

鹿児島保健医療圏域入退院支援ルールの手引き

運用開始：平成 27 年 2 月 1 日

改訂日：令和 2 年 7 月 14 日 (R5 年 3 月修正), 令和 7 年 3 月 5 日

1. 本手引きの作成にあたって

医療機関から在宅へ患者が入退院するに際しては、「入退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められています。

平成 26 年 8～9 月に実施した鹿児島圏域のケアマネジャーを対象とした「退院支援に関するアンケート調査」においては、31.0% (要支援:55.4%, 要介護:24.3%) の退院支援もれがあることが分かりました (平成 26 年 6 月の 1 か月間の退院事例)。

このようなことから、本手引きは、医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援ができ、円滑な在宅への移行を図ることを目的としています。

2. 本手引きのねらい

退院支援がなかったために困ったことになった患者さんや家族がいます。

そのような事例を1例でもなくすために、みんな[※]で連携して「退院支援ルール」を円滑に推進し、病院担当者、在宅担当者(ケアマネ等^{※※})等に活用していただくために作成したものです。

[※]ここでいう「みんな」とは、自助、互助、共助、公助の観点から、患者本人・家族、支援する病院・事業所等の管理者、行政等も含めた総称をいう。

^{※※}地域包括支援センターについては、ケアプラン作成者全員を対象とするため、「ケアマネ等」と表記

3. 対象者

以下の①, ②のいずれかの要件を有する者

①入院前にケアマネ等がいる患者 (介護保険サービスを利用している患者)

②入院前にケアマネ等がいない患者 (介護保険サービスを利用していない患者)

・病院担当者が「退院支援が必要」と判断した患者

4. 退院支援の手順

【患者が入院してきたら】 介護保険証を確認する

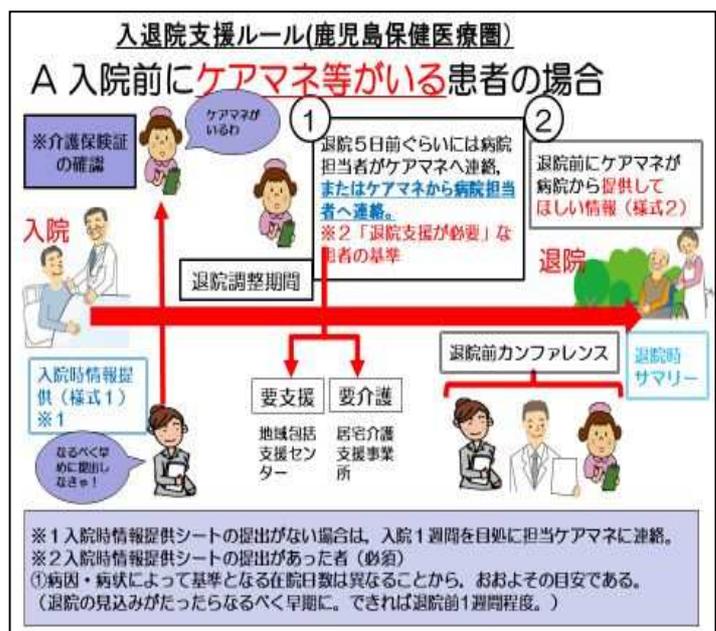
A【入院前にケアマネ等がいる患者(介護保険サービスを利用している患者)】の場合

(1) 入院前及び入院時

ケアマネジャー・地域包括支援センター(以下、在宅担当者(ケアマネ等))は、入院時情報提供書(別紙様式1 入院時情報提供シートを参照)を病院が指定するFAX番号又は担当窓口を持参する。

(2) 退院支援の開始

病棟、地域連携室の退院担当者(以下、病院担当者)は下記(ア), (イ)の2パターンで在宅担当者(ケアマネ等)に退院支援に関する連絡を行う。または、在宅担当者(ケアマネ等)から病院担当者に連絡を行う。



(ア)入院時情報の提供があった場合

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者(ケアマネ等)の退院支援に必要な期間(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(ケアマネ等)と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

(イ)入院時情報の提供がなかった場合(入院1週間を目処に在宅担当者(ケアマネ等)に連絡)

家族又は介護保険証で在宅担当者(ケアマネ等)を確認し、退院支援に必要な期間(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(ケアマネ等)と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

※病院担当者から在宅担当者(ケアマネ等)への連絡は、介護度変更の見込みの程度に関わらず入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に行く。

※病院担当者からの連絡を待つだけでなく、在宅担当者(ケアマネ等)から、入院時情報提供を行った病院担当者へ退院支援の連絡を行う。

【在宅担当者(ケアマネ等)が、利用者の入院情報を速やかに把握するための工夫例】

- 入院するときには、必ずケアマネジャーに連絡するよう利用者や家族等に伝えておく。
- 介護サービス事業所から、利用者の入院情報が入るようにしておく。
- ケアマネジャーの連絡先が分かるように、利用者の介護保険証やお薬手帳と一緒に名刺(連絡先が記載されているもの)を保管してもらう。

【病院担当者が入院患者の要介護認定情報を把握できない場合の照会について】

【照会が想定される患者】

救急搬送された患者等で、退院後円滑に在宅へ移行するためにケアマネ等による支援が必要と判断され、他に要介護認定等に係る情報を得ることができない場合

(例)患者が要介護認定等についての認識がなく、併せて単身者で家族等への確認もできない場合

【照会内容】

要介護認定の有無、要介護認定を受けている場合、契約している居宅介護支援事業所等計画作成担当者のいる事業所名

【照会方法】

- ①病院担当者は、市介護保険担当課(4ページ参照)へ電話で問い合わせる。
- ②市介護保険担当課は、「病院の窓口一覧」の「窓口」の欄に記載のある電話番号に架電し、照会してきた者が病院担当者であることを確認し、必要な情報を提供する。

(3)退院前カンファレンス(1回目)

①病院担当者は、面談日までに、院内の関係者から入院中の情報を収集する。(別紙様式2 退院支援情報共有シートを参照)

②在宅担当者(ケアマネ等)は、病院担当者と面談し、退院支援共有情報を収集する。

③病院担当者は、在宅担当者(ケアマネ等)に患者情報を説明する。

④病院担当者は、退院前カンファレンス(2回目)や退院時の共同指導の実施の要否について、在宅担当者(ケアマネ等)と相談し、院内で決定する。

(4)退院前カンファレンス(2回目)

【実施の要否は病院担当者と在宅担当者(ケアマネ等)で調整し、病院が決定する】

本人(家族)を交えて看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

※詳細な実施方法については各病院の指示にもとづく。

※退院前カンファレンス以外の方法(IC 時のケアマネ同席、web 等)を活用して情報共有を図ることも含む

(5)退院時の共同指導

【実施の要否は病院担当者と在宅担当者(ケアマネ等)で調整し、病院が決定する】

入院中の患者に対して、入院中の病院の医師又は看護師等が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうち、いずれか3者以上と共同して指導を行う。

(6)退院時サマリー

病院担当者は、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)を在宅担当者(ケアマネ等)に提供する。

※各施設の様式を使用

(7)退院後

在宅担当者(ケアマネ等)は必要に応じて退院後にケアプランの写しを病院担当者に提供する。

※転院時の対応

転院元の病院担当者は、転院が決まり次第、速やかに在宅担当者(ケアマネ等)に連絡する。また、転院先の医療機関へ、在宅担当者(ケアマネ等)から提出された入院時情報提供書の写しを提供するか、もしくは退院時サマリーの中に入院時情報提供書の内容を付記して提供する。その際、在宅担当者(ケアマネ等)の氏名、連絡先等についても情報提供する。

在宅担当者(ケアマネ等)は、転院を把握した場合、転院先の医療機関との情報共有を図る。

B【入院前にケアマネ等がない患者(介護保険サービスを利用していない患者)】の場合

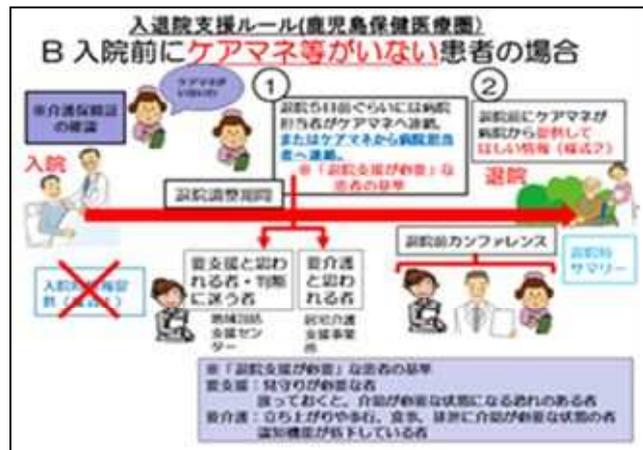
※病院担当者が「退院支援が必要な患者」と判断する基準

<要支援>

- ・見守りが必要な者
- ・現在の状態のまま何の支援も受けないと、介助が必要な状態になる恐れのある者

<要介護>

- ・立ち上がりや歩行、食事、排泄に介助が必要な状態の者
- ・認知機能が低下している者



(1)在宅担当者(ケアマネ等)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(ケアマネ等)を決定するための支援を行う。

(ア)地域包括支援センターを紹介するパターン(要支援者)

病院担当者は、退院支援が必要な要支援者に該当する患者の場合、住所地の地域包括支援センター一覧(ホームページ参照)を元に、地域包括支援センター(在宅担当者)との契約を支援する。

(イ)ケアマネジャーを紹介するパターン(要介護者)

病院担当者は、退院支援が必要な要介護者に該当する患者の場合、住所地の居宅介護支援事業所一覧(ホームページ参照)を元に在宅担当者(ケアマネ等)との契約を支援する。

(ウ)要支援者か要介護者か判断に迷うパターン

病院担当者は、住所地の地域包括支援センター一覧(ホームページ参照)を元に、地域包括支援センター(在宅担当者)との契約を支援する。

(2)以降の流れは、A【入院前にケアマネ等がいる患者の場合】の(2)以降と同じ

※ この入退院支援ルールを活用して、介護支援専門員等多職種が参加した退院前カンファレンス(面談)を推進しましょう

入退院支援ルールについての相談窓口	要介護認定情報の照会先
<ul style="list-style-type: none">○鹿児島地域振興局保健福祉環境部 (伊集院保健所)健康企画課 電話:099-273-2332○鹿児島市長寿あんしん課地域包括ケア推進係 電話:099-216-1186○日置市介護保険課介護予防支援係 (地域包括支援センター) 電話:099-248-9423○いちき串木野市長寿介護課介護予防係 (地域包括支援センター) 電話:0996-33-5644○三島村民生課 電話:099-222-3141○十島村住民課介護保険係 電話:099-222-2101	<ul style="list-style-type: none">○鹿児島市介護保険課給付係 電話:099-216-1280○日置市介護保険課認定審査係 電話:099-272-0505○いちき串木野市長寿介護課介護予防係 (地域包括支援センター) 電話:0996-33-5644○三島村民生課 電話:099-222-3141○十島村住民課介護保険係 電話:099-222-2101

参考資料

1. 介護保険申請の手続き

(1)65 歳以上の患者

介護保険の申請を希望する場合、患者が下記の状態であった場合は、家族などが介護保険証を持って市町村の担当課へ介護保険申請の手続きに行く。

(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的の方
- 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

(2)40 歳以上 65 歳未満の患者

介護保険の対象となる特定の疾病(下記の介護保険の対象となる疾病参照)で上記の状態であった場合は、家族などが医療保険証を持って市町村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. 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, ケアマネジャーとの契約が整った人

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)

3. 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 の手続きとアセスメントを行う。

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

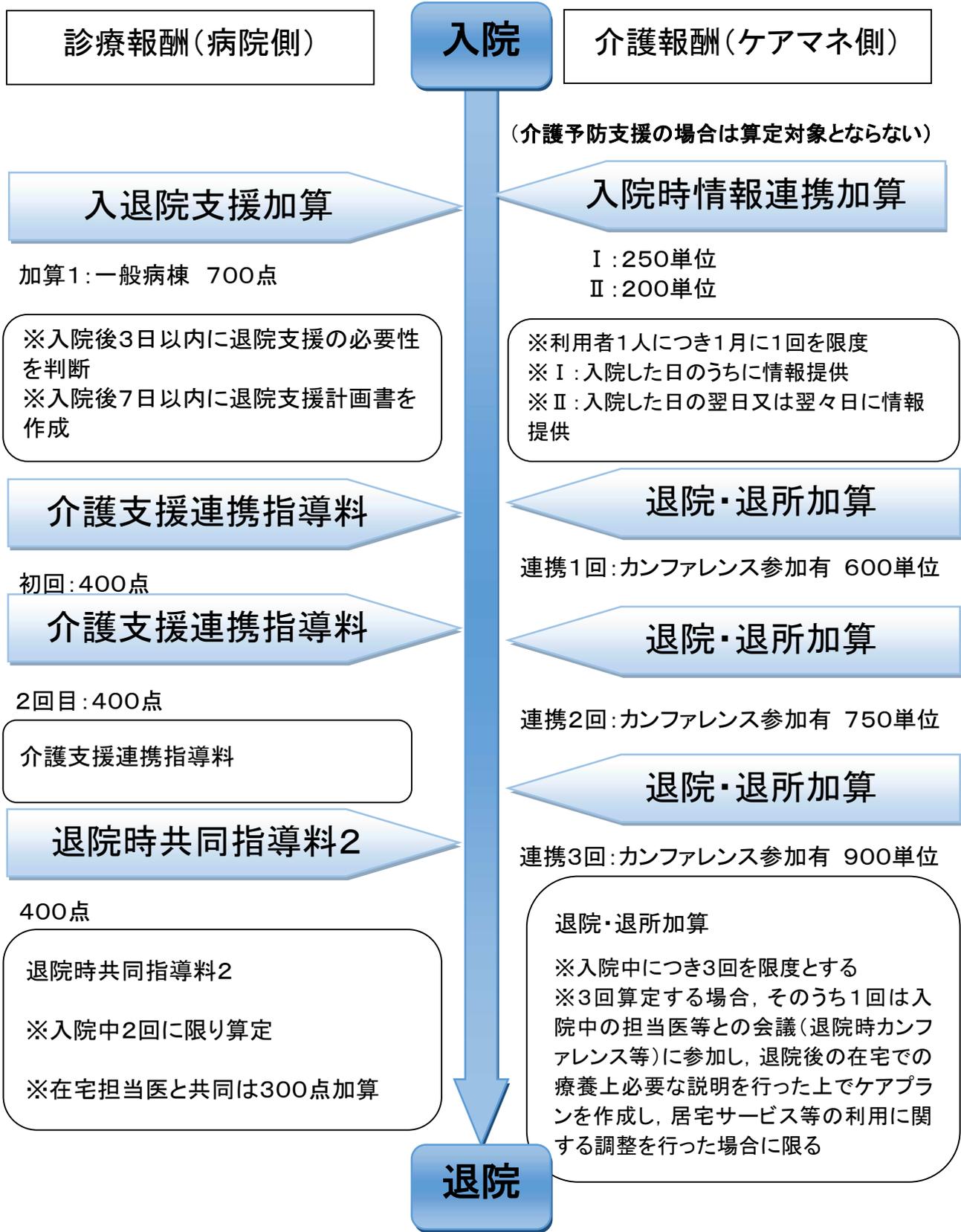
サービス事業所間で目標・課題を共有, 事業所の役割分担を確認

⑦サービス提供開始(退院)

指定居宅介護支援事業所と地域包括支援センターとの違い (指定介護予防支援事業所)

	指定居宅介護支援事業所	地域包括支援センター (指定介護予防支援事業所)	
法的根拠	介護保険法第 46 条第 1 項	介護保険法第 58 条第 1 項	
主たる 業務内容	要介護者(介護給付)のケアプラン作成に係る一連のマネジメント業務	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防のマネジメント ・地域の高齢者等からの相談, 助言, 関係機関との調整 ・処遇困難事例等に対する支援 	
人員基準	介護支援専門員	主任介護支援専門員, 社会福祉士, 保健師等	
ケアプラン作成の対象者	要介護1~5 ※地域包括支援センターから委託されている場合のみ要支援1, 2	事業対象者, 要支援1, 2	
マネジメント業務	【要介護1~5】 ①介護支援専門員によるアセスメント ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議等の開催(ケアプランの決定) ④介護サービス利用 ⑤一定期間ごとに要介護認定を更新	【要支援1, 2】 ①保健師等によるアセスメント ②介護予防ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議等の開催(介護予防プランの決定) ④介護予防サービスの利用 ⑤介護予防プログラム終了後, 効果評価	【事業対象者・非該当】 ①保健師等によるアセスメント ②介護予防ケアプラン原案作成等 ③新しい総合事業サービス担当者との話し合い(サービス担当者会議を含む) ④新しい総合事業サービス等の利用 ⑤介護予防プログラム終了後, 効果評価

医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算



※令和6年4月の診療報酬及び介護報酬の内容です。

※算定にあたっては、各病院、各自介護事業所で、算定要件、施設基準等を確認してください。