

# 福島県県北医療圏 「退院調整ルール」の手引き

～病院と地域における切れ目のない連携をめざして～

令和6年3月

福島県県北保健福祉事務所

福島市・二本松市・伊達市・本宮市

桑折町・国見町・川俣町・大玉村

## 目 次

1 目 的	1
2 基本事項	1
3 運用にあたっての留意事項	2
4 退院調整ルール	
(1) ケアマネジャーが決まっている場合	3
(2) ケアマネジャーが決まっていない場合	5
5 参考	
(1) ケアプラン作成の流れ	7
(2) 退院調整に関する診療報酬・介護報酬	8
(3) ルール策定の経過と今後の役割イメージ	9
(4) 身寄りがない人の支援について	10
(5) ルールの流れ	11
6 資料	
(1) (参考様式) 情報共有シート	17
(2) 関係機関等一覧	
①病院の担当窓口	19
②居宅介護支援事業所	27
③地域包括支援センター	31
④行政機関(市町村、県)担当部署	33

## 1 目的

病院とケアマネジャーの情報共有が十分でなかったため、病院から自宅などに帰る患者や家族が困った、という事例があります。

この「退院調整ルール」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することで、引継ぎがなされないままに退院となり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。

県北地域のケアマネジャーを対象としたアンケートでは、平成27年9月～11月における「退院調整もれ率」（病院からケアマネジャーに引継ぎがされなかった割合）は、約19%でした。また、連絡があっても、退院までの日数が短く、在宅での受入準備に支障をきたす場合もありました。

そこで、病院関係者、ケアマネジャー、市町村、地域包括支援センター、関係団体が話し合い、病院とケアマネジャーが連携を取りやすくするためのルールを作成しました。

今後、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 基本事項

項目	内容
(1) 適用範囲	県北医療圏 (福島市、二本松市、伊達市、本宮市、桑折町、国見町、川俣町、大玉村)
(2) 運用開始時期	平成28年12月

項目	内容					
(3) 支援の対象者	在宅へ退院する患者（利用者）で、下記の①～③のいずれかに該当する場合 (在宅とは = 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	⇒ケアマネジャーが決まっている場合				
	②退院後に新たに介護保険サービスを利用予定の方	⇒ケアマネジャーが決まっていない場合				
	③病院担当者が、在宅に向けて退院調整が必要と判断した方					
(4) 支援の担当者	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病 院</th> <th>ケアマネジャー</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・ 病棟看護師 ・ ソーシャルワーカー ・ 地域連携室担当者 等</td> <td>・ 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 等</td> </tr> </tbody> </table>		病 院	ケアマネジャー	・ 病棟看護師 ・ ソーシャルワーカー ・ 地域連携室担当者 等	・ 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 等
	病 院	ケアマネジャー				
・ 病棟看護師 ・ ソーシャルワーカー ・ 地域連携室担当者 等	・ 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 等					

### 3 運用にあたっての留意事項

#### (1) 「退院調整ルール」の位置づけ

医療と介護の関係者が連携し、患者のスムーズな在宅移行を支援するための基本的な流れを示したものです。なお、ルールの見直しを、定期的に行います。

#### (2) 「情報共有シート」の使用方法

あくまでも参考様式で、下記の使用方法を想定しています。(各市町村や病院・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活用ください。)

#### 【使用方法（想定）】

- ① ケアマネジャーが病院に提供する『入院時情報提供書』
- ② 病院が退院前にケアマネジャーに提供する『退院時情報提供書』
- ③ 病院において開催される『退院前カンファレンスの記録』
- ④ 病院からの『退院時サマリーに記載されていない項目の確認』

## 4 退院調整ルール

### ケアマネジャーが決まっている場合（介護保険サービスを利用していた方）

#### ① 入院時連絡

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ます。

病 院	ケアマネジャー
患者が介護保険サービスを利用していることを確認したら、おおむね3日以内に、担当のケアマネジャーに入院の連絡を入れます。	利用者の入院が分かったら、病院に連絡を入れ、「情報提供シート」（参考様式）等により利用者の情報を提供します。 （*入院時情報連携加算に該当）

#### <病院担当者が患者のケアマネジャーを確認する方法>

- ・入院時の本人家族への聞き取り、介護保険証、ケアマネジャーの名刺等の確認
- ・ケアマネジャーが不明な場合は、居住地の市町村に確認

#### <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>

- ・介護保険証+健康保険証+ケアマネジャーの名刺を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ジャー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ジャーに連絡するよう依頼しておく。

#### ② 入院中の連携

病院担当者とケアマネジャーは、情報共有に努めます。

病 院	ケアマネジャー
入院診療計画書を参考に、退院前カンファレンスの有無、退院までの計画や患者の状態等について、ケアマネジャーに情報提供します。	病院担当者と面談を行い、退院支援について必要な情報を聞き取ります。必要に応じて、電話や病院訪問により、利用者の状態を確認します。

### ③ 退院調整開始の連絡

病 院	ケアマネジャー
患者が在宅への退院ができそうと判断された時点で、ケアマネジャーの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）を考慮して、ケアマネジャーに退院調整開始を連絡します。	病院担当者から連絡を受けた後、病院を訪問するなど、本人家族から必要な情報を聞き取りします。

<在宅への退院ができそうと判断する目安>

1. 病状がある程度安定した状態である。
2. 在宅での介護ができそうな状況である。
3. 本人家族の在宅への退院意向がある。

### ④ 退院前調整

病 院	ケアマネジャー
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要の情報（「情報共有シート」の内容等）を、カンファレンス等までに準備します。</li> <li>・必要に応じ、介護者や家族に指導した介護手順等の内容や、家屋調査の実施についてケアマネジャーに連絡します。</li> <li>・ケアマネジャーと、カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有します。（「情報共有シート」を、情報共有項目の確認のために活用）</li> <li>・退院前カンファレンスや退院時共同指導料の実施等の要否を、ケアマネジャーと調整のうえ、決定します。</li> <li>・退院見込みを退院予定日の7日前までにケアマネジャーに連絡します。</li> </ul>	<p>必要に応じて、退院前家屋調査やカンファレンスに参加します。</p>

### ⑤ 退院時・退院後の情報提供

病 院	ケアマネジャー
<p>サマリーなど看護・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）をケアマネジャーに提供します。</p> <p>※<u>転院時の連絡</u></p> <p>転院が決まったら、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、転院先の病院に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供を行う。</p>	<p>必要に応じて、退院後にケアプランの写しを病院に提供します。</p>

**ケアマネジャーが決まっていない場合（介護保険サービスを新たに利用予定の方）**

**①介護保険申請の支援**

病院担当者は、以下の場合、家族などに対し、市町村担当課または地域包括支援センターに相談するよう説明します。

《 65 歳以上の患者》	《 40 歳以上 64 歳以下の患者》
介護保険サービスの利用を希望する場合や、下記の目安から介護保険の申請や退院調整が必要と判断した場合	患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記参照）で、下記の目安から介護保険の申請や退院調整が必要と判断した場合

**<介護保険申請の目安>**

- ・ 立ち上がりや歩行などに介助が必要
- ・ 食事に介助が必要
- ・ 排泄に介助が必要、またはポータブルトイレを使用中
- ・ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
- ・ 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
- ・ ADLは自立でもガン末期で介護保険サービス利用が必要

**<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入院中の連携

病院担当者とケアマネジャーは、情報共有に努めます。

病 院	ケアマネジャー
入院診療計画書を参考に、退院までの期間、退院前カンファレンスの有無、退院までの計画や患者の状態等について、ケアマネジャーに情報提供します。	入院患者の担当になることが決まったら、すみやかに病院担当者に連絡を入れます。

## ③退院調整開始の連絡

## ④退院前調整

## ⑤退院時・退院後の情報提供

ケアマネジャーが決まっている場合（介護保険サービスを利用していた方）

と同様。



## 5 参考

### (1) ケアプラン作成の流れ

契約の締結	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 本人家族と面談により、退院後の住居、家族支援の状況を確認</li><li>・ 生活上の課題、ニーズの把握</li></ul>
課題把握・調査	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 病院からの情報収集</li><li>・ 身体機能の低下の状況、要因の分析、生活機能の予後予測</li></ul>
ケアプラン原案作成	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定</li></ul>
サービス担当者会議等	<ul style="list-style-type: none"><li>・ サービス事業所との調整（事業所の選定、利用者情報の提供）</li><li>・ サービス事業所間で目標、課題を共有、役割分担を確認</li><li>・ 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</li></ul>



ケアプランの作成



サービス提供、給付管理、モニタリング

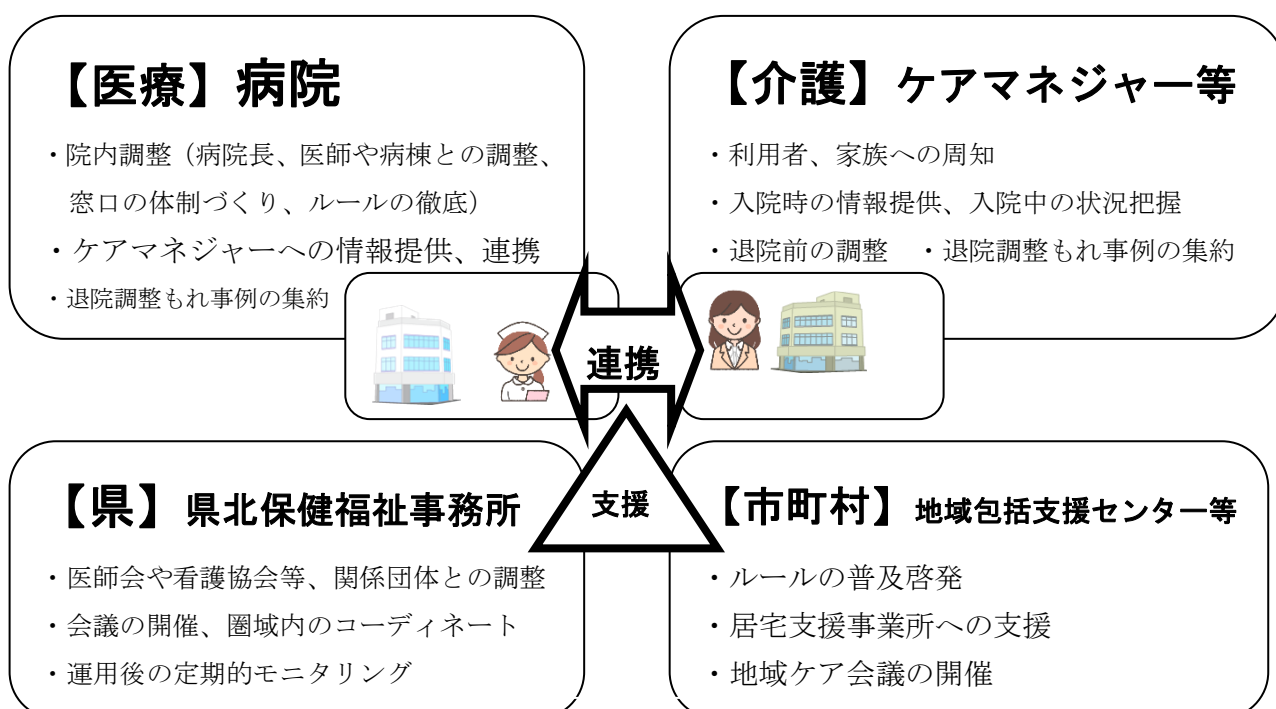
## (2) 退院調整に関する診療報酬・介護報酬 (R6.2月 現在)

算定にあたっては、最新の算定要件・施設基準を確認してください。

	病 院	居宅介護支援事業所
入院	<p><b>入退院支援加算 1</b></p> <p>700 点 または 1,300 点</p> <p>※25 以上の保険医療機関又は介護サービス事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し、連携を図っていること。</p> <p>※連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等の職員と退院支援・地域連携職員が、3 回/年以上の頻度で対面又はビデオ通話等で面会し、転院・退院体制について情報の共有等を行っていること。</p> <p><b>入退院支援加算 2</b></p> <p>190点 または 635点</p> <p><b>介護支援連携指導料</b> 400 点 (入院中 2 回に限り算定)</p> <p>※入院患者の退院後の介護サービス等について、医師・看護師・社会福祉士等が介護支援専門員と共同して患者に情報提供した場合に算定</p> <p><b>退院時共同指導料 2</b> 400 点</p> <p>※ 医師等の職種の 3 者以上と共同して指導を行う場合に多機関共同指導加算 2,000 点</p> <p>※入院中の患者に対して、入院中の病院の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師もしくは看護師等、<u>歯科医師も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または居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうち、いずれか 3 者以上と共同して指導を行う場合に算定する。</u></p> <p>この場合、<u>ビデオ通話機器を用いて実施して差し支えない。</u></p>	<p><b>入院時情報連携加算</b></p> <p>200 単位 入院してから3日以内に提供</p> <p>100 単位 入院してから4~7日以内に提供</p> <p>※情報提供の方法は問わない</p> <p><b>退院・退所加算 I イ</b> 450 単位</p> <p>患者情報の提供をカンファレンス以外の方法で 1 回受けていること</p> <p><b>退院・退所加算 I 口</b> 600 単位</p> <p>患者情報の提供をカンファレンスにより 1 回受けていること</p> <p><b>退院・退所加算 II イ</b> 600 単位</p> <p>患者情報の提供をカンファレンス以外の方法で 2 回以上受けていること</p> <p><b>退院・退所加算 II 口</b> 750 単位</p> <p>患者情報の提供を 2 回受けており、うち 1 回以上はカンファレンスによること</p> <p><b>退院・退所加算 III</b> 900 単位</p> <p>患者情報の提供を 3 回以上受けており、うち 1 回以上はカンファレンスによること</p> <p>※ カンファレンスは、左記【病院】の退院時共同指導料 2 に記載の下線部を行った場合に限る。</p>
退院へ		

### (3) ルール策定の経過と今後の役割イメージ

年度	月	経過	
27	1	退院調整に関する実態調査（対象：H27年9月～11月）	
28	6	キックオフ会議（病院説明会）（22日）	377名参加
	7	【ケアマネ等】説明会及び第1回退院調整ルール検討会（11, 13日）	334名参加
	8	【ケアマネ等】第2回退院調整ルール検討会；地域別開催（2, 5, 17, 18日）	334名参加
		【ケアマネ等】第3回退院調整ルール検討会（23日）	代表者 41名参加
	9	【病院】第1回退院調整連絡会（24日）	54名参加
		第1回病院・ケアマネ合同会議（5日）	167名参加
		【ケアマネ等】第4回退院調整ルール検討会；地域別開催（6, 8, 12, 14日）	290名参加
		【ケアマネ等】第5回退院調整ルール検討会（6日）	代表者 38名参加
		【病院】第2回退院調整連絡会（12日）	48名参加
	10	第2回病院・ケアマネ合同会議（19日）	136名参加
		【ケアマネ等】第6回退院調整ルール検討会（25日）	代表者38名参加
	11	運用開始に向けた全体説明会（退院調整ルール最終決定）（25日）	320名参加
12	退院調整ルール運用開始		
1	【病院】第3回退院調整連絡会（18日）		
29		アンケート調査（対象期間：5, 6, 7月）〔退院調整ルール点検協議〕	



#### (4) 身寄りがない人の支援について

- ・「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」

平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

- ・「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」に基づく事例集

令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

（厚生労働省ホームページ参照）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/miyorinonaihitohenotaiou.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/miyorinonaihitohenotaiou.html)