那賀保健医療圏域　入退院支援ルールの手引き

資料１

【目的】

医療と介護及び福祉を必要とする那賀保健医療圏の住民が、人生の最後まで自分らしく暮らし続けることができる。

この手引きは、介護保険サービスや障害福祉サービスを利用されている方等が入院または退院をするにあたって、医療機関担当者とケアマネジャー及び相談支援専門員の間で、着実に情報が引き継ぐためのツールであり、情報の共有が図られることのより、安心して療養できる体制づくりを目的とする。

【入退院支援ルールにおける共通事項】

１　自宅から入院して自宅へ退院する患者（利用者）を対象とする。
　（長期ショートスティ利用者も含む。また、サービス付き高齢者住宅は自宅扱いとする。）

２　介護支援専門員（ケアマネジャー）　＝　地域包括支援センター、事業所の在宅ケアマネジャー。

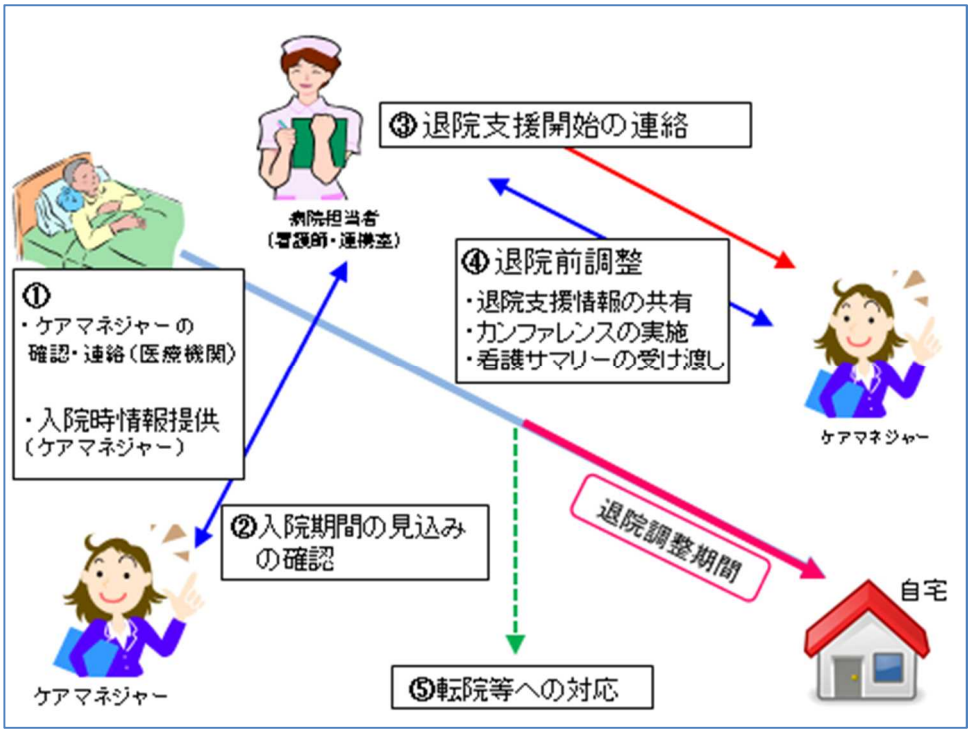
３　医療機関（医療機関・有床診療所）担当者　＝　病棟看護師、地域医療連携室（連携担当者）等。

４　相談支援専門員＝障害者支援事業所の相談支援専門員

【那賀保健医療圏域　入退院支援ルール】

Ⅰ 介護保険法による連絡調整

入院前にケアマネジャーが決まっている場合



① 入院時の情報提供、ケアマネジャーの確認・連絡

・医療機関は患者が契約しているケアマネジャーの事業所に入院を連絡する。

・ケアマネジャーは、利用者について入院を知れば、医療機関に連絡し、入院時情報提供書等により情報を提供する。

◇検査入院の患者は、原則として情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて医療機関担当者とケアマネジャーで相談して決める。

◇ケアマネジャーは、利用者と医療機関も含んだ個人情報の共有に関する同意を得ておく。

◇ケアマネジャーは、要支援・要介護にかかわらず、また入院後何日後かにかかわらず情報提供する。入院が決まっている利用者については、できるだけ入院前に情報提供をする。

◇居宅介護支援の提供を開始する際、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利用者等に依頼する。

◇ケアマネジャーは、利用者の入院に早期に気付くために下記のことをしておく。

ⅰ ケアマネジャーは、利用者に担当ケアマネジャーの氏名・連絡先を記した名刺等を渡しておく。

ⅱ 介護サービス事業所に利用者の入院に気付いた時はケアマネジャーに連絡する事を求めておく。

ⅲ 本人や家族に入院すればケアマネジャーに連絡することを依頼しておく。

◇医療機関は下記の方法によりケアマネジャーを確認する。

ⅰ 入院時の聴き取りでケアマネジャーを確認する。（名刺の確認、介護保険証に記載している事業所の確認、本人や家族から介護サービスの利用について確認する等）

ⅱ 聴き取り等によってケアマネジャーの有無や事業所が分からない場合、地域包括支援センターに相談する（P ４ ）。

【参照する資料】 → 入院時情報提供書 資料3

→ 医療機関運用ルール一覧の項目① 資料5

② 入院期間の見込み

・入院期間の見込みを確認したい場合、ケアマネジャーは医療機関に問い合わせ、医療機関は概ねの見込みをケアマネジャーに伝える。

◇診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込みより早く（遅く）なる可能性があることを踏まえた上での情報共有とする。

【参照する資料】 → 医療機関（病院、有床診療所）運用ルール一覧表の項目② 資料5 資料6

③ 退院支援開始の連絡

・医療機関担当者は退院支援に用いる基準の 基準1 に基づいて、患者が在宅退院ができそうと判断できれば、退院準備の日数をできるだけ多く残すことを考慮して、入院情報提供があったケアマネジャーに退院支援開始を電話連絡する。

◇実際の退院が早く(遅く)なる事や転院・施設入所となる可能性がある事を踏まえての連絡とする。

【参照する資料】 → 退院支援に用いる基準　資料2

→ 医療機関(病院、有床診療所)運用ルール一覧表の項目③、④　資料5　資料6

④ 退院前調整(退院支援情報の共有、退院前カンファレンス、看護サマリーの提供)

・下記ⅰ～ⅳの手順で退院支援にかかる情報共有と退院前カンファレンス等を行う。

ⅰ 医療機関担当者からケアマネジャーに退院支援の開始を電話連絡し、その時に面談(カンファレンス)の実施について医療機関担当者とケアマネジャー間で相談して決める。
また、退院後に訪問看護等が必要と思われる利用者が面談(カンファレンス)を実施するときは、ケアマネジャーから訪問看護等に出席を依頼する。

ⅱ 医療機関担当者はケアマネジャーに提供する情報を面談(カンファレンス)までに準備しておく。
退院時要約看護サマリーを参考にして情報提供をおこなう。
ただし、様式に記載するかは医療機関によって異なる。
また、退院前カンファレンス等では、解りやすい用語を用いて説明する。

ⅲ 面談(カンファレンス)時にケアマネジャーが医療機関を訪問して必要な情報を聴き取る。

ⅳ 追加の面談(カンファレンス)については医療機関担当者とケアマネジャー間で相談して決める。

※ ケアマネジャーは医療機関から求められた場合、ケアプランの原案を提供する。

【参照する資料】 → 退院支援情報提供書　資料4

→ 医療機関(病院、有床診療所)運用ルール一覧表の項目④、⑤、⑥　資料5　資料6

⑤ 自宅以外に退院する場合

・自宅から入院して退院後に施設入所となる患者については、医療機関と施設担当者で引き継ぎすることを原則とし、必要に応じて入院時の担当ケアマネジャーも情報提供等で協力する。
入所施設が決まるまでは、入所施設の選定等の調整について、医療機関と入院時の担当ケアマネジャーが協力する。

(ショートステイ(ショートステイの長期利用を含む)の場合はケアマネジャーが調整する。)

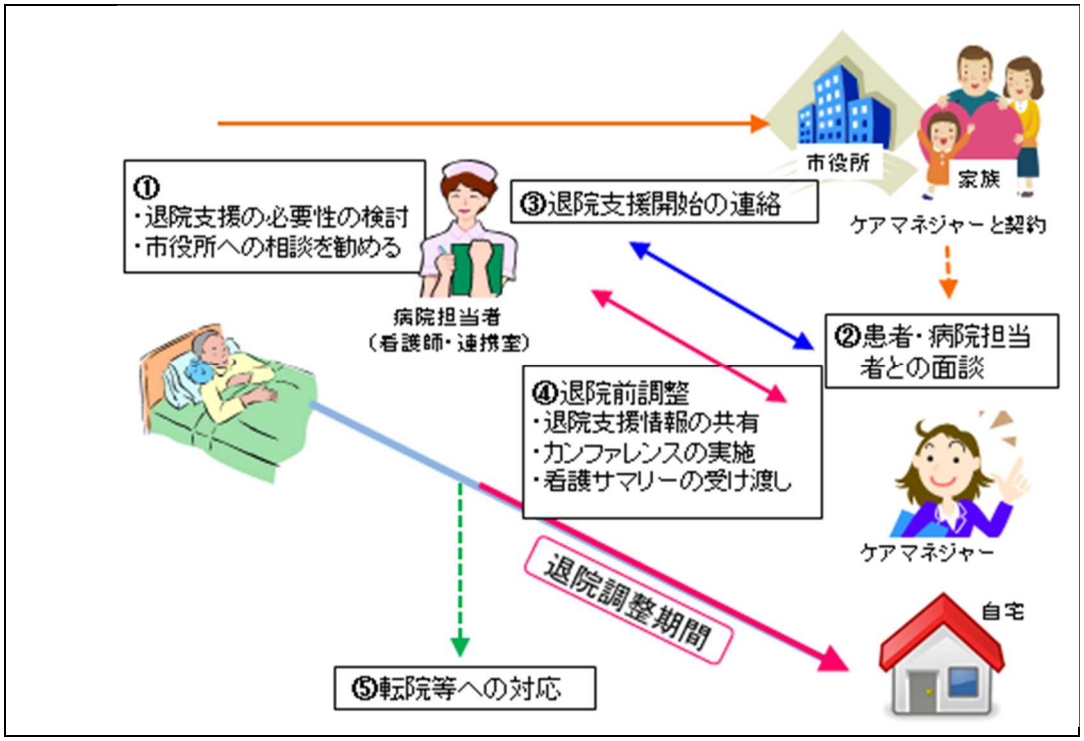
・転院や施設入所する場合は、入院時のケアマネジャー事業所にその旨を電話連絡する。

(転院や入所を知らせることが目的であり、退院の引き継ぎを行うための連絡ではない。)

参考　各市の介護保険担当課窓口・地域包括支援センター

市役所		住　所	電話番号	FAX
紀の川市	高齢介護課	紀の川市西大井 338 番地 (紀の川市役所内)	0736－77－0980	0736－79－3926
	地域包括支援センター		0736－77－0350	0736－78－3315
岩出市	保険介護課	岩出市西野 209 番地 (岩出市役所)	0736－67－6327	0736－63－0075
	地域包括支援センター		0736－67－6326	

入院前にケアマネジャーがいない場合



① **退院支援の必要性の検討**

・医療機関担当者は退院支援に用いる基準の 基準2を用いて退院支援の必要性を検討し、必要に応じて家族等に患者の居住地の地域包括支援センターへ介護保険申請等の相談に行くように勧める。

◇40歳～64歳の場合、介護保険の対象となる疾病を確認する。

【参照する資料】

→ 退院支援に用いる基準　資料2

→ 医療機関運用ルール一覧表の項目⑦　資料5

② **患者・医療機関担当者との面談**

・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、すみやかに医療機関に連絡し面談に行く。

◇患者（家族）及び医療機関担当者と面談を行い、後の退院支援について相談する。

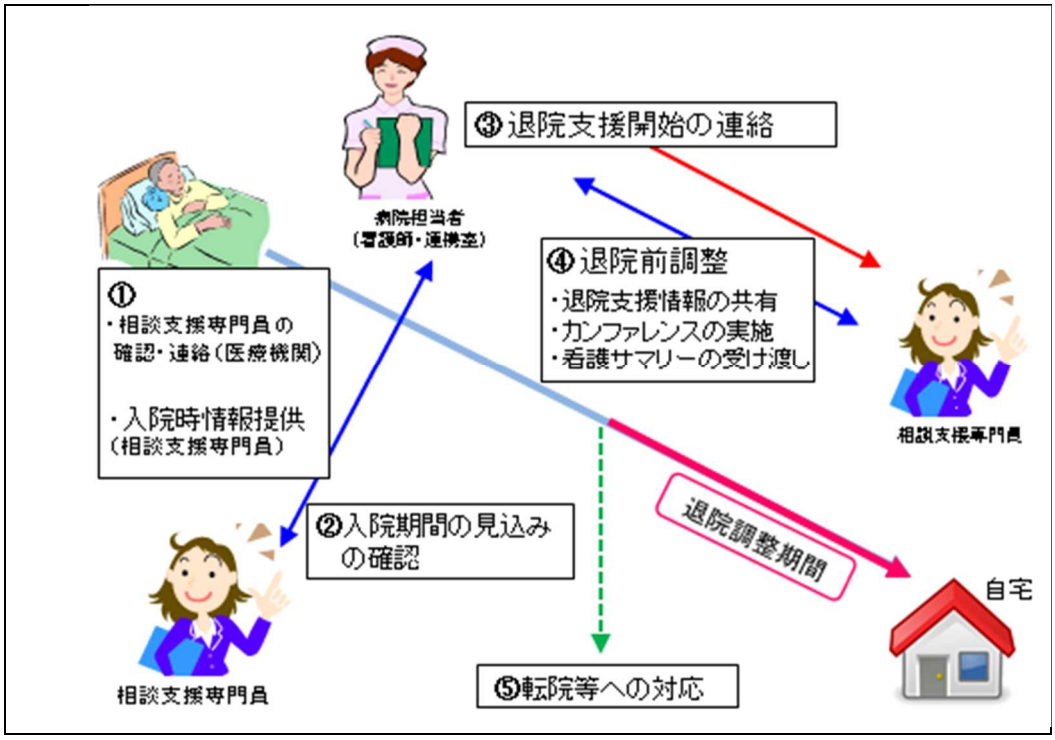
【参照する資料】 → 医療機関（病院、有床診療所）運用ルール一覧表の項目④　資料5　資料6

③ 退院支援の連絡
④ 退院前調整
⑤ 自宅以外へ退院した場合
⑥ ケアマネジャーがかわる場合

ケアマネジャーがいる場合と同じ

Ⅱ障害者総合支援法等による連絡調整

入院前に相談支援専門員が決まっている場合



① 入院時の情報提供、相談支援専門員の確認・連絡

・医療機関は患者が契約している相談支援専門員の事業所に入院を連絡する。

・相談支援専門員は、利用者について入院を知れば、医療機関に連絡し、入院時情報提供書等により情報を提供する。

◇検査入院の患者は、原則として情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて医療機関担当者と相談支援専門員で相談して決める。

◇相談支援専門員は、利用者と医療機関も含んだ個人情報の共有に関する同意を得ておく。

◇相談支援専門員は、障害支援区分の程度や入院後何日後かに関わらず情報提供する。

◇計画相談支援の提供を開始する際、入院時に担当相談支援専門員の氏名等を入院先医療機関に提供するよう利用者等に依頼する。

◇相談支援専門員は、利用者の入院に早期に気付くために下記のことをしておく。

ⅰ 相談支援専門員は、利用者に担当相談支援専門員の氏名・連絡先を記した名刺等を渡しておく。

ⅱ 障害福祉サービス事業所に利用者の入院に気付いた時は相談支援専門員に連絡する事を求めておく。

ⅲ 本人や家族に入院すれば相談支援専門員に連絡することを依頼しておく。

◇医療機関は下記の方法により相談支援専門員を確認する。

ⅰ 入院時の聴き取りで相談支援専門員を確認する。(名刺の確認、障害福祉サービス受給者証に記載している事業所の確認、本人や家族から介護サービスの利用について確認する等)

ⅱ 聴き取り等によって相談支援専門員の有無や事業所が分からない場合、各市の障害福祉サービス担当課に相談する(P ９)。

【参照する資料】 → 入院時情報提供書 資料 8

→ 医療機関(病院、有床診療所)運用ルール一覧の項目① 資料 5 資料 6

② 入院期間の見込み

・入院期間の見込みを確認したい場合、相談支援専門員は医療機関に問い合わせ、医療機関は概ねの見込みを相談支援専門員伝える。

◇診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込みより早く(遅く)なる可能性があることを踏まえた上での情報共有とする。

【参照する資料】 → 医療機関(病院、有床診療所)運用ルール一覧表の項目② 資料 5 資料 6

③ 退院支援開始の連絡

・医療機関担当者は退院支援に用いる基準の 基準1 に基づいて、患者が在宅退院ができそうと判断できれば、退院準備の日数をできるだけ多く残すことを考慮して、入院情報提供があった相談支援専門員に退院支援開始を電話連絡する。

④ 退院前調整(退院支援情報の共有、退院前カンファレンス、看護サマリーの提供)

・下記ⅰ～ⅳの手順で退院支援にかかる情報共有と退院前カンファレンス等を行う。

ⅰ 医療機関担当者から相談支援専門員に退院支援の開始を電話連絡し、その時に面談(カンファレンス)の実施について医療機関担当者と相談支援専門員間で相談して決める。

ⅱ 医療機関担当者は相談支援専門員に提供する情報を面談(カンファレンス)までに準備しておく。
退院時要約看護サマリーを参考にして情報提供をおこなう。
ただし、様式に記載するかは医療機関によって異なる。
また、退院前カンファレンス等では、解りやすい用語を用いて説明する。

ⅲ 面談(カンファレンス)時に相談支援専門員が医療機関を訪問して必要な情報を聴き取る。

ⅳ 追加の面談(カンファレンス)については医療機関担当者と相談支援専門員間で相談して決める。

※ 相談支援専門員は医療機関から求められた場合、サービス等利用計画の原案を提供する。

【参照する資料】 → 退院支援情報提供書 資料4

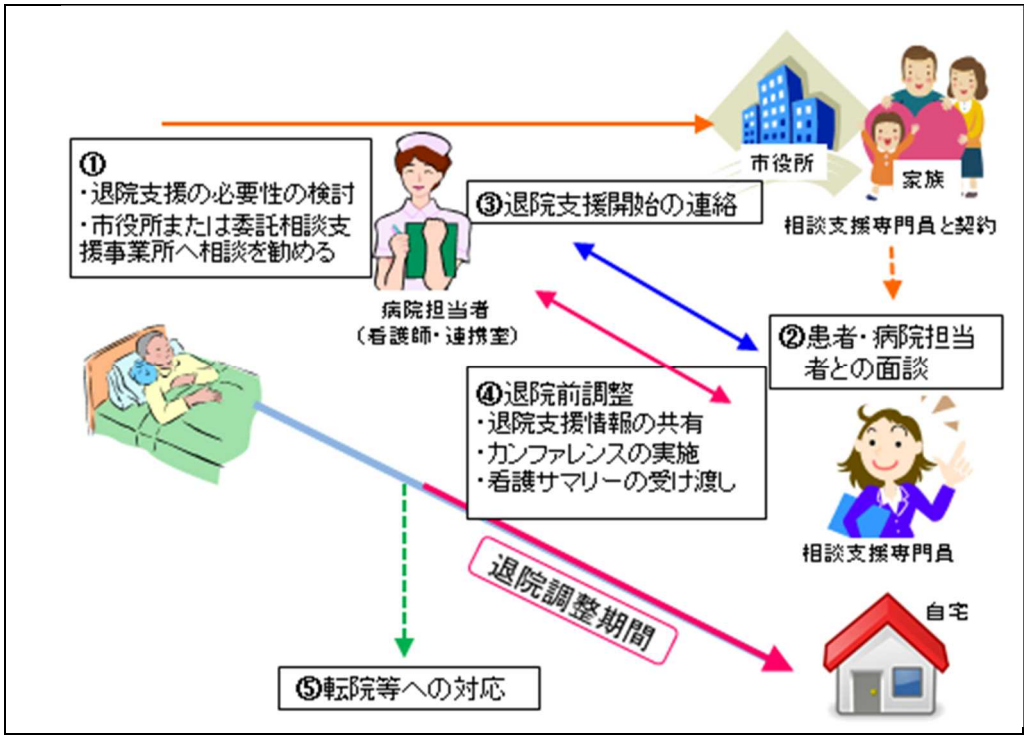
→ 医療機関(病院、有床診療所)運用ルール一覧表の項目④、⑤、⑥ 資料 5 資料 6

⑤ 自宅以外に退院する場合

・自宅から入院して退院後に施設入所となる患者については、医療機関と施設担当者で引き継ぎすることを原則とし、必要に応じて入院時の担当相談支援専門員も情報提供等で協力する。
入所施設が決まるまでは、入所施設の選定等の調整について、医療機関と入院時の担当相談支援専門員が協力する。
（ショートステイ（ショートステイの長期利用を含む）の場合は相談支援専門員が調整する。）

・転院や施設入所する場合は、入院時の相談支援専門員の事業所にその旨を電話連絡する。
（転院や入所を知らせることが目的であり、退院の引き継ぎを行うための連絡ではない。）

入院前に相談支援専門員がいない場合



① 退院支援の必要性の検討

・医療機関担当者は退院支援に用いる基準の 基準2 を用いて退院支援の必要性を検討し、必要に応じて家族等に患者の居住地の各市障害福祉サービス担当課へ自立支援医療等の相談に行くように勧める。

【参照する資料】

→ 退院支援に用いる基準　資料 7

→ 医療機関（病院、有床診療所）運用ルール一覧表の項目⑦ 資料 5 資料 6

② 患者・医療機関担当者との面談

・相談支援専門員は入院患者の担当になることが決まれば、すみやかに医療機関に連絡し面談に行く。

◇患者（家族）及び医療機関担当者と面談を行い、後の退院支援について相談する。

【参照する資料】 → 医療機関（病院、有床診療所）運用ルール一覧表の項目④ 資料 5 資料 6

③ 退院支援の連絡
④ 退院前調整
⑤ 自宅以外へ退院した場合
⑥ 相談支援専門員がかわる場合

相談支援専門員がいる場合と同じ

参考 各市の障害福祉サービス担当課窓口

市役所		住　所	電話番号	FAX
紀の川市	障害福祉課	紀の川市西大井 338 番地 （紀の川市役所内）	0736-77-2511(代)	0736-79-3926
岩出市	社会福祉課	岩出市西野 209 番地 （岩出市役所）	0736-62-2141(代)	0736-61-1632

参考 各市の委託相談支援事業所

委託相談支援事業所		住　所	電話番号	FAX
紀の川市	（社福）一麦会 麦の郷 紀の川生活支援センター	紀の川市尾崎７９－１	0736-78-2808	0736-78-2807
岩出市	（社福）きのかわ福祉会 岩出障害児者相談・支援センター	岩出市東坂本６－１	0736-63-1622	0736-63-1644

参考 **入院（入所）・退院（退所）支援にかかる報酬等**

※算定にあたっては、各医療機関、各事業所で算定の要件を確認してください。

【医療機関】

① 介護支援等連携指導料　400点（1回目）

② 介護支援等連携指導料　400点（2回目）

③ 退院時共同指導料2　　400点
（医師等の職種3者以上と共同して指導を行う場合は加算　2000点）※

※入院中の患者に対して、入院中の医療機関の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師、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又は居宅介護支援事業所の介護支援専門員若しくは指定特定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場合に算定する。

【介　護】（介護予防支援の場合は算定の対象となりません。）

① 入院時情報連携加算（Ⅰ）　250単位（入院した日のうちに提供。提供方法は問わない）

② 入院時情報連携加算（Ⅱ）　200単位（入院後3日以内に提供。提供方法は問わない）

- （Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

③退院・退所加算

	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

- 退院・退所加算を「連携3回」算定することができるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（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上必要な説明（上記【医療機関】に記載の※下線部）を行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅（地域密着型）サービスの利用に関する調整を行った場合に限る。
- 入院・入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

【障害者】

① 入院時情報連携加算（Ⅰ）　300単位（医療機関を訪問しての情報提供　）

② 入院時情報連携加算（Ⅱ）　150単位（医療機関を訪問以外の方法での情報提供　）

➢入院時に医療機関が求める利用者の情報を医療機関に提供した場合
（利用者 1 人につき、1月に1回を限度）

③ 退院・退所加算　300単位

➢退院・退所時に、医療機関等の多職種からの情報収集や医療機関等における退院・退所時のカンファレンスへの参加を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合。