医療機関に入院し、退院後在宅に戻る際に医療福祉関係者が行う基本的な事項を定めたマニュアルです。

(2) 対象となる者

在宅（自宅等）から入院し、自宅等へ退院する患者（利用者）で下記ⅠからⅢのいずれかに該当する方。

Ⅰ：入院前にケアプラン作成者[※]が決まっている場合

Ⅱ：入院前にケアプラン作成者[※]が決まっていない場合

Ⅲ：退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれないが、地域による見守り相談等が必要と思われる場合

※ 要介護・要支援認定者及び事業対象者の介護支援計画等を作成する居宅介護支援事業所または地域包括支援センターのケアマネジャー等

(3) 留意事項

○ このルールは、患者さんがスムーズに退院後の生活に移行できるよう支援するにあたって医療機関と介護サービス事業者等が必要な情報を共有するための基本的な流れを示したマニュアルであり、拘束力を持つものではありません。

あくまで目安と考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要です。

○ 情報の提供に当たっては本人・家族の同意を得ることが必要です。

(4) 見直しについて

運用開始後は、運用状況の確認、評価を行い、必要に応じて関係者間で協議の上、適宜見直しを行っていきます。

1 支援対象者の状況を次のように設定しています。

対象者の状況	
I	入院前にケアプラン作成者が決定している場合
II	入院前にケアプラン作成者が決定していない場合
III	退院後に介護サービスの利用が見込まれない場合 (地域による見守りや相談等が必要と思われる場合)

2 「支援対象者」、「支援に関わる関係者」を次のように分類しています。

	区分1	区分2
A	対象者	A1 本人、A2 家族等
B	地域包括支援センター	
C	医療機関	病院・有床診療所
D	ケアマネジャー等	
E	かかりつけ医	E1 医師、E2 歯科医師、E3 薬局
F	介護サービス事業者	
G	地域等	

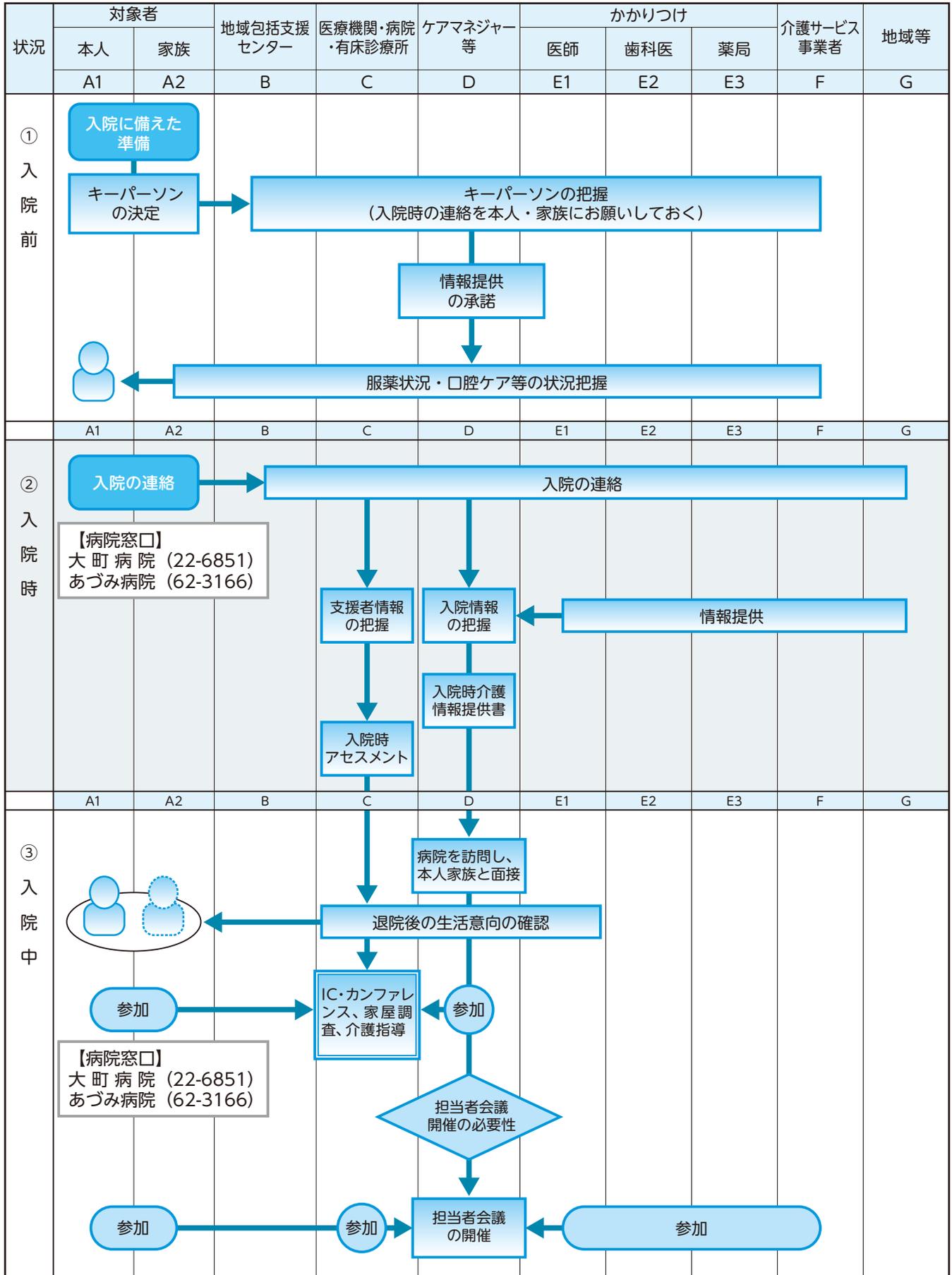
3 本入退院時支援ルールでは、以下の区分ごとに支援内容を設定しています。

① 入院前	入院に備えた準備、キーパーソンの決定
② 入院時	入院の連絡、情報の把握
③ 入院中	退院後の生活意向の確認、担当者会議の開催
④ 退院調整時	退院に向けた準備
⑤ 退院時	関係機関への情報提供等
⑥ 退院後	必要に応じたサービス利用等

I 入院前にケアプラン作成者が決まっている場合

(ケアマネジャー等：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

I-1-①



I 入院前にケアプラン作成者が決まっている場合

(ケアマネジャー等：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

I-1-②

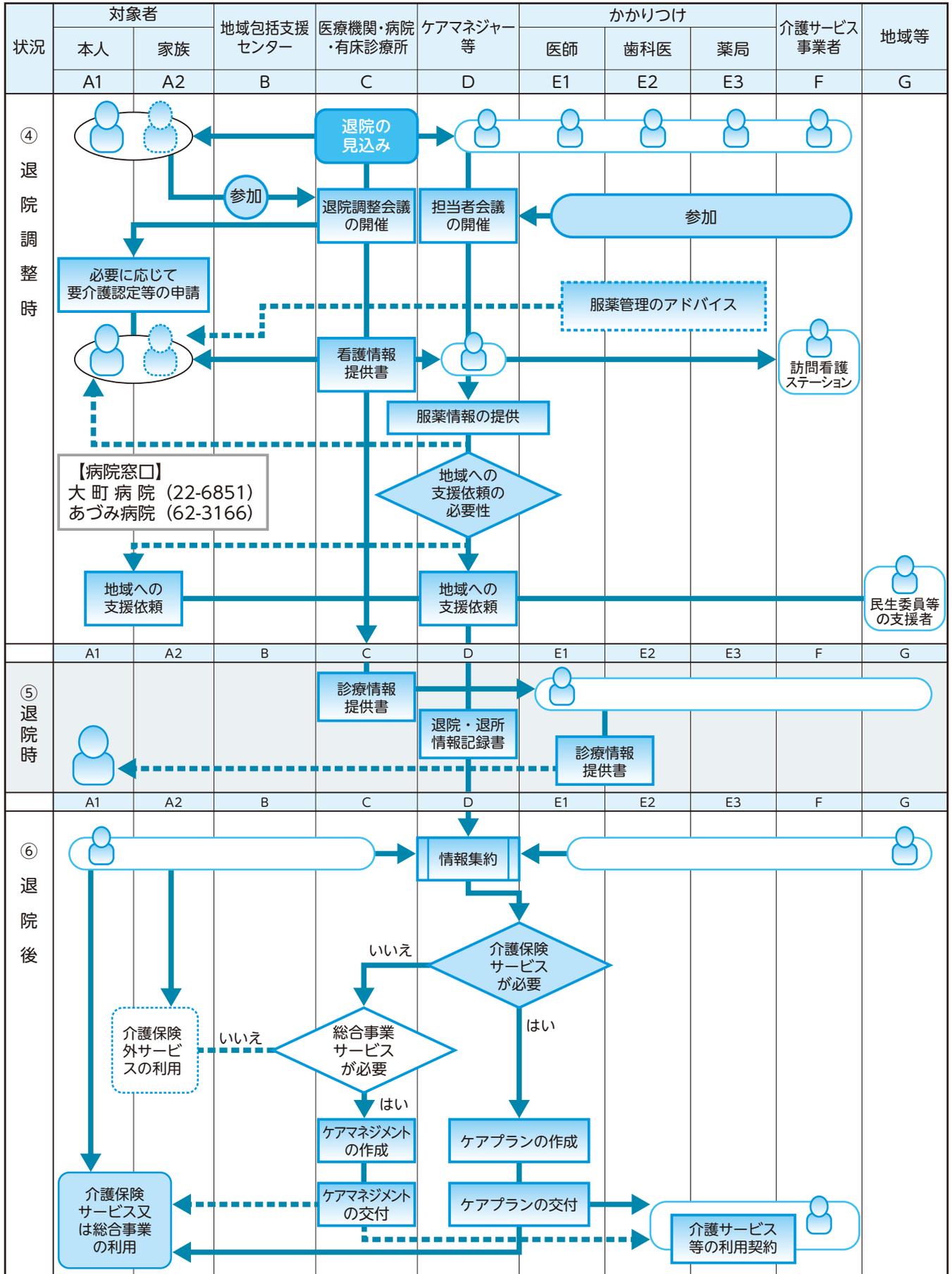
状況	区分	支援等の内容
① 入院前	共通	キーパーソンの決定（把握）、服薬状況の把握、未治療歯科の受診の勧奨
	A A1・A2	(ア) 生きること・死ぬこと（延命治療も含む）を家族で考えておき、日常から意思表示しておく。 (イ) 本人入院時の各種準備（CMの連絡先、健康（介護）保険証、診察券、お薬手帳） (ウ) 口腔ケア及び歯科治療
	B	《介入が必要な状況》 キーパーソン等が不在、家族等への支援が必要、支援者が不明な時、医療・介護以外のサービス調整が必要 (ア) お薬手帳へ要介護認定状況、担当 CM 等の情報を記載（希望者） (イ) 処遇困難事例等で CM へ助言が必要となるとき（不適切介護、虐待等権利侵害が疑われる状況）
	C	(ア) CM、訪看ステーション等との顔の見える関係づくり (イ) 未治療歯科の受診の勧奨・服薬相談
	D	(ア) 病院への情報提供について本人・家族に承諾を得る (イ) 入院の場合、必ず CM に連絡するよう本人・家族等に依頼望む生活の意向の把握
	E	(ア) 医師 延命治療に関し家族へ相談 (イ) 歯科医師 未治療歯科の勧奨、入院前口腔ケア指導 (ウ) 薬局 服薬相談、残薬確認
	F	(ア) 望む生活の意向の把握 (イ) 口腔ケアの実施及び未治療歯科の受診の勧奨
② 入院時	A	(ア) CM に連絡する
	B	(ア) 必要がある場合の CM 支援（処遇困難ケース） (イ) 必要がある場合の本人・家族支援（虐待、権利擁護等） (ウ) キーパーソン不在時の対応
	C	(ア) 入院時の状況で必要時は病棟 Ns（外来 Ns）⇒ MSW ⇒ CM へ連絡（又は包括へ） (イ) 入院時アセスメント、入院前からの課題の把握・入院後予想される課題の抽出を病棟 Ns・MSW ⇔ 包括・CM 間、院内のスタッフ（Ns・RH・薬剤師・栄養士 等）間で共有。 (ウ) 家族が対応できない場合は、病院から CM へ連絡
	D	(ア) 入院情報あり次第、病院（相談室又は病棟 Ns）へ連絡（情報共有シートの発行） (イ) 入院事実が確認できた場合は、必要に応じて速やかに病院へ口頭での情報提供（口頭） (ウ) 医療福祉連携シートにより病院へ 3 日以内に情報提供（口頭、mail、持参、面談等） (エ) 入院時介護情報提供書
	E	共通 在宅時の服薬情報提供 (ア) 「医師」 病院へ入院前治療状況情報提供 (イ) 「歯科医師」 病院へ入院前口腔治療状況情報提供 (ウ) 「薬局」 必要に応じ CM へ歯科治療情報提供
	F	(ア) 入院した事実を把握した場合は、確認のため CM に連絡 (イ) 訪問看護利用の場合は、必要に応じ CM に情報提供。（口頭、mail、持参、面談等）
③ 入院中	共通	必要に応じて担当者会議へ出席
	A A1・A2	(ア) 退院後の生活意向意思統一（入院後早期に） (イ) 場合によってはそのための支援を CM と MSW と他スタッフで行う (ウ) IC、カンファレンス、介護指導への参加 (エ) 家屋調査
	B	(ア) 在宅（自宅）への退院が困難な状況への介入 (イ) IC へ同席 (ウ) 必要に応じ家屋調査同行
	C	(ア) CM、訪看ステーションに入院中の情報提供 (イ) 退院見込、退院後の意向、入院中に生じた課題の連絡共有対応策 (ウ) IC カンファレンス家屋調査はご本人の治療経過に合わせて調整。 (エ) 病棟は平行して介護指導 (オ) 家屋調査等実施（Ns、PT、MSW 等） (カ) 必要に応じ担当者会議へ出席【病院担当：病棟 Ns、MSW ほか多職種】
	D	(ア) 病院を訪問し本人家族と面談（必要に応じて MSW 同席）（情報収集と退院後の課題確認） (イ) IC へ同席カンファレンス家屋調査はご本人の治療経過に合わせて調整。家屋調査への同行
	E	(ア) 必要に応じ担当者会議へ出席
F	(ア) 必要に応じ担当者会議へ出席	

《略語解説》 CM = ケアマネジャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

I 入院前にケアプラン作成者が決まっている場合

(ケアマネジャー等：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

I-2-①



I 入院前にケアプラン作成者が決まっている場合

(ケアマネジャー等：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

I-2-②

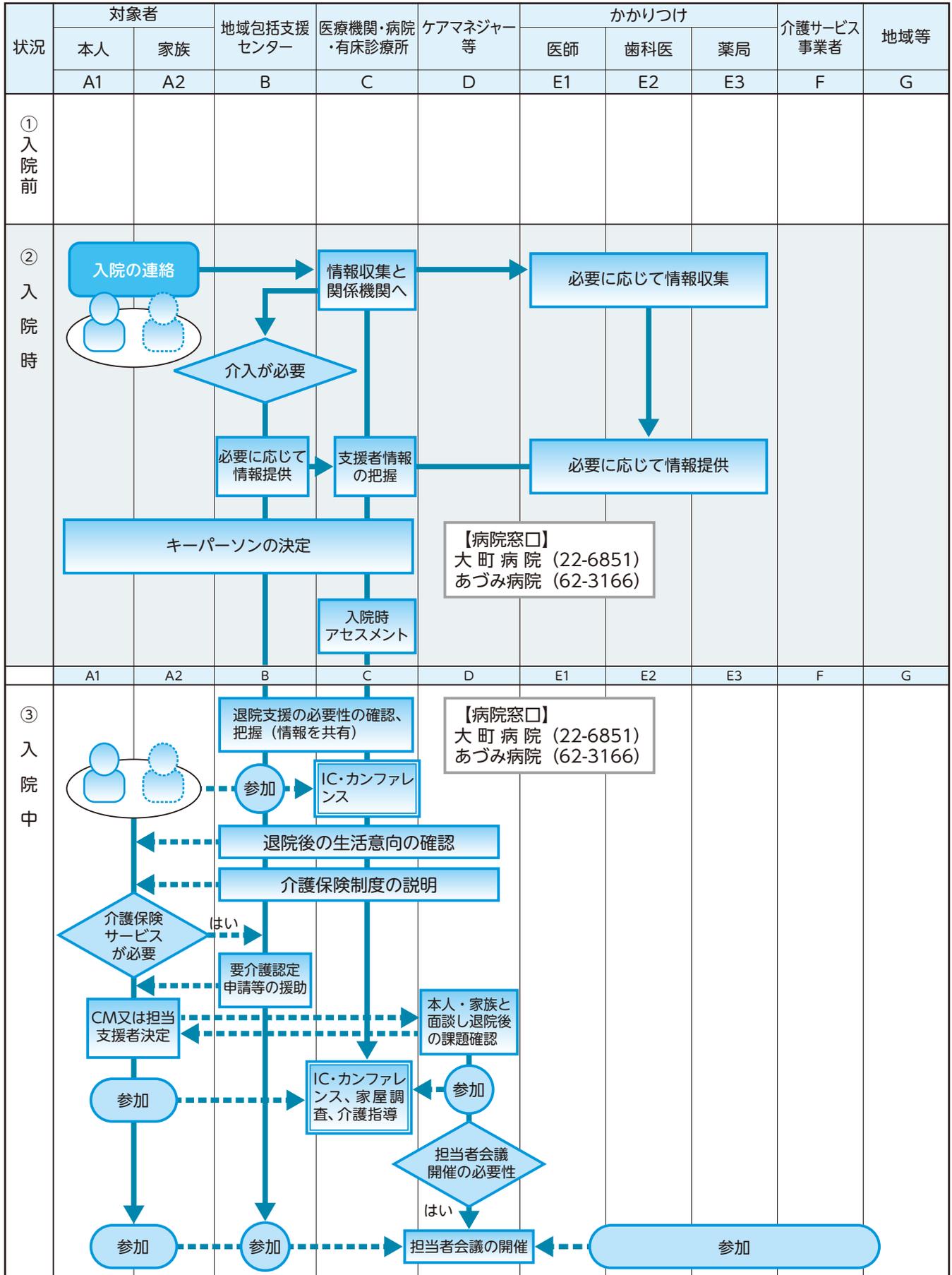
状況	区分	支援等の内容
④ 退院調整時	A A1・A2	(ア) 看護情報提供書等を CM に提供 (イ) 退院調整会議への参加 (ウ) 必要に応じて要介護認定等の申請手続き（※介護保険のサービスが必要な場合） (エ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶（特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合）
	B	－
	C	(ア) 退院後必要なサービスについての情報をケアマネに提供 (イ) 介護サービスの利用手続きについては、ケアマネに依頼する。
	D	(ア) 必要に応じ退院調整会議、サービス担当者会議（CM）開催・・・（退院前の最終確認） (イ) ケアプラン原案の提示 →（退院後の支援方針の決定）
⑤ 退院時	A A1・A2	(ア) 看護情報提供書等を CM に提供 (イ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶（特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合）
	B	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
	C	(ア) 看護情報提供書（薬剤情報含む）を CM に提供（家族経由でも可） (イ) かかりつけ医、かかりつけ歯科医等への情報提供 (ウ) お薬手帳へ入院中の処方内容を記載 (エ) 口腔ケア等による管理
	D	(ア) 次回受診日等を確認 (イ) 服薬情報を薬局に提供 (ウ) 民生委員等地域の支援者への支援依頼 (エ) 退院・退所情報記録書の作成
	E	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
	F	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
⑥ 退院後	A A1・A2	(ア) 口腔ケアが必要で、かかりつけ歯科医がいない場合は、地域包括支援センターに相談
	B	(ア) かかりつけ歯科医がいない場合、マッチングシートで相談
	C	(ア) 診療情報提供書作成【患者情報を主治医に】 (イ) 状態の変化、受診中断等があった場合は、ケアマネに情報提供
	D	(ア) ケアプランを患者・家族、居宅サービス事業所、病院、主治医、歯科医、薬局に提供 (イ) 退院後の生活状況を病院、主治医、歯科医、薬局等へ情報提供 (ウ) 「在宅」時はそれぞれの担当者が CM・包括へ情報集約。 (エ) CM・包括は必要に応じて主治医又は SW に情報提供【双方向の情報提供】
	E	(ア) 患者本人の病状把握 (イ) できる限り早期に訪看ステーション・CM 同行のうえ往診（患者の病状把握） (ウ) 状態の変化、受診中断、服薬状況等に問題があった場合は、CM に情報提供

【略語解説】 CM = ケアマネジャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

Ⅱ 入院前にケアプラン作成者が決まっていない場合

(ケアマネジャー等：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

Ⅱ-1-①



II 入院前にケアプラン作成者が決まっていな場合

(ケアマネジャー等：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

II-1-②

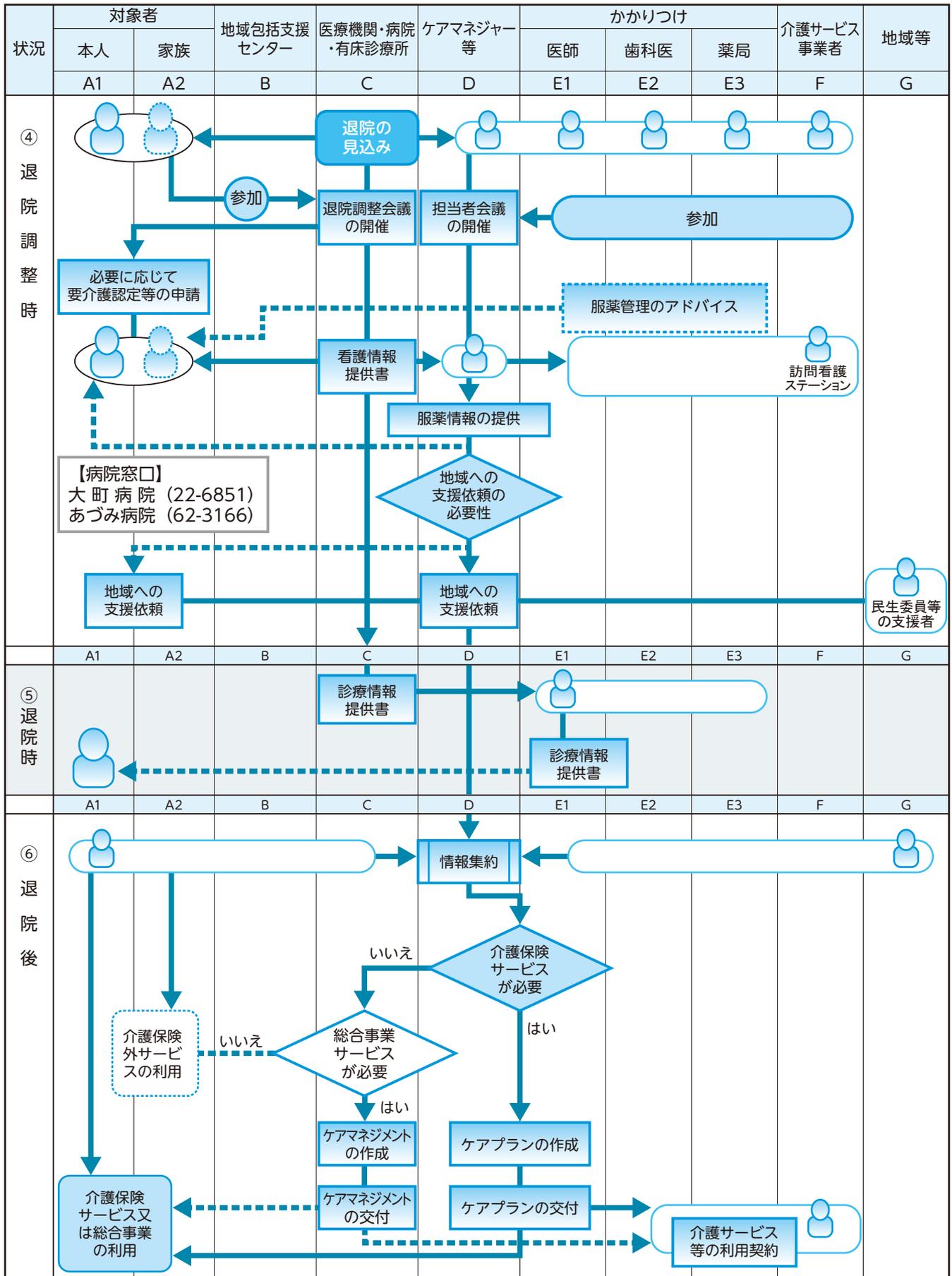
状況	区分	支援等の内容
① 入院前		
② 入院時	A A1・A2	(ア) 本人の各種情報を病院へ提供 (・健康(介護)保険証 ・お薬手帳 ・かかりつけ医、歯科医、薬局)
	B	(ア) キーパーソンの把握。入院の場合、必ずCMに連絡するよう本人家族に依頼 (イ) 病院への情報提供につき本人家族に承諾を得る (ウ) 必要がある場合の本人家族支援(虐待、権利擁護等) <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center; background-color: #00aaff; color: white; margin: 0;"><<地域包括が介入している状況・介入を依頼する状況>></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 処遇困難事例等でCMへ助言が必要なとき ・ 不適切介護、虐待等権利侵害が疑われる状況 ・ 医療・介護以外のサービス調整が必要な状況 ・ 家族等へ支援が必要なとき ・ キーパーソンが不明なとき ・ CMほか支援者が不明なとき </div>
	C	(ア) 速やかに、患者家族への聞き取り(CMの有無含む) (イ) 入院前かかりつけ医への情報提供 (ウ) 入院前かかりつけ歯科等への情報提供 (エ) 入院前の外来時の様子状況を病棟Ns、MSWへ情報提供 (オ) 必要に応じ診療等経過把握
	E	(ア) 必要に応じ情報提供(患者病状経過、歯科治療情報、服薬状況等)
③ 入院中	A A1・A2	(ア) 病院内MSW、Ns面談等で包括支援センターに相談。 (イ) CM決定 (ウ) 退院後の生活意向を家族内で意思統一。場合によりそのための支援をCMとMSWと他スタッフで行う (エ) 介護保険等サービス利用申請 (オ) CM又は担当支援者決定 (カ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有
	B	(ア) 病院へ面談。本人の状況を確認、退院後の意向、課題等をアセスメント (イ) 本人家族に介護保険制度説明等 (ウ) 必要が確認できる場合、要介護認定申請援助 (エ) 必要が確認できる場合CM担当支援者の選定又は退院後の施設入所手続等支援 (オ) お薬手帳へ要介護認定状況、担当CM等の情報を記載(希望者) (カ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (キ) 必要に応じ家屋調査同行 (ク) 必要に応じ担当者会議出席
	C	(ア) 退院支援が必要かアセスメントし確認把握 (イ) (未定の場合)かかりつけ医の決定 (ウ) 退院見込退院後の意向、入院中に生じた課題を把握し包括へ連絡情報共有、対応策の検討 (エ) 患者家族に介護保険制度説明。【病院担当：病棟からMSWに依頼】 (オ) 要介護認定申請援助:自助、互助を含めた地域資源の説明と案内。必要がある場合、介護保険制度の案内【MSW】 (カ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (キ) 家屋調査等実施【本人家族、Ns、PT、MSW等関係多職種】 (ク) 必要に応じ担当者会議出席【病院担当：病棟Ns、MSW他多職】
	D	(ア) 病院を訪問し本人・家族と面談(必要に応じてMSW同席)情報収集と退院後の課題確認 (イ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (ウ) 家屋調査への同行 (エ) 必要に応じて担当者会議の開催
	E	(ア) 入院中の口腔管理等の指導 (イ) 必要に応じ担当者会議出席
	F	(ア) 必要に応じて担当者会議への出席

【略語解説】 CM = ケアマネジャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

Ⅱ 入院前にケアプラン作成者が決まっていない場合

(ケアマネジャー等：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

Ⅱ-2-①



Ⅱ 入院前にケアプラン作成者が決まっていない場合

(ケアマネジャー等：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

Ⅱ-2-②

状況	区分	支援等の内容
④ 退院調整時	共通	(ア) 必要に応じて退院調整会議【病院窓口：病棟 Ns、MSW ほかも職種】、サービス担当者会議 (CM) の開催 【内容】 課題の共有と解決策の検討 <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center; color: white; background-color: #0070c0;">≪地域包括支援センターに出席を依頼する例≫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンが不明なとき ・家族等へ支援が必要なとき ・権利侵害が疑われる場合 ・自宅や長期入所が可能な施設への退院が困難な場合 ・家族間、地域間の調整が必要な場合 ・多制度、インフォーマルサービスの調整が必要な場合 </div> (イ) ケアプラン原案を示し退院後の支援方針を決定・・・退院前の最終確認 (ウ) かかりつけ医、かかりつけ歯科医への情報提供
	A A1・A2	(ア) 看護情報提供書等を CM に提供 (イ) 退院調整会議への参加 (ウ) 必要に応じて要介護認定等の申請手続き (※介護保険のサービスが必要な場合) (エ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶 (特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合)
	B	(ア) 必要に応じて退院調整会議への参加
	C	(ア) 看護情報提供書 (薬剤情報を含む) を CM に提供 (イ) お薬手帳へ入院中の処方内容を記載 (ウ) 診療情報提供書作成【患者情報を主治医に】
	D	(ア) 必要に応じて地域への支援を依頼する
⑤ 退院時	A A1・A2	(ア) 看護情報提供書等を CM に提供 (イ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶 (特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合)
	B	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
	C	(ア) 看護情報提供書 (薬剤情報含む) を CM に提供 (家族経由でも可) (イ) かかりつけ医、かかりつけ歯科医等への情報提供 (ウ) お薬手帳へ入院中の処方内容を記載 (エ) 口腔ケア等による管理
	D	(ア) 次回受診日等を確認 (イ) 服薬情報を薬局に提供 (ウ) 医療介護連携票により在宅時の主治医へあいさつ
	E	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
⑥ 退院後	共通	(ア) 必要に応じてサービス担当者会議 (CM) の開催【新たな課題の共有と解決策の検討】
	A A1・A2	(ア) 口腔ケアが必要で、かかりつけ歯科医がいない場合は、地域包括支援センターに相談
	B	(ア) かかりつけ歯科医がいない場合、マッチングシートで相談
	C	(ア) 診療情報提供書作成【患者情報を主治医に】
	D	(ア) ケアプランを患者・家族、居宅サービス事業所、病院、主治医、歯科医、薬局に提供 (イ) 退院後の生活状況を病院、主治医、歯科医、薬局等へ情報提供 (ウ) 「在宅」時はそれぞれの担当者が CM・包括へ情報集約。 (エ) CM・包括は必要に応じて主治医又は SW に情報提供【双方向の情報提供】
E	(ア) 患者本人の病状把握 (イ) できる限り早期に訪看ステーション・CM 同行のうえ往診 (患者の病状把握) (ウ) 状態の変化、受診中断、服薬状況等に問題があった場合は、CM に情報提供 (エ) かかりつけ歯科医がいない場合、マッチングシートで相談 ※ 以降は、「Ⅰ入院前にCMが決まっている場合」と同じ手順	

《略語解説》 CM = ケアマネジャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

Ⅲ 退院後に居宅介護サービスの利用が具体的に見込まれないが、 地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

Ⅲ-1-①

状況	対象者		地域包括支援センター B	医療機関・病院 ・有床診療所 C	ケアマネジャー 等 D	かかりつけ			介護サービス 事業者 F	地域等 G
	本人	家族				医師	歯科医	薬局		
	A1	A2				E1	E2	E3		
① 入院前										
② 入院時										
③ 入院中										

Ⅲ 退院後に居宅介護サービスの利用が具体的に見込まれないが、 地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

Ⅲ-1-②

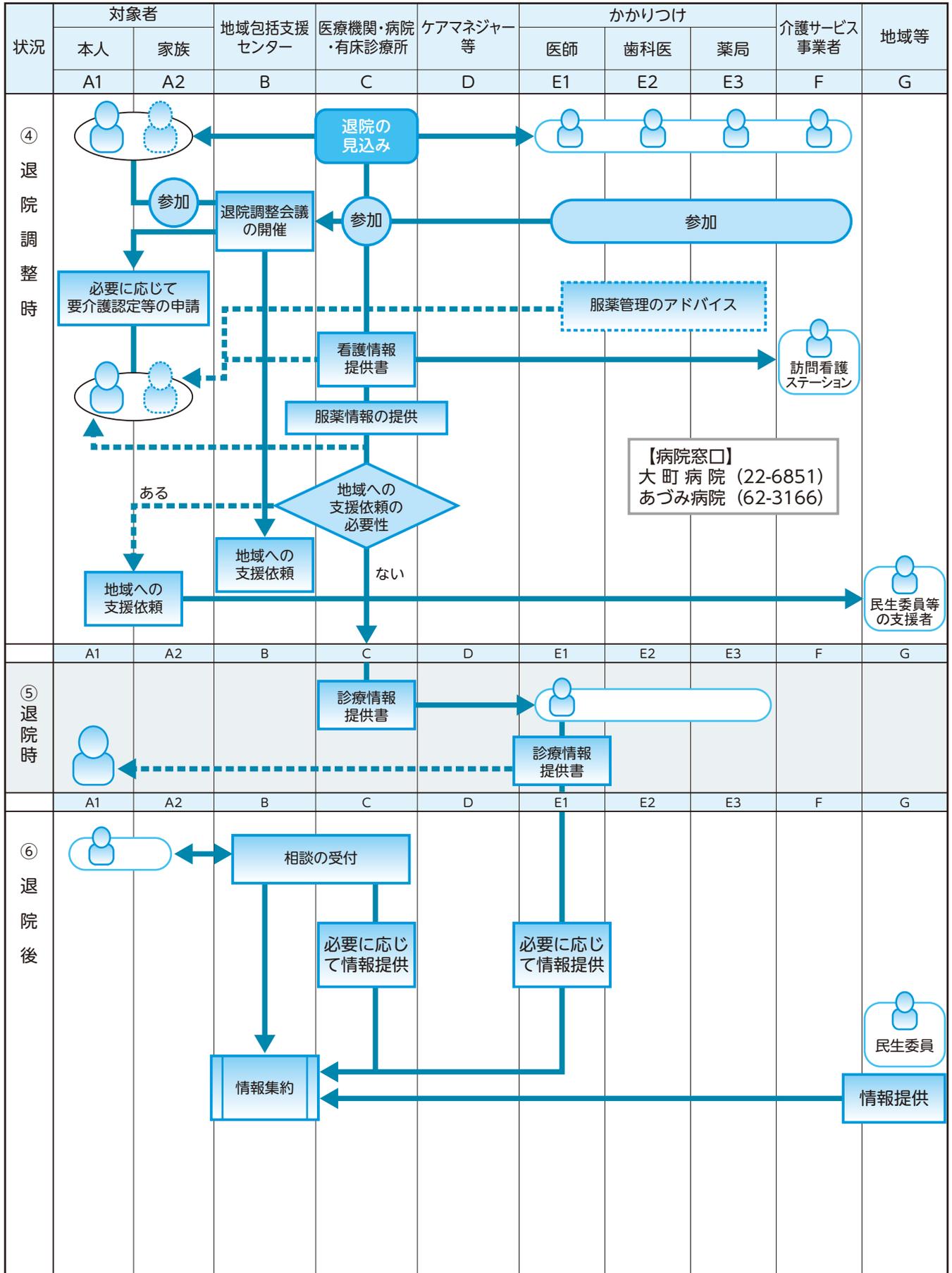
状況	区分	支援等の内容
① 入院前		
② 入院時	A A1・A2	(ア) 本人の各種情報を病院へ提供 (・健康(介護)保険証 ・お薬手帳 ・かかりつけ医、歯科医、薬局)
	B	(ア) 入院の場合、必ず地域包括支援センターに連絡するよう本人家族に依頼 (イ) 病院への情報提供につき本人家族に承諾を得る (ウ) 必要がある場合の本人家族支援(虐待、権利擁護等)
	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>◀地域包括が介入している状況・介入を依頼する状況▶</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 処遇困難事例等で CM へ助言が必要なとき ・ 不適切介護、虐待等権利侵害が疑われる状況 ・ 医療・介護以外のサービス調整が必要な状況 ・ 家族等へ支援が必要なとき ・ キーパーソンが不明なとき ・ CM ほか支援者が不明なとき </div>	
	C	(ア) 速やかに、患者家族への聞き取り (CM の有無含む) (イ) 入院前かかりつけ医への情報提供 (ウ) 入院前かかりつけ歯科等への情報提供 (エ) 入院前の外来時の様子状況を病棟 Ns、MSW へ情報提供 (オ) 必要に応じ診療等経過把握
E	(ア) 必要に応じ情報提供 (患者病状経過、歯科治療情報、服薬状況等)	

③ 入院中	A A1・A2	(ア) 病院内 MSW、Ns 面談等で包括支援センターに相談。 (イ) CM 決定 (必要に応じて) (ウ) 退院後の生活意向を家族内で意思統一。場合によりそのための支援を CM と MSW と他スタッフで行う (エ) 介護保険等サービス利用申請 (オ) CM 又は担当支援者決定 (必要に応じて) (カ) IC リハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (キ) 必要に応じ担当者会議出席
	B	(ア) 病院へ面談。本人の状況を確認、退院後の意向、課題等をアセスメント (イ) 本人家族に介護保険制度説明等 (ウ) 必要が確認できる場合、要介護認定申請援助 (エ) 必要が確認できる場合 CM 担当支援者の選定又は退院後の施設入所手続等支援 (オ) お薬手帳へ要介護認定状況、担当 CM 等の情報を記載 (希望者) (カ) IC リハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (キ) 必要に応じ家屋調査同行 (ク) 必要に応じ担当者会議出席
	C	(ア) 退院支援が必要かアセスメントし確認把握 (イ) (未定の場合) かかりつけ医の決定 (ウ) 退院見込退院後の意向、入院中に生じた課題を把握し包括へ連絡情報共有、対応策の検討 (エ) 患者家族に介護保険制度説明。【病院担当：病棟から MSW に依頼】 (オ) 要介護認定申請援助: 自助、互助を含めた地域資源の説明と案内。必要がある場合、介護保険制度の案内 【MSW】 (カ) IC リハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (キ) 家屋調査等実施 【本人家族、Ns、PT、MSW 等関係多職種】 (ク) 必要に応じ担当者会議出席 【病院担当：病棟 Ns、MSW 他多職
	E	(ア) 入院中の口腔管理等の指導 (イ) 必要に応じ担当者会議出席

《略語解説》 CM = ケアマネジャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

Ⅲ 退院後に居宅介護サービスの利用が具体的に見込まれないが、 地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

Ⅲ-2-①



Ⅲ 退院後に居宅介護サービスの利用が具体的に見込まれないが、 地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

Ⅲ-2-②

状況	区分	支援等の内容
④ 退院調整時	A A1・A2	(ア) 看護情報提供書等を必要に応じて CM に提供 (イ) 退院調整会議への参加 (ウ) 必要に応じて要介護認定等の申請手続き（※介護保険のサービスが必要な場合） (エ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶（特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合）
	B	(ア) 必要に応じ退院調整会議、サービス担当者会議（CM）開催・・・（退院前の最終確認） (イ) 必要に応じて地域への支援を依頼
	C	(ア) 退院後必要なサービスについての情報を地域包括支援センターに提供 (イ) 必要に応じて地域への支援を依頼
	E	(ア) 必要に応じ退院調整会議への出席 (イ) 必要に応じ服薬管理等のアドバイス

⑤ 退院時	A A1・A2	(ア) 看護情報提供書等を CM に提供（必要に応じて） (イ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶（特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合）
	B	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
	C	(ア) 看護情報提供書（薬剤情報含む）を CM に提供（家族経由でも可） (イ) かかりつけ医、かかりつけ歯科医等への情報提供 (ウ) お薬手帳へ入院中の処方内容を記載 (エ) 口腔ケア等による管理
	D	(ア) 医療と介護の連携票により在宅時主治医にあいさつ (イ) 次回受診日等を確認 (ウ) 服薬情報を薬局に提供 (エ) 民生委員等地域の支援者への支援依頼
	E	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
	F	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス

⑥ 退院後	A A1・A2	(ア) 包括支援センターに訪問、電話等で相談 (イ) 口腔ケアが必要で、かかりつけ歯科医がいない場合は地域包括支援センターに連絡
	B	(ア) 本人・家族等の来所持相談、必要がある場合の訪問、電話等で支援が必要か確認 (イ) 状況変化の状況の共有 (ウ) かかりつけ歯科医がいない場合は、マッチングシートで相談
	C	(ア) 本人・家族等の来所持相談、必要がある場合の訪問、電話等で支援が必要か確認 (イ) 状況変化の状況の共有 (ウ) 必要に応じて地域包括センターへ情報集約
	E	(ア) 必要に応じて地域包括センターへ情報集約
	G	(ア)（民生委員）地域包括センターへ情報集約

《略語解説》 CM = ケアマネジャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

入院中の要介護認定調査に係る留意事項について

1 調査の実施及び留意点

厚生労働省 要介護認定 認定調査員テキスト2009改訂版(平成30年4月)より抜粋引用

入院後間もない等、調査対象者の心身の状態が安定するまでに相当期間を要すると思われる、介護保険によるサービスの利用を見込めない場合は、必要に応じ、申請者に対して、一旦申請を取り下げ、状態が安定してから再度申請を行なうよう説明する。

- 入院中の要介護認定調査は、以下の状態の時のみ実施が可能です。

症状固定若しくは、退院カンファレンスが行われる状態

(注1) がん末期等で緊急の認定調査を必要とする場合は北アルプス広域連合に連絡してください。

- 認定調査の実施場所については、原則として日頃の状況を把握できる場所とする。

2 調査日程の調整

要介護認定は、申請から30日以内に行われる必要があり、認定調査の遅れにより、審査判定に支障が生じることがないように努める。

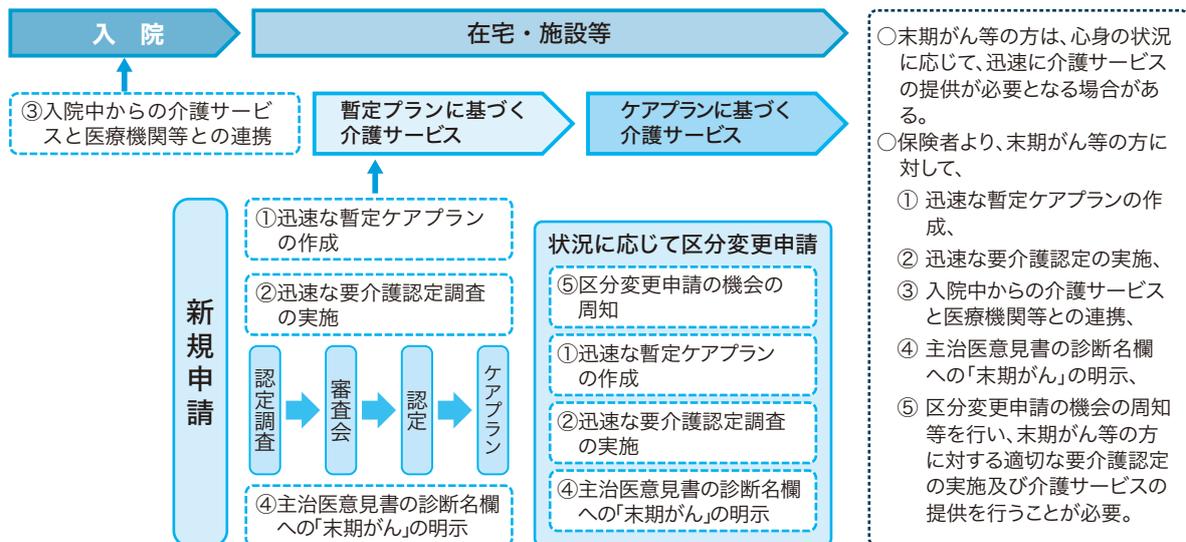
- 申請後、認定調査に伺うまで、日程調整を含めて概ね7日程度を要します。

3 要介護・要支援認定の申請日について

要介護・要支援認定申請は、持参・郵送のいずれも

- 市町村窓口で受付した日が申請日となります。

注1 末期がん等の方への要介護認定等（イメージ）



末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について（平成22年4月30日 厚生労働省老健局老人保健課通知）より抜粋引用

4 要介護・要支援認定申請の留意事項

(1) 新規申請

① 介護度が決定された場合、申請日から保険給付の期間となります。	介護保険法第27条第1項、第32条第1項関係
----------------------------------	------------------------

(2) 更新申請（同法第28条第2項、第33条第2項関係）

① 有効期間満了の60日前から要介護認定の更新申請が可能です。	60日前までに「更新認定のお知らせ」を北アルプス広域連合から送付します。
② 更新申請をせずに有効期間が過ぎた場合は、「期限切れ新規」となります。	
③ 災害その他やむを得ない理由で有効期間の満了前に当該申請をすることができなかった場合、その理由が無くなった日から一月以内に限り、要介護更新認定の申請をすることができます。	介護保険法第28条第3項

(3) 変更申請（支援変更）（同法第29条第1項、第33条の2第1項関係）

① 認定申請が行われても、認定調査が完了するまでに死亡された場合、審査判定に必要な資料が揃わないため、申請は却下されます。	
② 変更申請後、認定調査が完了した後に死亡された場合、主治医意見書の取得が可能であれば、必要に応じて審査判定を行うことができますが、認定後の被保険者証の発行はしません。	認定結果の開示請求により、認定結果はお伝えできます。
③ 要支援認定区分変更申請の場合の「提出代行者名」は、地域包括支援センター名としてください。	これ以外の場合は広域連合にご相談ください。

(4) 要介護・要支援認定の全般の留意事項

① 有効期間満了後から新規申請日の間は、介護保険の給付対象となりません。	
② 申請後、認定調査に伺うまで日程調整を含めて、概ね7日程度を要します。	(注1) がん末期等で緊急の認定調査を必要とする場合は、広域連合にご連絡ください。
③ 認定調査に立会いを希望する場合、訪問調査連絡票の「訪問調査同席希望、訪問調査連絡先」欄に、氏名・連絡先等を記入ください。	(注2) 原則、ご家族、介護支援専門員、成年後見人等以外の場合は、守秘義務の関係上、立会いは出来ません。

【お問合せ先】北アルプス広域連合 介護福祉課 審査係

〒398-0002 大町市大町1058番地33

電話(直通) 0261-21-2050

FAX: 0261-22-7011

電子メール: kaigo-shinsa@kita-alps.omachi.nagano.jp