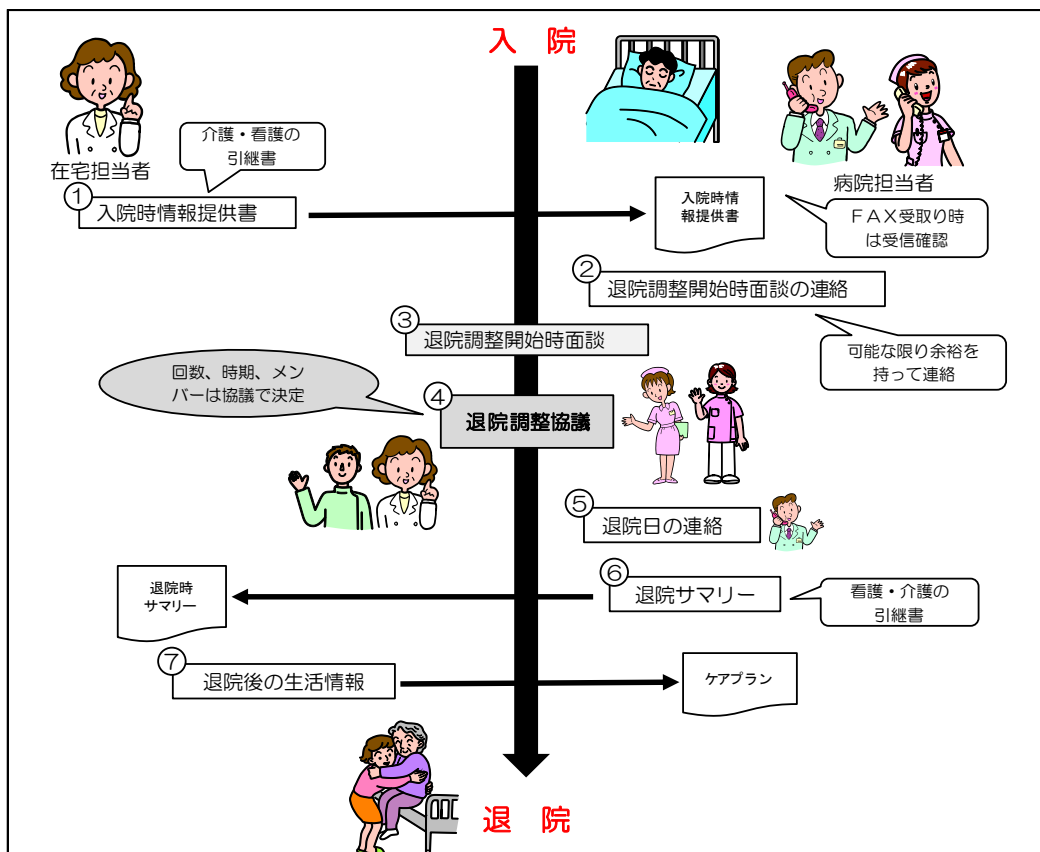


病院-在宅連携ルールの手引き Ver.3 (2023年1月一部改正)

この手引きは、おもに中播磨圏域の病院の退院支援に関わるスタッフと居宅介護支援事業所等のケアマネジャーの協議により策定されたものです。

内容は、患者（利用者）さまが、切れ目なく医療と介護サービスを受けることができるように病院スタッフとケアマネジャーの入退院時の連絡、情報共有、調整のための最小限度の手順を示したものとなっています。以下の図の①から⑦の手順を参考に入退院時の支援にご活用ください。

【入院前に介護保険を利用していた場合の支援の流れ】（図1）



① 入院時情報の提供

- (1) 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所の担当者（以下、「在宅担当者」とする）は、利用者の入院を把握した場合は、入院時情報提供書（別紙入院時情報提供書を参照）を速やかに作成する。記入する情報は、入院に至る症状が出現する前の情報を記載する。
- (2) 在宅担当者は、「連携ルール参加病院 運用一覧」（以下、「運用一覧」とする）を確認し、運用一覧に基づいて入院時情報提供書を病院へ提供する。

《FAX 送信する場合》

- ・在宅担当者は、運用一覧で病院の FAX 受信確認方法を確認し、指定の FAX 番号に送信する。
- ・FAX を受信した病院の地域連携担当者、病棟担当者等（以下、「病院担当者」とする）は、自院の FAX 受信確認方法に基づき、在宅担当者と入院時情報を共有する。

（FAX による入院時情報の受信確認方法）

FAX 受信確認方法	在宅担当者	病院担当者
FAX の場合	受信確認欄を設けた返信用紙と入院時情報提供書を病院に FAX 送信する。	入院時情報提供書を確認後に FAX 受信確認用紙を在宅担当者に返信する。
電話の場合	入院時情報提供書を FAX 送信後に病院担当者に受信確認の電話をする。	在宅担当者からの入院時情報提供書の受信確認の電話に対応する

《手渡しする場合》

- ・在宅担当者は、運用一覧の手渡し方法に基づき病院担当者に入院時情報提供書を手渡し情報の共有をはかる。

② 退院調整の開始連絡

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間（ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間）を考慮して、在宅担当者と退院調整開始面談の日程について連絡を行う。

※介護保険サービスの利用が想定される患者で在宅担当者が不明の場合は、家族又は介護保険証で在宅担当者を確認する。（在宅担当者からは、患者（利用者）・家族には、入院時に在宅担当者の連絡先等を病院に伝えるように依頼しています）

※病院担当者から在宅担当者への連絡は、入院時情報提供書の提供元に行う。入院時情報の提供が無かった場合は、介護保険証の記載事業所に連絡する。

③ 退院調整開始時面談

(1) 病院担当者は、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報（別紙 退院調整共有情報を参照）を面談日までに院内の関係者から収集する。

(2) 在宅担当者は、面談時に退院調整共有情報の内容を病院担当者から聞き取り、記録する。

(3) 退院に向けて、病院担当者と在宅担当で退院調整に必要な協議の開催回数、メンバー、退院日の連絡方法等について確認する。

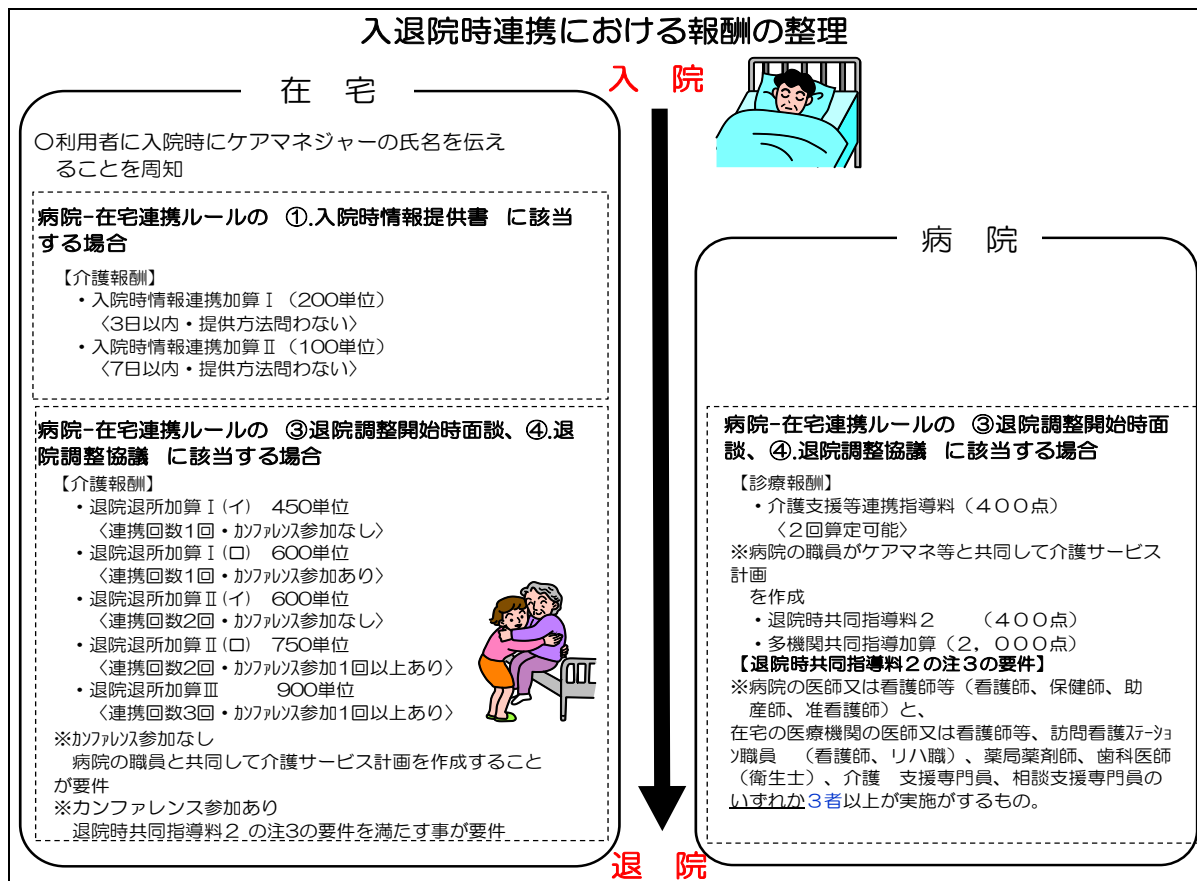
④ 退院調整協議

(1) 病院担当者と在宅担当者の調整のもと、本人・家族、必要に応じて在宅療養を担当する関係者を交えて介護サービスの利用など退院に向けた情報共有、調整を行う。

(2) 退院調整協議の回数、時期、構成員などは病院が決定し在宅担当者に連絡する。

【退院調整会議の活用】

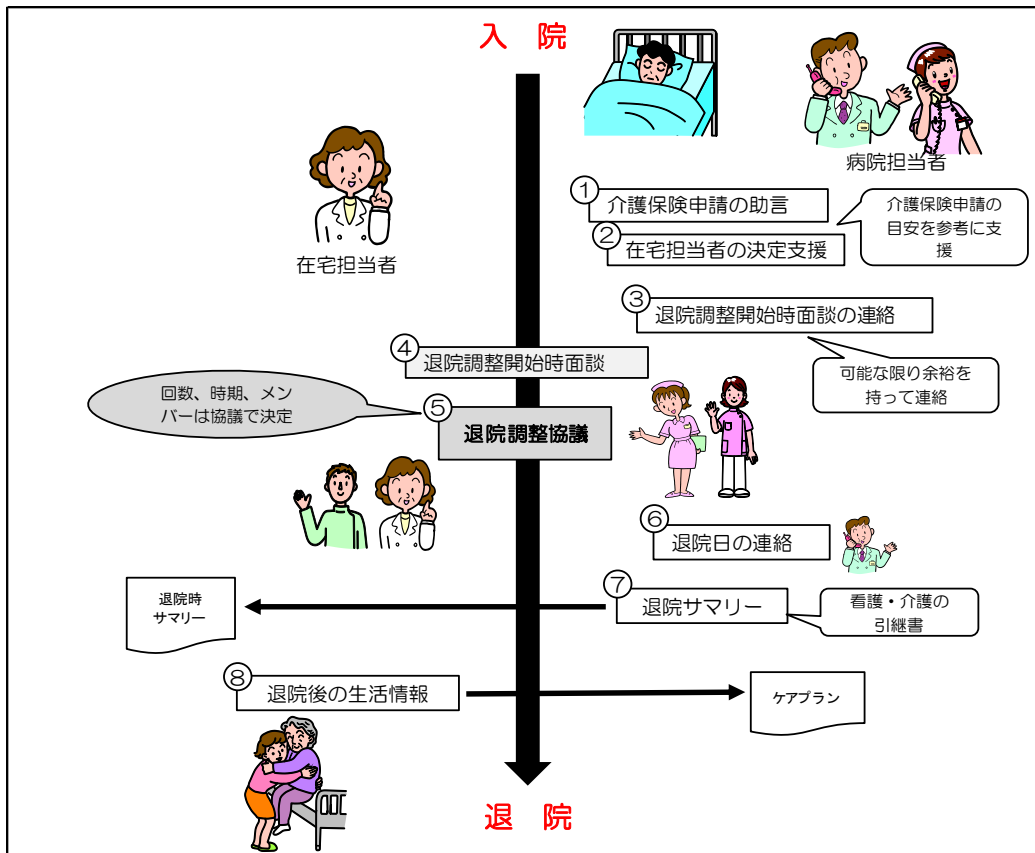
※在宅担当者は、病院から情報収集（「退院に向けたヒアリングシート（国作成資料）」を参考）を行い、退院後のケアプラン案を作成し本人、家族へ退院後の支援を行う。また、ケアプランの変更等に応じて介護サービス事業者と情報を共有する必要がある場合は病院担当者と調整のうえ、退院調整会議を活用する。



※実際の算定については、各医療機関、事業所で算定要件を確認ください。

- ⑤ 退院日の連絡
病院担当者は、退院日が決まったら運用一覧に記載されている方法で在宅担当者に退院日を伝える。
- ⑥ 退院時サマリー
病院は、看護・介護の引継ぎ書として情報提供が必要な場合は、看護サマリー（入院中の経過や退院後に想定される看護・介護の問題や入院期間、最終排便日・入浴日、服薬内容）を在宅担当者に提供する。
- ⑦ 退院後の生活情報
在宅担当者は、図1の③、④の取り組みを行った場合には、退院後の生活情報（ケアプラン）を運用一覧に記載されている方法で病院に提供する。（診療報酬算定に必要）
なお、FAXで提供する場合は、「退院後の生活情報の送付について」と記載して送付する。

【入院後、新たに介護保険を利用する場合】（図2）



① 介護保険申請の助言

《65歳以上の患者》

病院担当者は、患者が下記の状態であった場合は、家族などに介護保険証を持って市町の担当課へ介護保険申請の手続きに行くように説明する。

（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な方
- ② 食事に介助が必要な方
- ③ 排泄に介助が必要な方
- ④ ポータブルトイレを使用中の方
- ⑤ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある方
- ⑥ 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周辺動作に介助が必要な方
- ⑦ (ADLは自立でも)がん末期の方
- ⑧ (ADLは自立でも)新たに医療処置(経管栄養、吸引など)が追加された方

《40歳以上64歳未満の患者》

病院担当者は、介護保険の対象となる特定の疾病（参考資料参照）で上記の状態であった場合は、家族などに医療保険証を持って市町の担当課へ介護保険申請の手続きに行くように説明する。

② 在宅担当者の決定支援

病院担当者は、介護保険申請と並行して、下記の（ア）（イ）（ウ）のパターンで在宅担当者を決定するための支援を行う。

（ア）ケアマネジャーを紹介（要介護）するパターン

介護保険申請の目安①～⑤に該当する患者は、住所地の居宅介護支援事業所のリストをもとにケアマネジャー（在宅担当者）との契約を支援する。

（イ）地域包括支援センターを紹介（要支援）するパターン

介護保険申請の目安⑥～⑧に該当する患者は、住所地の地域包括支援センターのリストをもとに地域包括支援センター（在宅担当者）との契約を支援する。

（ウ）要介護か要支援か迷う場合

介護保険申請の目安の①～⑤に該当するか迷う患者は、住所地の地域包括支援センターのリストをもとに地域包括支援センター（在宅担当者）との相談を支援する。

※介護認定区分の決定前に退院する場合で、住所が神崎郡の患者のみ地域包括支援センターに連絡する。

③ 退院調整の開始連絡

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間（ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間）を考慮して、在宅担当者との退院調整開始面談の日程について連絡を行う。

④ 退院調整開始時面談

(1) 病院担当者は、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報（別紙 退院調整共有情報を参照）を面談日までに院内の関係者から収集する。

(2) 在宅担当者は、面談時に退院調整共有情報の内容を病院担当者から聞き取り、記録する。

(3) 退院に向けて、病院担当者と在宅担当者で退院調整に必要な協議の開催回数、メンバー、退院日の連絡方法等について確認する。

⑤ 退院調整協議

(1) 病院担当者と在宅担当者の調整のもと、本人・家族、必要に応じて在宅療養を担当する関係者を交えて介護サービスの利用など退院に向けた情報共有、調整を行う。

(2) 退院調整協議の回数、時期、構成員などは病院が決定し在宅担当者に連絡する。

⑥ 退院日の連絡

病院担当者は、退院日が決まったら運用一覧に記載されている方法で在宅担当者に退院日を伝える。

⑦ 退院時サマリー

病院は、看護・介護の引継ぎ書として情報提供が必要な場合は、看護サマリー（入院中の経過や退院後に想定される看護・介護の問題や入院期間、最終排便日・入浴日、服薬内容）を在宅担当者に提供する。

⑧ 退院後の生活情報

在宅担当者は、図2の④、⑤の取り組みを行った場合には、退院後の生活情報（ケアプラン）を運用一覧に記載されている方法で病院に提供する。（診療報酬算定に必要）

（参考資料）

【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

【退院支援におけるケアマネジャーの役割】

対象者：介護（要支援）認定を受けている人・見込の人、かつ、ケアマネ契約が整った人

条件：本人・家族が在宅退院（自宅とは限らない）の意思を持っている人

業務：ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院支援の報酬を得るのは、在宅退院となりケアプランを作成した場合のみ

（介護保険施設、転院先の紹介などは規定された業務ではない）

【ケアプラン作成の流れ】（入院後、新たに介護保険を利用する場合）

- 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《退院調整開始時面談》
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 退院調整協議（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）

【介護支援等連携指導料 算定要件】（病院）

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又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、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や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、当該入院中2回に限り算定する。

【退院・退所加算 算定要件】（居宅介護支援事業所）

医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得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算定する。情報収集の回数とカンファレンスの有無により算定区分が設けられている。

（カンファレンスありの要件）

医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の要件を満たすもの。

《退院時共同指導料2の注3の概要》

病院の医師又は看護師等と、在宅療養担当医療機関の医師又は看護師等、歯科医師（衛生士）、薬局薬剤師、訪問看護ステーション職員（看護師、リハ職）、介護支援専門員、相談支援専門員のいずれか3者以上が退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して実施するもの。