

入退院支援におけるルールの手引き

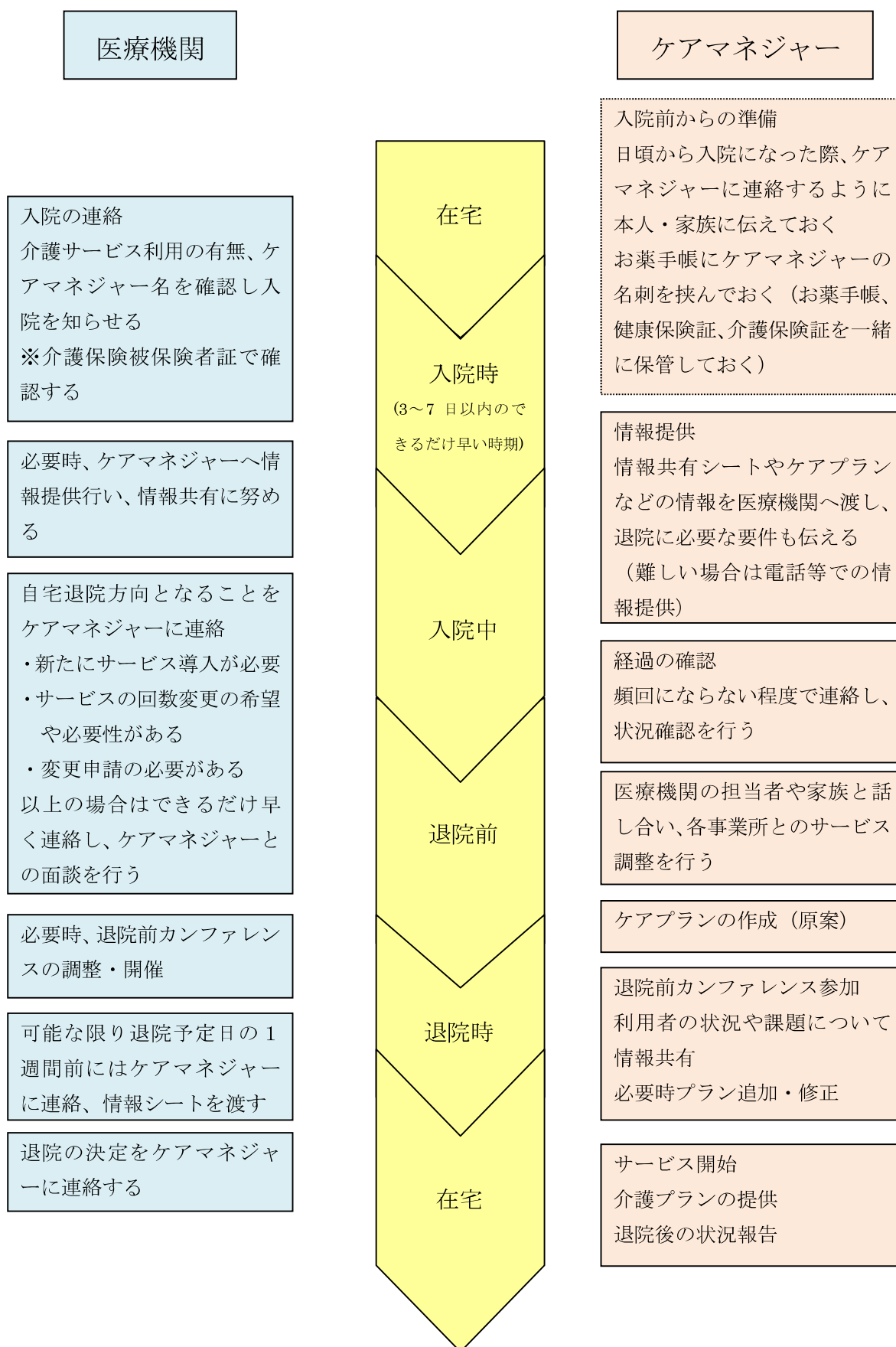
天草地域在宅医療・介護連携推進事業

【協力機関】

天草郡市医師会

天草市・上天草市・苓北町

【入退院支援の流れについて】 ※ケアマネジャーがいる場合



◎入院前からの準備

- ・お薬手帳の中に、ケアマネジャーの名刺を挟んでおく
- ・健康保険証、お薬手帳、介護保険証をセットで保管しておく
(上天草市は「私のかかりつけ手帳」と一緒に保管、うしぶか医療・介護まるごとの会では「〇〇様のケアマネです。連絡をお願いします」という用紙あり)
- ・日頃から、本人や家族に入院したらケアマネジャーに連絡を入れてもらうように伝えておく
- ・事業所が入院を把握した際は、ケアマネジャーに連絡を入れ、情報共有ができる体制を作っておく
(担当者会議で申し合わせを行う)

① 入院

- ・医療機関は入院時、介護サービスの利用の有無、担当ケアマネジャーを確認し、入院の連絡をおこなう
介護保険被保険者証で確認する
- ・ケアマネジャーは、医療機関、本人、家族または事業所からの入院の連絡を受けてから 3~7日以内の
できるだけ早い時期に情報シートでの情報提供をおこなう（難しい場合は電話等での情報提供）

※情報シートの内容はできるだけ入院直前の状態を記載、プラン作成時のものなど時間が経過している
ものは見直し後に医療機関に渡す

※情報提供の際、退院するために必要な条件についても伝えておく（情報シートにも記入）

例) 自宅前に階段があり、そこを上れなければ自宅には帰れない

日中独居になるためポータブル移乗ができる状況での退院が必要など

② 入院中の情報共有

- ・医療機関とケアマネジャーは互いに情報共有に努める

③ 退院調整開始の連絡

- ・医療機関の担当者は、患者が自宅退院できそうと判断できれば、ケアマネジャーに連絡をおこなう
※サービスの導入や追加、回数の変更の希望や必要性などがある場合には、ケアマネジャーが調整を行う
期間を考慮して早めに連絡をおこなう
- ・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

- ・医療機関の担当者は、患者の現在の状況を院内の関係者から収集し、ケアマネジャーに情報提供をおこない
情報を共有する（医療機関は退院予定日の1週間前を目標に情報共有シートを記載し、ケアマネジャーへ
渡す）
- ・医療機関の担当者ケアマネジャーは、本人・家族の意向確認を行い、サービス内容などを検討する
- ・医療機関の担当者は日程調整を行い、退院前カンファレンスを開催する
- ・ケアマネジャーはケアプラン（原案）を作成し、退院前カンファレンスに参加する
- ・必要時ケアプランの追加・修正を行う
- ・情報共有シートに記載した状態から変化がある場合は、随時ケアマネへ情報提供を行う

⑤ 退院時、退院後の情報提供

- ・医療機関は、退院日が決定すればケアマネジャーに連絡をおこなう
- ・ケアマネジャーは、患者の退院後にケアプランの写しを医療機関に提供する

◎転院となる場合

- ・医療機関の担当者は、患者が転院することが決まれば、ケアマネジャーに転院の連絡をおこなう
- ・医療機関の担当者は、必要時本人、家族の同意を得た上で、入院時ケアマネジャーから提供のあった情報シートの写しを転院先に渡す

退院前カンファレンスの流れ

- ・参加者の自己紹介
- ・主治医からの病状説明
- ・看護師やリハビリから現在の状況について説明
- ・ケアマネジャーから退院後のサービス予定について
- ・サービス事業所から質疑応答 意見交換
- ・今後についての確認

※限られた時間の中での話し合いになるため、聞きたいことは事前に整理しておきましょう
参加者で役割の確認を行い、退院後の支援がスムーズに行えるようにしましょう。

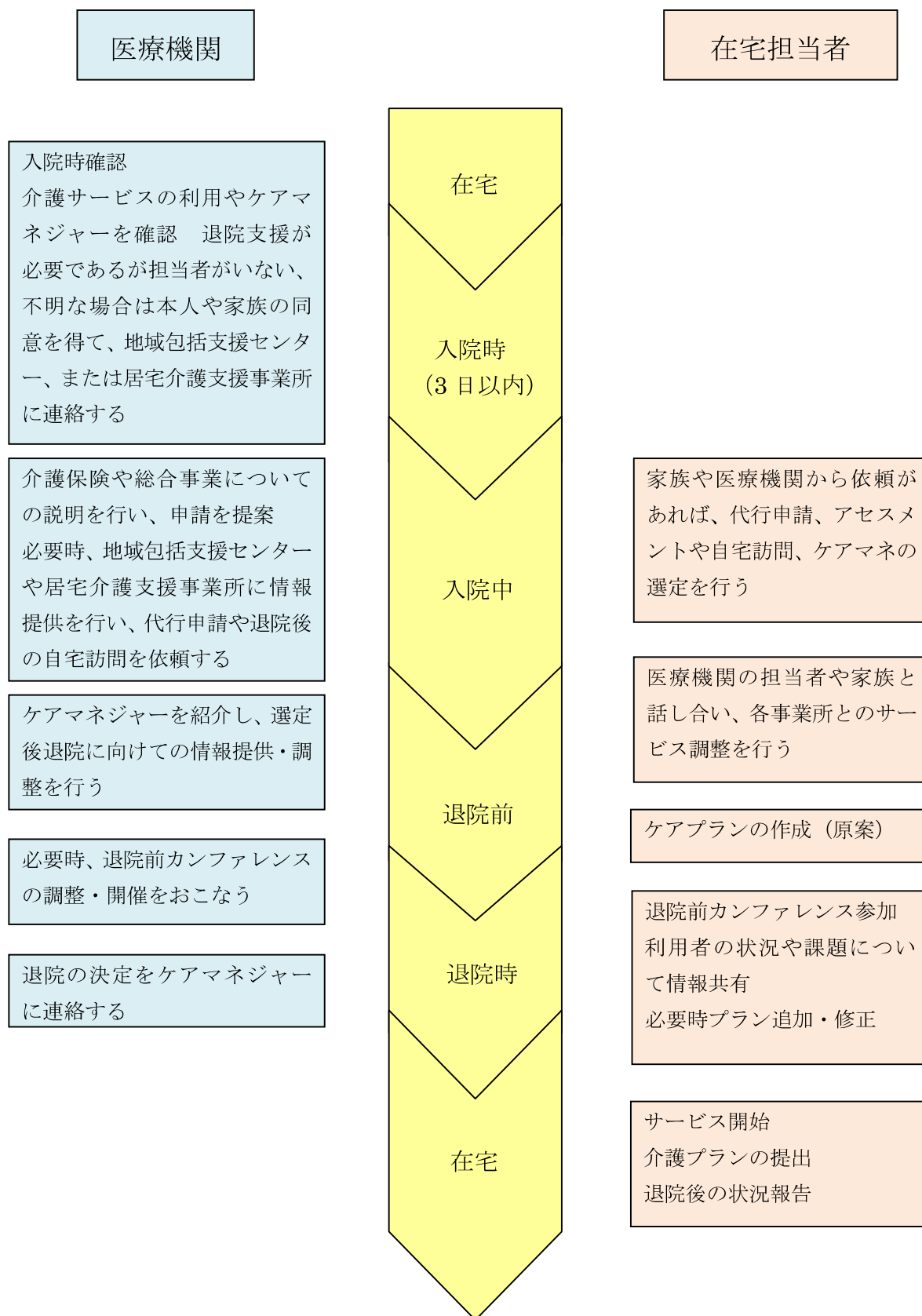
外来在宅共同指導料（2022年度新設）

通院患者のスムーズな在宅医療への意向を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家等において共同して必要な指導を行った場合について算定できる

外来在宅共同指導料1 400点（在宅の医療機関）

外来在宅共同指導料2 600点（外来において継続的に診療を行っている医療機関）

【入退院支援の流れについて】※ケアマネジャーがいない場合



- ① 入院時介護保険の認定がないか確認し、退院支援が必要と思われるが担当者がいない、または不明の場合は本人や家族の同意を得て、地域包括支援センターまたは居宅支援事業所に連絡をおこなう

※退院支援が必要な患者の基準

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要
- ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症がある
- ・独居、または同居の家族の介護が困難で身の回りのことに介助が必要
- ・ADLは自立だがガン末期
- ・新たに医療処置が必要になった
- ・老々介護
- ・金銭面などに課題がある
- ・自宅の環境整備が必要
- ・食事の準備や買い物が困難（制限食対応が必要等）

- ② 介護保険の申請や総合事業の利用が必要と思われる場合には、家族へ介護保険や総合事業について説明を行い、申請を提案する。必要時地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に情報提供を行い、代行申請や退院後の自宅訪問を依頼する

※コロナ禍で、直接本人との面談ができない場合があるため、連携室や病棟スタッフにより本人の意向確認を行う

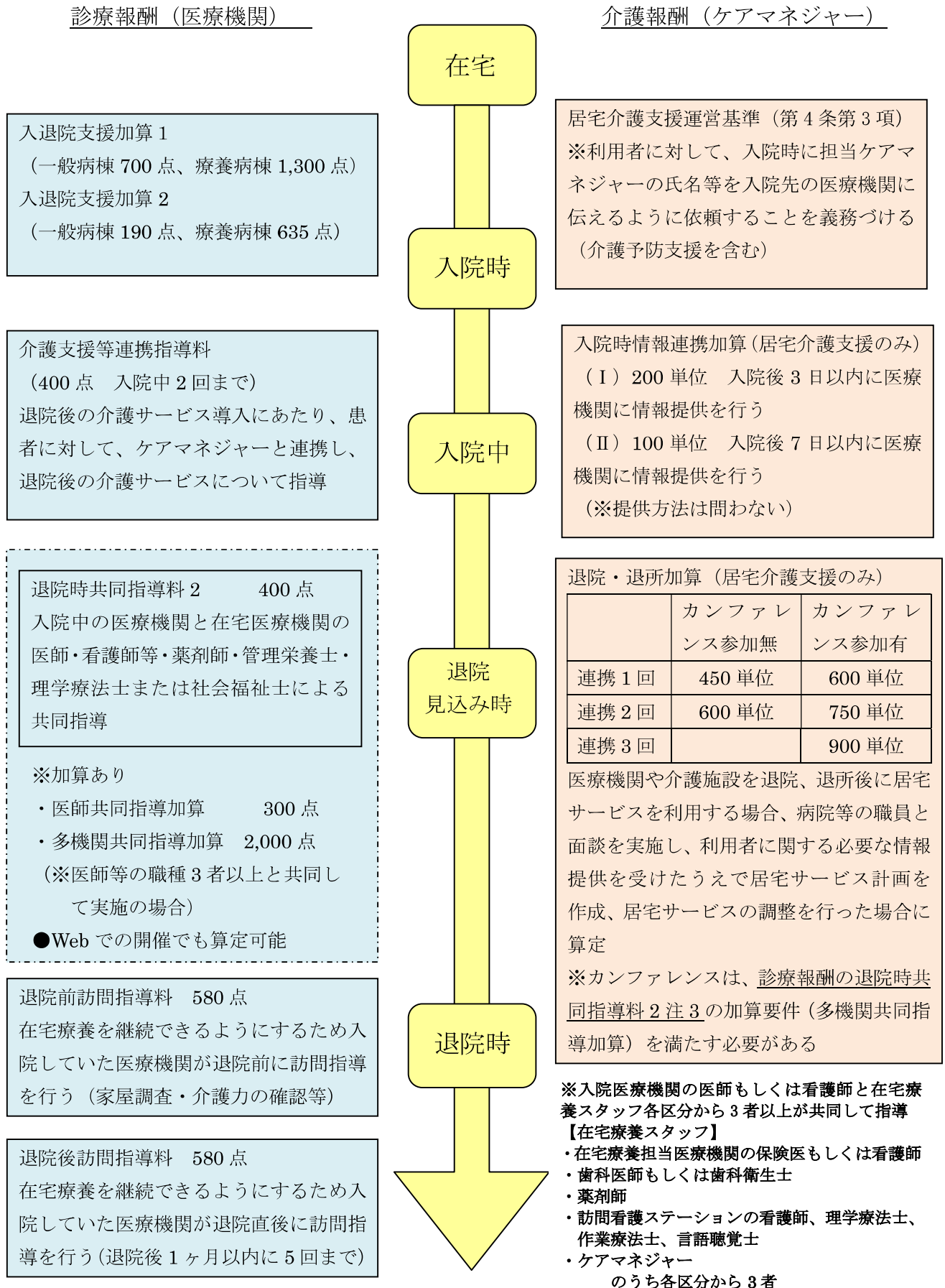
※病院側が介護保険を勧めすぎないように（介護保険ありきにならないように）注意し、地域包括支援センターに相談する

地域包括支援センターは、インフォーマルサービスも含めた地域の色々な情報を把握しています
気軽に相談しましょう

- ③ 総合事業や要支援レベルと思われる場合、またはどちらかわからない場合は地域包括支援センターに相談、明らかに要介護状態の方は居宅介護支援事業所に相談する
- ④ 早急に介護保険の申請が必要な場合（自宅での看取り希望等）は家族に居宅介護支援事業所を選定してもらい、ケアマネジャー決定後、暫定でのサービス利用等について調整をおこなう

※以降は、ケアマネジャーがいる場合と同様

【入退院時の介護・医療連携に係る報酬】



診療報酬 (医療機関)

入退院支援加算 1
(一般病棟 700 点、療養病棟 1,300 点)
入退院支援加算 2
(一般病棟 190 点、療養病棟 635 点)

介護支援等連携指導料
(400 点 入院中 2 回まで)
退院後の介護サービス導入にあたり、患者に対して、ケアマネジャーと連携し、退院後の介護サービスについて指導

退院時共同指導料 2 400 点
入院中の医療機関と在宅医療機関の医師・看護師等・薬剤師・管理栄養士・理学療法士または社会福祉士による共同指導

※加算あり

- ・医師共同指導加算 300 点
- ・多機関共同指導加算 2,000 点
(※医師等の職種 3 者以上と共同して実施の場合)

●Web での開催でも算定可能

退院前訪問指導料 580 点
在宅療養を継続できるようにするため入院していた医療機関が退院前に訪問指導を行う (家屋調査・介護力の確認等)

退院後訪問指導料 580 点
在宅療養を継続できるようにするため入院していた医療機関が退院直後に訪問指導を行う (退院後 1 ヶ月以内に 5 回まで)

介護報酬 (ケアマネジャー)

居宅介護支援運営基準 (第 4 条第 3 項)
※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の医療機関に伝えるように依頼することを義務づける (介護予防支援を含む)

入院時情報連携加算 (居宅介護支援のみ)
(I) 200 単位 入院後 3 日以内に医療機関に情報提供を行う
(II) 100 単位 入院後 7 日以内に医療機関に情報提供を行う
(※提供方法は問わない)

退院・退所加算 (居宅介護支援のみ)

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

医療機関や介護施設を退院、退所後に居宅サービスを利用する場合、病院等の職員と面談を実施し、利用者に関する必要な情報提供を受けたうえで居宅サービス計画を作成、居宅サービスの調整を行った場合に算定

※カンファレンスは、診療報酬の退院時共同指導料 2 注 3 の加算要件 (多機関共同指導加算) を満たす必要がある

※入院医療機関の医師もしくは看護師と在宅療養スタッフ各区分から 3 者以上が共同して指導
【在宅療養スタッフ】
・在宅療養担当医療機関の保険医もしくは看護師
・歯科医師もしくは歯科衛生士
・薬剤師
・訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
・ケアマネジャー
のうち各区分から 3 者