

# 三田市入退院支援ルール

～病院と地域で切れ目のない連携をめざして～

令和4年4月

三田市在宅医療介護連携推進会議

誰もが住み慣れた地域で生活の質を保ち暮らし続けられるよう、入院時から退院後の生活を見据え、継続的な療養支援を行うためには医療と介護の連携が重要です。このため、病院と介護関係者の調整役となるケアマネジャーが円滑に情報共有し、地域で支えるための入退院支援ルールが必要となります。

この「入退院支援ルール」は、病院の地域連携の担当者、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのケアマネジャー、市町介護保険担当者等、地域の医療と介護の関係者が意見を出し合い、それを集約して共通ルールとしてとりまとめたものです。

## も く じ

1 目的	1
2 共通事項	1
3 留意事項	1
4 入退院支援ルール	

### A 入院前にケアマネがいる（介護保険サービスを利用していた）場合

①入院時の連絡	2
②入院中の連携	3
③退院調整開始の連絡	3
④退院前調整	3
⑤退院時・退院後の情報提供	3

### B 入院前にケアマネがいない（介護保険サービスを利用していない）場合

①介護保険申請の支援	4
②担当ケアマネの連絡、入院中の連携	5
③退院調整開始の連絡	5
④退院前調整	5
⑤退院時・退院後の情報提供	5

## 1 目的

この「入退院支援ルール」は、要介護・要支援状態の患者が自宅等へ退院するための準備をする際に、病院からケアマネジャーに着実に引き継ぐための情報共有のルールです。

病院関係者と在宅関係者が連携してルールを実践し、引継ぎがなかったり不十分だったりしたために在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくすことを目的としています。

なお、運用状況を関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行っていきます。

## 2 共通事項

### (1) 適用地域

三田市

### (2) 運用開始時期

平成30年6月

### (3) 支援の対象者

・自宅等※から入院し自宅等へ退院する患者（利用者）で、下記の①～③のいずれかに該当する方（※自宅等＝自宅のほか、介護施設を除くケアハウス、高齢者住宅等）

① 入院前に介護保険サービスを利用していた方 ⇒ Aに該当

② 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する方 ⇒ Bに該当

③ 病院担当者が退院支援が必要と判断した方 ⇒ Bに該当

### (4) 支援の担当者

- ・病院担当者：病院(有床診療所を含む)の病棟看護師、地域連携室(連携担当者)等
- ・ケアマネジャー：居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのケアマネジャー

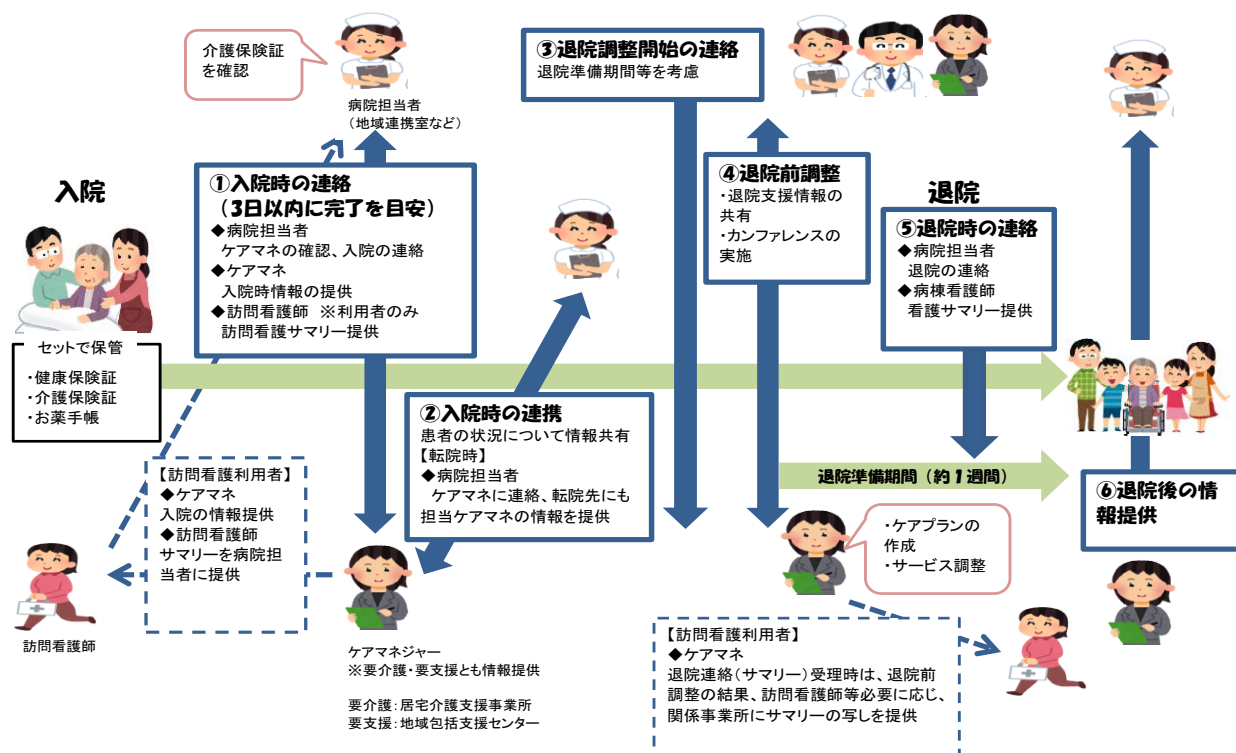
## 3 運用に関する留意事項

(1) この「入退院支援ルール」は、医療と介護の関係者が連携して患者のスムーズな在宅移行を支援するにあたって必要な情報を共有するための基本的な流れを示したものです。情報共有の方法やカンファレンスの要否・時期・回数等については、入院の内容や患者の生活環境等に応じて、病院担当者とケアマネジャーで調整の上、決定してください。

(2) 添付の「入院時情報提供シート」は参考様式であり、各市町や病院・事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や、様式の見直しをする際の参考としてください。また、ルール自体の見直しは必要に応じて三田市在宅医療介護連携推進会議で行いますが、ルールを円滑に実践するための補足事項の追加等を行っていただいて構いません。

## 4 入退院支援ルール

### A 入院前にケアマネがいる患者の場合



#### ① 入院時の連絡

- ・病院担当者は、患者が入院前に介護保険サービスを利用していたことを確認したら、すみやかに患者を担当しているケアマネジャーに入院の連絡を入れる。
- ・ケアマネジャーは、利用者（要介護・要支援とも）の入院が分かったら、すみやかに病院担当者に連絡を入れる。
- ・病院担当者とケアマネジャーは、お互いにすみやかな入院時の連絡に努める。
- ・ケアマネジャーは入院早期（3日以内）に「入院時情報提供シート」等を原則として作成し、病院担当者と面談の上、情報提供する。面談が困難な場合は、FAX及び郵送し情報提供する。また、訪問看護利用者の場合は、訪問看護師に利用者の入院について情報提供する。
- ・訪問看護師は、サマリーを作成し病院担当者に情報提供する。

#### <病院担当者が患者のケアマネを確認する方法>

- ・入院時の本人・家族への聞き取り、介護保険証等の確認
- ・上記の方法でもケアマネジャーが不明な場合は居住地の地域包括支援センターに確認

#### <ケアマネジャーが利用者の入院に早く気付くための工夫>

- ・利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネの名刺を挟んでおく
- ・利用者に介護保険証を健康保険証と一緒に保管するよう勧める
- ・本人、家族に入院が決まったらケアマネに伝えるよう説明しておく
- ・介護サービス事業所に利用者の入院に気付いたらケアマネに連絡するよう依頼しておく

## ② 入院中の連携

・病院担当者からケアマネジャーへ、入院治療の方向性と概要、入院期間の見込みや患者の状態等について、入院時から連携して情報共有に努める。また転院や施設入所を検討する場合においても同様に情報共有する。

## ③ 退院調整開始の連絡

・病院担当者は、患者が在宅退院できそうと判断できれば、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整等の期間）を考慮して、入院時情報提供があったケアマネジャーに退院支援開始を連絡する。急遽退院が決まった場合は速やかに連絡を行う。

## ④ 退院前調整

- ・病院担当者は、ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要な情報を、カンファレンス等の面談日までに院内の関係者から収集する。
- ・病院担当者とケアマネジャーは、カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有する。
- ・追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者とケアマネジャーで調整し、病院が決定する。
- ・病院担当者は介護保険以外の特定疾患や身体障害者認定等の助成対象かを確認し、必要に応じ速やかに申請手続きを行なう。

## ⑤ 退院時・退院後の情報提供

- ・病院担当者は、看護カリ等々の看護・介護の引継ぎ書（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日、服薬内容等、退院時の状況に応じて引継が必要と判断される事項及び介護関係者から要請のある事項等）をケアマネジャーに提供する。
- ・ケアマネジャーは、原則として患者の退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

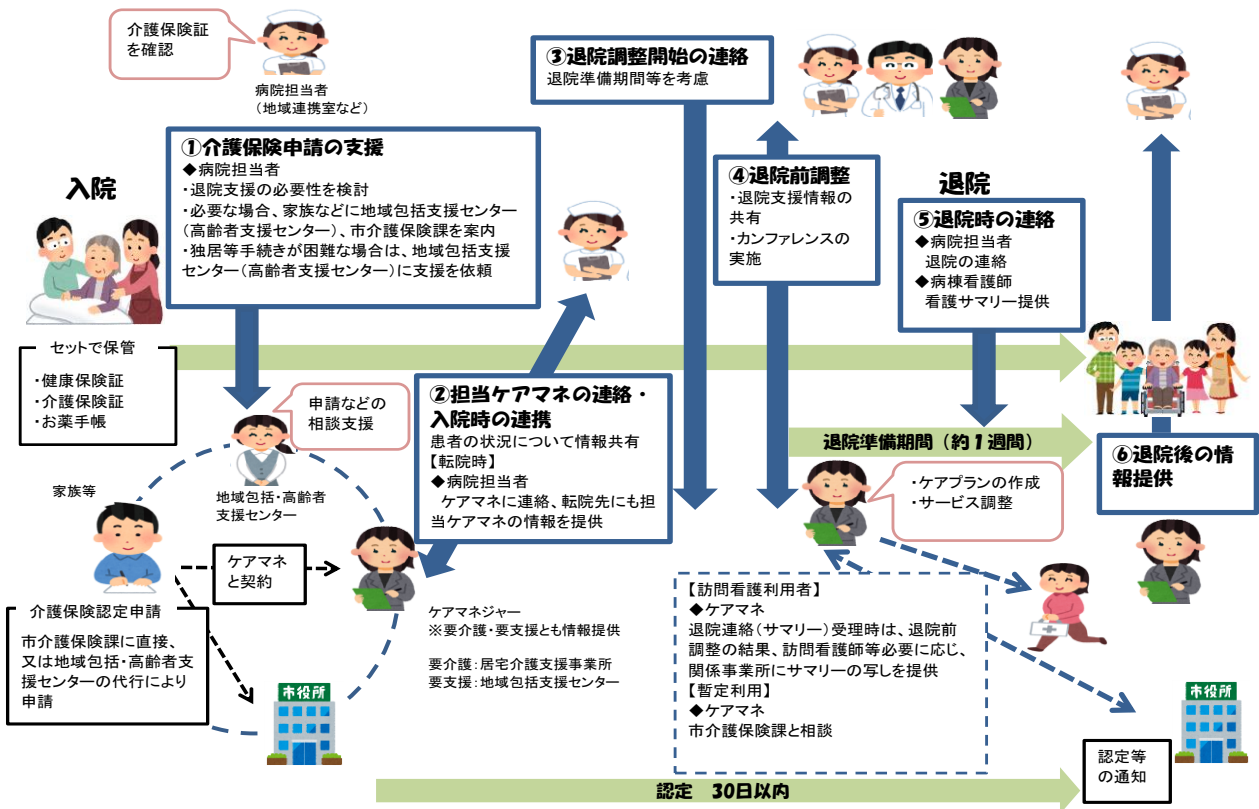
### ※転院時の連絡

・病院担当者は、患者が転院することが決まったら、すみやかにケアマネジャーに転院の連絡を入れるとともに、転院先の病院に入院時情報提供シートの写しを情報提供をする。

### <ケアプラン作成の流れ>

- ① 契約・面談(本人・家族) : 退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら、契約の手続きを行う。
- ② 病院からの情報収集 : 身体機能の低下の状況、要因の分析、生活機能の予後予測
- ③ ケアプラン原案作成 : 自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④ サービス事業所との調整 : 事業所の選定、事業所へ利用者情報の提供
- ⑤ 退院前カンファレンス : サービス事業所を交えた病院との引継ぎ
- ⑥ サービス担当者会議 : サービス事業所間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認
- ⑦ サービス提供開始(退院)

## B 入院前にケアマネがない患者の場合



### ①介護保険申請の支援

《65 歳以上の患者》

・病院担当者は、患者が介護保険サービスの利用を希望する場合や、病院担当者が下記の目安から退院支援が必要と判断した場合は、家族などに市役所または地域包括支援（又は高齢者支援）センターに介護保険サービスの利用について相談に行くよう説明する。家族等対応が困難な場合は、病院担当者から地域包括支援（又は高齢者支援）センターに支援を依頼する。

〈介護保険申請の目安〉

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要
- ② 食事に介助が必要
- ③ 排泄に介助が必要、またはポータブルトイレを使用中
- ④ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
- ⑤ 在宅では独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- ⑥ ADLは自立でもガン末期で介護保険サービス利用が必要
- ⑦ (ADLは自立でも) 新たに医療処置（経管栄養、吸引など）が追加された

《40 歳以上64 歳以下の患者》

・病院担当者は、患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記参照）で上記の状態であった場合は、家族などに市役所または地域包括支援センターに介護保険サービスの利用について相談に行くよう説明する。

<介護保険の対象となる疾病（40歳から64歳）>

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

②担当ケアマネの連絡、入院中の連携

・ケアマネジャーは、入院患者の担当になることが決まれば、すみやかに病院担当者に連絡を入れる。

・病院担当者とケアマネジャーは、入院期間の見込みや患者の状態等について、連携して情報共有に努める。

③退院調整開始の連絡

④退院前調整

⑥ 退院時・退院後の情報提供

} A：ケアマネがいる場合と同じ

『入院・退院支援にかかる診療報酬および介護報酬』 参考資料

【医療機関側】

入院

【在宅・居宅介護支援事業者側】

- 入院時支援加算1 230点 (入退院支援加算と併せて)  
入院前に、ア〜クの項目を実施して療養支援計画を立てた場合
- 入院時支援加算2 200点 (入退院支援加算と併せて)  
入院前に、ア、イ、クを実施して療養支援計画を立てた場合

(ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握  
(イ) 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握  
(ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価 (エ) 栄養状態の評価  
(オ) 服薬中の薬剤の確認 (カ) 退院困難な要件の由無の評価  
(キ) 入院中に行われる治療・検査の説明 (ク) 入院生活の説明

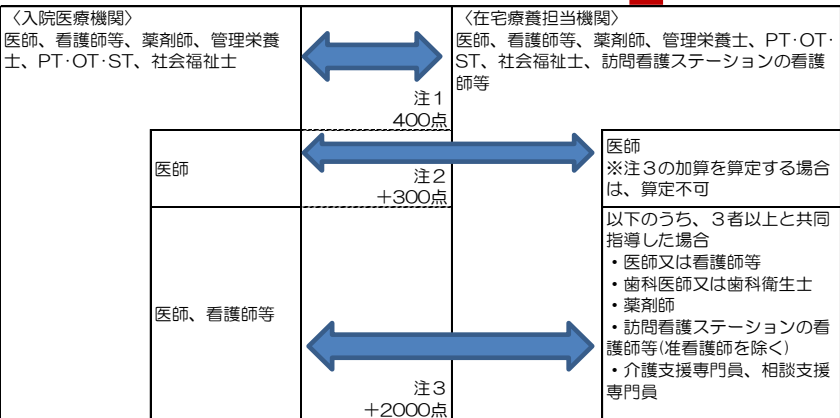
- 入退院支援加算 (退院時1回)
- ・入退院支援加算1 一般病棟入院基本料等の場合 700点  
療養病棟基本料等の場合 1300点  
→退院困難な患者の抽出が入院後3日以内
- ・入退院支援加算2 一般病棟入院基本料等の場合 190点  
療養病棟基本料等の場合 635点  
→退院困難な患者の抽出が入院後7日以内

〈参考：退院困難な要因〉  
1、悪性腫瘍、認知症または誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症  
2、緊急入院 3、要介護状態の疑いで要介護認定が未申請  
4、虐待 5、生活困難者 6、ADL低下により生活様式の再編が必要  
7、排泄介助 8、必要な介護を十分に提供できる状況にない  
9、退院後に医療処置が必要 10、繰り返しの入退院 11、長期間の低栄養  
12、**ヤングケアラーの存在**

〈施設基準〉  
・連携機関の数が25以上である事  
・退院支援職員が、それぞれの連携機関の職員とが、年3回以上の頻度で、**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いて面会し、情報共有等**を図っている事。

- ※地域連携診療計画加算 300点
- 介護支援等連携指導料 (2回算定可能) 400点  
入院中の患者に対して、医師または医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して利用が望ましい、退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定。(退院時共同指導料と同日算定不可)

- 退院時共同指導料2 400点  
(入院中1回、ただし要件に該当する場合は2回に限り算定可能)  
入院先医療機関と、在宅療養担当関係機関が共同し、退院後の療養生活について説明及び指導し、文書にて情報提供を行った場合に算定



- 退院前訪問指導料 580点 入院中1回  
入院中又は退院日に患者宅を訪問し、患者又は患者の看護にあたる者に対して、退院後の在宅での療養上必要な指導を行った場合
- 訪問看護同行加算 20点
- 診療情報提供1 50点  
診療に基づき他の医療機関での診察の必要性等を認め、患者の同意を得て医療機関へ診療状況を示す文書を添えて患者紹介を行った場合

- (診療情報提供書1) 療養情報提供加算 50点  
入院にあたって訪問看護ステーションから提供された情報を添付して提供
- 訪問看護情報提供療養費3 1500円/月  
入院にあたって入院先医療機関に対して情報提供を行う

「入院時情報提供シート」を、ぜひご活用ください！！

- 入院時情報連携加算  
(1)入院後3日以内に情報提供 (提供方法は問わない) 200単位/月  
(2)入院後7日以内に情報提供 (提供方法は問わない) 100単位/月

・居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼すること  
・1と2の同時算定は不可

※入院時の情報提供の方法は、顔の見える連携を促進する観点から、可能な限り対面あるいは、オンラインでの情報提供をこころがけてください！

- 退院・退所加算  
・入院先医療機関から情報を得て、居宅サービス計画作成  
・カンファレンスとは、退院時共同指導料2、注3の要件を満たすもの  
・カンファレンスに参加した日時・場所・出席者・内容の要点等を居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付

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

※3回を算定できるのは、そのうち1回以上について入院中の担当医等との退院時カンファレンス等に参加して、退院・退所後の在宅での療養生活上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る

- 緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位/月2回  
医療機関の求めにより、医療機関の医師とともに利用者の居宅を訪問・カンファレンスを行い、必要に応じて、利用者に必要な居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合

- 特定事業所医療介護連携加算 125単位/月  
特定事業所加算1〜3のいずれかを取得し、かつ退院・退所加算に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルマネジメント加算を年5回以上算定している事業所に限り算定

退院前カンファレンス等で情報提供を受けた場合は、ケアプランの写しを医療機関側へ提供しましょう！

退院

(注) 令和4年4月以降の診療報酬および介護報酬について紹介しています。個々の算定にあたっては、各病院及び介護保険事業所に必ずご確認上、算定するようにお願いいたします。