

今治圏域における退院支援ルールについて（策定の経緯等）

1 策定の背景

2025年には団塊の世代が後期高齢者となるなど超高齢社会の進展に伴い、医療や介護の需要が急速に高まることが予想されている。一方で、多くの住民は自宅等の住み慣れた環境での療養を望んでおり、できる限り住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を実現する必要がある。

このため、切れ目のない医療から在宅への円滑な復帰を可能とする体制整備など、医療と介護の連携による地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が求められている。

2 策定の経緯

(1) 現状と問題点等の把握

- 圏域内の居宅介護事業所等のケアマネ（210名）を対象に退院支援に係る現状把握のためのアンケート調査。（H26.9）
- 連携窓口を有する主な医療機関（9機関）を対象に実態聞き取り調査。（H27.4～6）
- これらの調査結果を踏まえ、「第1回病院とケアマネ連携窓口担当者会議」（H27.10、97名）及び「第2回同会議」（H28.2、84名）を開催し、退院支援体制づくりについて検討・協議。
- 検討の結果、明らかとなった次の退院支援に係る問題点と対策を踏まえ、病院からケアマネに確実につなぐための退院支援ルールを作成することとした。

〔退院支援に係る問題点⇒ 対策〕

◆連携方法が不明確

- ・退院調整等の連絡先がわからない。（病棟と連携室など）
⇒ 連絡窓口等名簿、連携ルールの作成
- ・退院調整の連絡時期が遅い。（患者ケアに影響）
⇒ 連絡時期の目安をルール化

◆情報の共有ができていない

- ・必要な情報の不足（在宅療養に支障、介護情報不足）
⇒ 情報提供項目をルール化

◆コミュニケーションの不足

- ・医療機関の敷居が高い。
⇒ 退院調整、カンファレンス実施等のルール化（連携しやすく）

◆担当者の理解不足

- ・介護保険制度、医療知識等の理解不足。
⇒ 必要な情報を共有、多職種研修会等の実施

(2) 退院支援ルールの策定

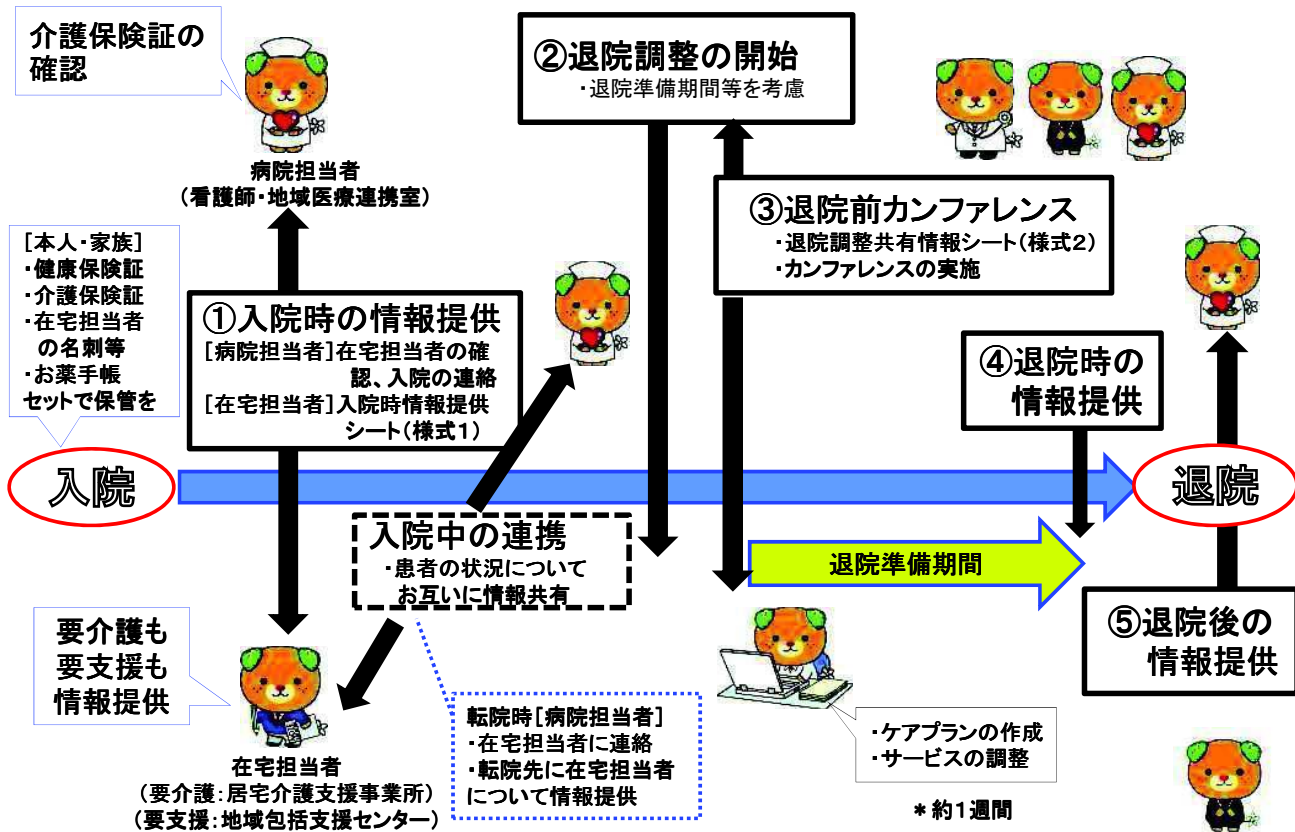
病院、ケアマネ、行政担当者10名程度で構成するワーキンググループを設置（H28.3）し、上記問題点・課題等をもとに検討協議を行い、退院支援ルール（案）を作成した。

3 今後のスケジュール等

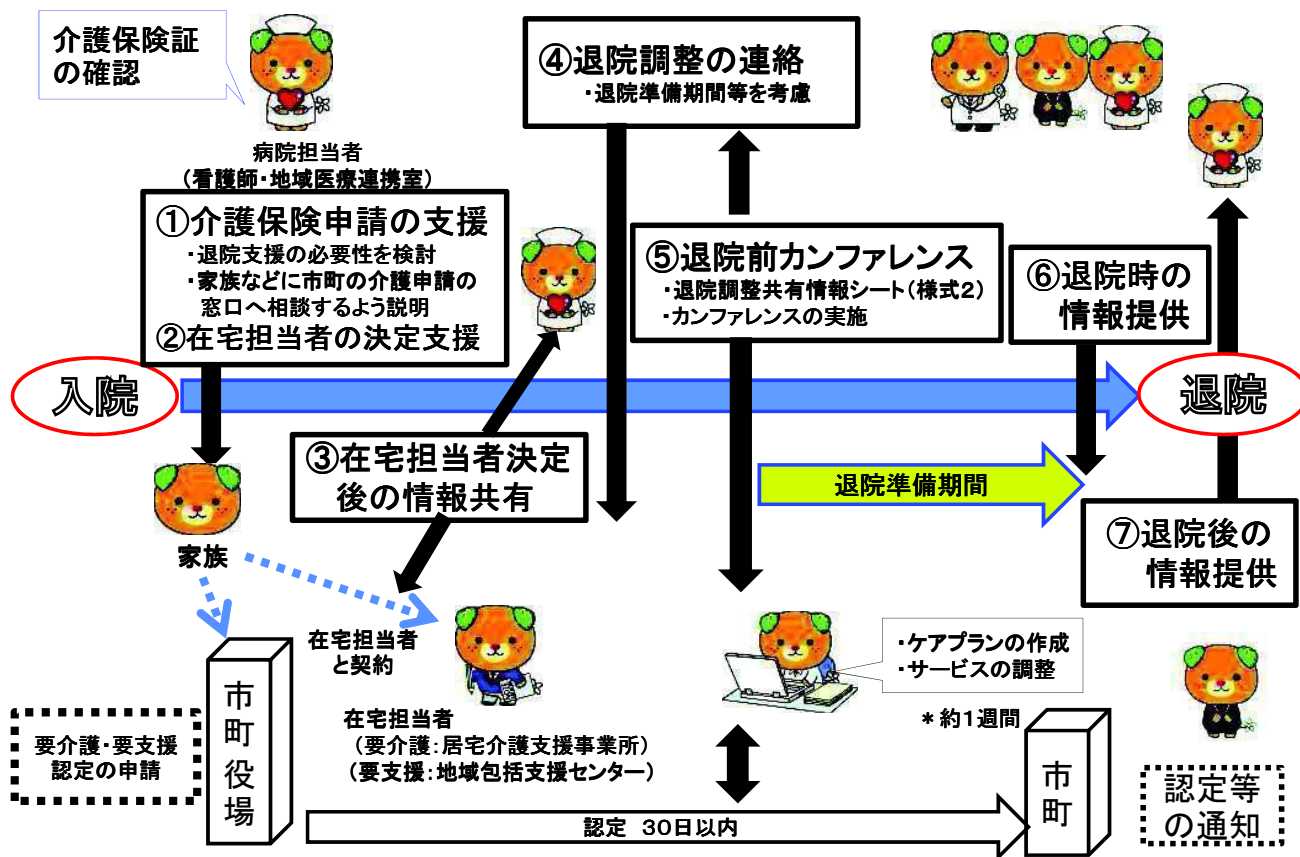
- (1) ワーキンググループで作成した「退院支援ルール」（案）を、「第3回病院とケアマネ連携窓口担当者会議」において決定し、医師会や居宅支援事業所等へ周知のうえ、試行運用する予定である。
- (2) なお、この試行運用結果について、年度内に「第4回病院とケアマネ連携窓口担当者会議」において評価・修正した後、29年度からの本格運用の予定である。
- (3) また、退院支援窓口担当者等を対象とした資質向上のための多職種研修会を開催する予定である。

「今治圏域退院支援ルール(仮称)」(案)概要図

(1) 入院前に介護保険サービスを利用していた場合



(2) 入院後に新たに介護保険サービスが必要な場合



今治圏域退院支援ルール(案)

1 目的

要介護・要支援状態の患者が、住み慣れた地域で安心して生活や療養ができるよう、医療機関から在宅等へ移行の準備をする際に、病院担当者と在宅担当者が連携して必要な患者情報を引き継ぐことにより、スムーズな在宅移行を支援する（自宅での生活や療養に困る患者や家族をなくす）ことを目的とする。

2 共通事項

(1) 対象地域

今治圏域(今治市、上島町)

(2) 対象患者

自宅等から入院し自宅等へ退院する要介護・要支援状態の患者

(3) 担当者

○病院担当者：地域医療連携室(連携担当者)、病棟看護師 等

○在宅担当者：居宅介護支援事業所の介護支援専門員(ケアマネジャー) 又は地域包括支援センターの担当者

3 退院支援ルール

(1) 入院前に介護保険サービスを利用していた場合

① 入院時の情報提供

在宅担当者は、患者の入院が決まり次第「入院時情報提供シート」(様式1)を作成し、病院担当者に患者情報を提供する。(提供先は、別紙「窓口一覧表」を参照)

なお、在宅担当者から患者情報の提供がない場合は、病院担当者は、患者の在宅担当者に入院を連絡し、患者情報の提供を依頼する。

<在宅担当者の留意事項>

介護保険証に在宅担当者の名刺をいれておく等、常に担当者がわかるようにしておく。

② 退院調整の開始

病院担当者は、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)を考慮して、在宅担当者と退院調整開始面談(概ね退院前1週間)の日程などの調整を行う。

③ 退院前カンファレンス

在宅担当者は、病院担当者から患者情報を収集(面談、FAX等)の上「退院調整共有情報シート」(様式2)を作成するとともに両者が共有する。

また、他職種によるカンファレンスや共同指導の実施については、病院担当者と在宅担当で調整し病院が決定する。

④ 退院時・退院後の情報提供

病院担当者は、在宅担当者に退院時サマリー(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)を提供する。

また、在宅担当者は、退院後にケアプラン等の写しを病院に提供する。

(2) 入院後に新たに介護保険サービスが必要な場合

① 介護保険申請の支援

〔65歳以上の患者〕

病院担当者は、患者の状態が次に該当する場合（患者・家族がサービス利用を希望するケースまたは、何らかのサービスが必要と判断したケース）は、家族などが市町の介護申請の窓口(別添：今治圏域市町介護申請窓口一覧)へ相談に行くよう説明する。

- ・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、あるいはポータブルトイレを使用中
- ・日常生活に支障がある認知症の周辺症状等
- ・独居または家族介護力が低い状態（老老介護、介護者に精神疾患がある、本人の認知症を認めない等）で服薬管理や調理、掃除など身の回りのことに介助が必要
- ・がん末期で介護サービスを利用する必要がある方
- ・新たに医療処置（痰吸引、胃ろう等）が追加・変更された方

〔40歳以上 65歳未満の患者〕

病院担当者は、患者が介護保険の対象となる特定の疾病で上記に該当する状態の場合は、家族などが市町の介護申請の窓口(別添：今治圏域市町介護申請窓口一覧)へ相談に行くよう説明する。

② 入院中に要介護又は要支援に認定された場合の在宅担当者の決定支援

患者が入院中に要介護又は要支援に認定され、在宅担当者の選定について支援を必要とする（患者の希望する在宅介護支援事業所の受け入れ枠がない等）場合、病院担当者は、在宅介護支援事業所の空き状況や地域包括支援センターの管轄区域等を市町の担当課に問い合わせるなど、在宅担当者決定のための支援を行う。

③ 在宅担当者決定後の情報共有等

在宅担当者は、担当決定後すみやかに病院担当者へ連絡する。病院担当者及び在宅担当者は、入院期間の見込みや患者の状態等について連携して情報共有に努める。

④ 退院調整の開始

⑤ 退院前カンファレンス

⑥ 退院時・退院後の情報提供

（1）入院前に介護保険サービスを利用していた場合に同じ

4 付属資料

- 退院支援ルール(案)概要図
- 介護保険が適用される特定疾病（40歳～65歳未満の被保険者）
- 「入院時情報提供シート」（様式1）
- 「退院調整共有情報シート」（様式2）
- 今治圏域病院の連絡窓口一覧
- 今治圏域地域包括支援センター一覧
- 今治圏域居宅介護支援事業所一覧
- 今治圏域市町介護申請窓口一覧

5 運用上の留意事項

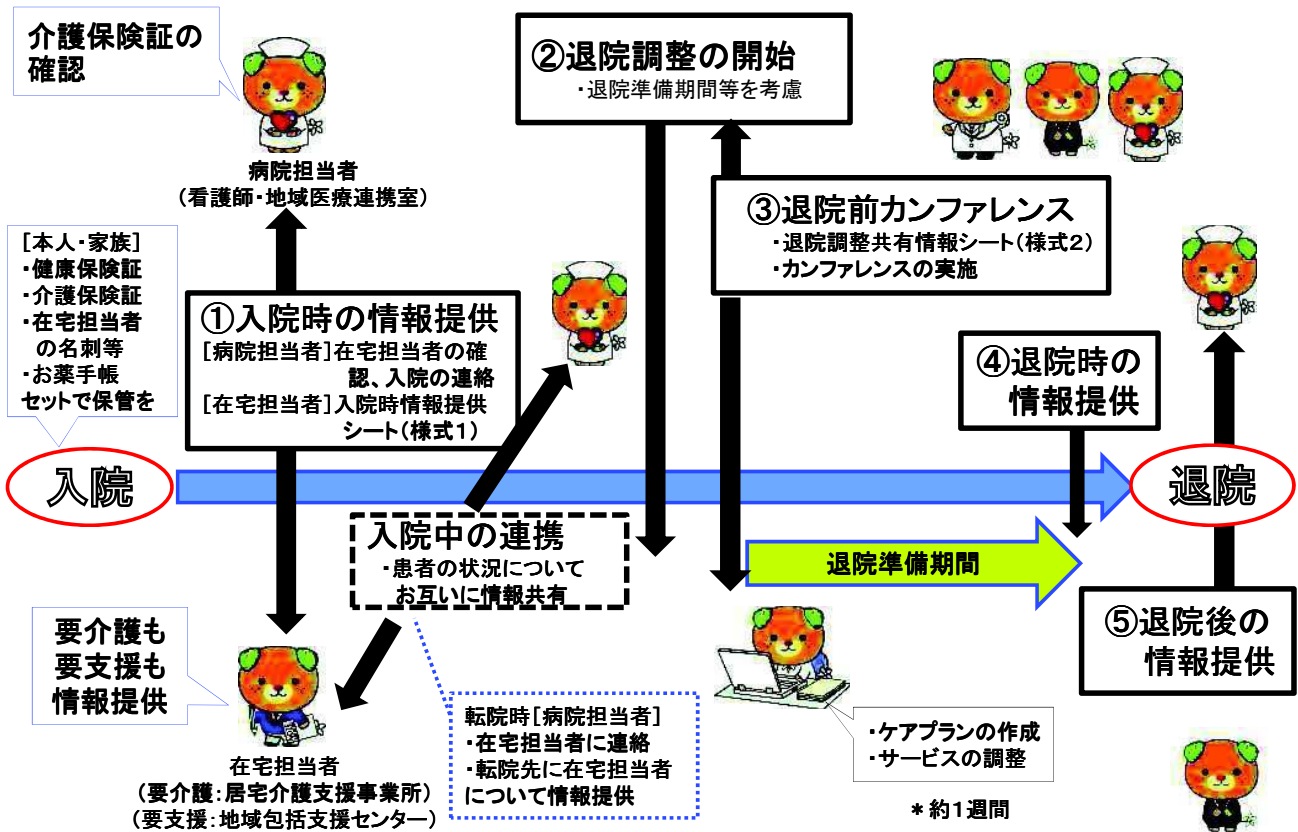
この「退院支援ルール」は、圏域内の医療と介護の担当者の意見をもとに、患者のスムーズな在宅移行のための基本的な情報共有ルールとしてまとめたものです。現に運用がなされている病院・事業所等の情報提供様式等の運用ルールを妨げるものではありません。

《 参考 》

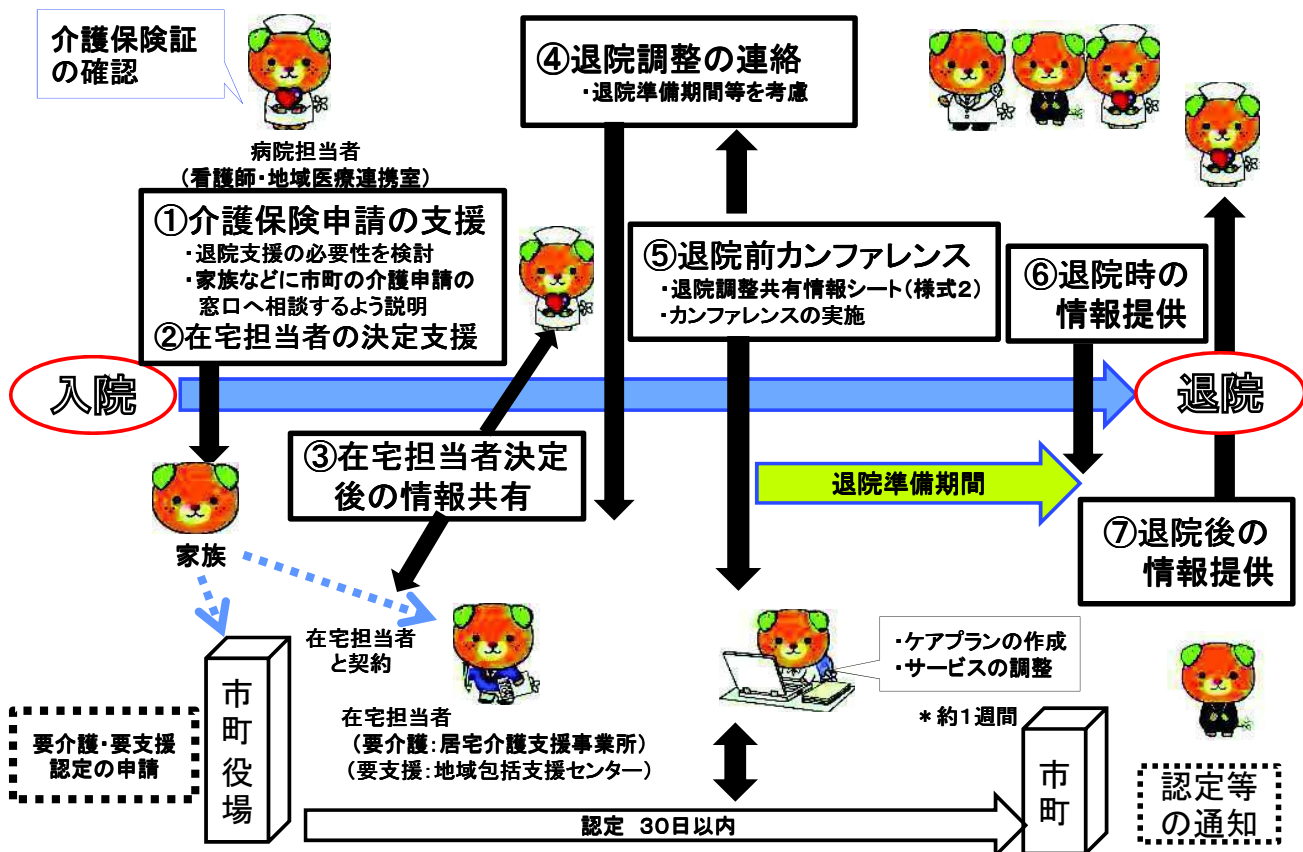
入院・退院時における主な診療報酬及び介護報酬

「今治圏域退院支援ルール(仮称)」(案)概要図

(1)入院前に介護保険サービスを利用していた場合



(2)入院後に新たに介護保険サービスが必要な場合



介護保険が適用される特定疾病（40歳から65歳未満の被保険者）

介護保険法の総則には、「要介護状態にある40歳以上65歳未満の者であつて、その要介護状態の原因である身体上または精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であつて政令で定めるもの（以下「特定疾病」という）によって生じたものであるもの」は、介護保険の要介護者に当たるとされています。

【特定疾病の16疾病】

- 1 がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至つたと判断したものに限る。）
- 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 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症（法第5条の2に規定する認知症：脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。）
- 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

提供方法

-
- メール
-
-
- FAX
-
-
- 手渡し

年 月 日

確認欄

記入・面談日:平成 年 月 日

入院時情報提供シート

(様式1)

事業所名		担当ケアマネ	
電話番号		FAX番号	

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女				
住所	〒			TEL FAX	TEL: FAX:						
緊急時連絡先	氏名	住所		続柄	電話番号						
家族構成図		住環境	□一戸建 □集合住宅 (階建て 階)エレベーター □無 □有								
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	在宅主治医	医療機関名() Tel: ()									
	通院歴										
	既往歴										
	障害者手帳	□身体()級 □知的()級 □精神()級 難病:□無 □有()									
	要介護度	□申請中 □区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5									
	サービス利用状況										
同居・同居 患者とのかわり状況 ()	□訪問介護(回/週)		□通所介護(回/週)		□訪問看護(回/週)						
	事業所名		事業所名:		事業所名:						
	□訪問リハビリ(回/週)		□通所リハ(回/週)		□短期入所(回/週)						
	事業所名:		事業所名:		事業所名:						
□福祉用具貸与(内容:) 事業所名: ()											
□その他()											
経済状況		保険・年金等(月額 万円) □生活保護									
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入						
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ストレッチャー □車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用 □シルバーカー使用						
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯:□無 □有()						
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□普通食 □治療食 (□糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他) □アレルギー()						
	主食:□米飯 □全粥 □ミキサー 水分:とろみ剤使用 □あり □なし										
	副食:□通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付)										
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()						
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□自宅(浴室) □訪問入浴 □通所系サービス						
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:□トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ						
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤内容・投与方法:						
認知症状	□無 □有()										
療養上の問題	□無 □有(□幻視・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転										
	□不眠 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □難聴()										
	□視力障害() 理解力() その他()										
医療処置	□バルーンカテーテル □ ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他()										
性格・生活歴											
病気に対する理解度・意識				本人:				家族:			
退院後の希望											
□在宅 □施設 ⇒ 希望者:本人・家族・											
介護者の生活状況											
連絡事項・その他											

(この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)

- 提供方法
 メール
 FAX
 手渡し

年 月 日

確認欄

記入・面談日：平成 年 月 日 1回目
 記入・面談日：平成 年 月 日 2回目

担当ケアマネ

()

退院調整共有情報シート

(様式2)

医療機関名	(TEL:)		病院の連絡窓口 (所属)	記入者名 (面談者)				
氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
住所	〒			TEL FAX	TEL: FAX:			
入院の原因となった病名と主症状	手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()							
現病歴								
既往歴				入院日	平成 年 月 日			
				退院予定日	平成 年 月 日頃			
病院主治医			在宅主治医					
病院からの患者・家族への病状の説明内容と、患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望								
介護保険	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当			認定日	平成 年 月 日			
	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5			有効期限				
ADL	自立	男 等 身	一 部 介 助	全 介 助	病棟での様子について			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ストレッチャー □手引き □車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用 □シルバーカー使用			
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()			
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□普通食 □治療食 (□ Kcal □糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他) □経管栄養			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: □米飯 □全粥 □ミキサー (摂取量 割)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: □通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付) (摂取量 割)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状況: □良 □不良 咀嚼状況: □良 □不良			
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()			
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: □無 □有(□一般浴 □機械浴 □シャワー浴 □清拭 □その他()			
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: □トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ □リハビリパンツ(常時・夜間のみ)			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤内容・投与方法:			
リハビリ等	リハビリ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度:) 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()							
医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他()							
療養上の問題	□無 □有(□幻視・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □徘徊							
	□危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □その他()							
退院に際して必要なサービス	認知症高齢者の日常生活自立度() 精神状態(疾患) □無 □有() 認知症の原因疾患等()							
	居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)							
	訪問看護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(介護保険・医療保険) □デイケア □短期療養介護 □訪問リハビリ							
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合、理解の状況は: □十分 □不十分 (問題点:)							
感染症	<input type="checkbox"/> HBV □HCV MRSA: 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: □痰 □血液 □尿 □創部) □その他							
退院後予想される問題・課題等(医療処置、経済状況、移動に係る独自の方法、転倒危険、住宅改修の必要性等)								
備考欄								

別 添 （添付省略）

- ・ 今治圏域病院の連絡窓口一覧
- ・ 今治圏域居宅介護支援事業所一覧
- ・ 今治圏域地域包括支援センター一覧
- ・ 今治圏域市町介護申請窓口一覧

[入院時における診療報酬・介護報酬]

診療報酬	介護報酬
<ul style="list-style-type: none"> ● 退院支援加算（退院時1回） A246 退院支援加算 1 <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本等の場合 600 点 療養病棟入院基本等の場合 1,200 点 退院支援加算 2 <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本等の場合 190 点 療養病棟入院基本等の場合 635 点 地域連携診療計画加算 300 点 ● 診療情報提供料(I) B009 <ul style="list-style-type: none"> 地域連携医療計画加算 50 点 <p>《趣旨》</p> <p>安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組や医療機関間の連携等を推進を図る。</p> <p>《算定要件・施設基準》 別表</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 入院時情報連携加算 イ (I) 医療機関へ出向いて、当該医療機関の職員と面談して必要な情報を提供 200 単位 ロ (II) イ以外の方法により、職員に対して必要な情報を提供 100 単位 <p>《趣旨》</p> <p>利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合、利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として所定単位数を加算する。</p> <p>《主な条件》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が入院してから遅くとも 7 日以内に情報提供 他 入院時情報提供シートを作成

[退院時における診療報酬・介護報酬]

診療報酬	介護報酬
<ul style="list-style-type: none"> ● 介護支援連携指導料 400 点 【1 回目】 <p>《趣旨》</p> <p>介護サービスの利用見込みがついた段階で、地域で導入可能な介護サービスや要介護認定申請等の情報について患者や医療関係者と情報共有を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 介護支援連携指導料 400 点 【2 回目】 <p>実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプラン原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。</p> <p>《主な条件》患者又は家族等に提供した文書の写し、ケアプランの写しを診療録に添付</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 退院・退所加算 300 単位 【1 回目、2 回目】 <p>《趣旨》</p> <p>病院若しくは診療所に入院していた者が退院し、その居宅において居宅サービスを利用する場合において、退院にあたって当該病院、診療所の職員と面談を行い、必要な情報を受けた上で居宅サービス計画を作成し、サービスの利用に関する調整を行った。</p> <p>《主な条件》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院期間中につき 3 回を限度として算定 ・ 初回加算を算定する場合は、当該加算は算定できない ★「退院調整共有情報シート」を作成
<ul style="list-style-type: none"> ● 退院時共同指導料 2 <p>《趣旨》</p> <p>1. 入院医療機関の医師と退院後の在宅療養を担う医療機関の医師による共同指導 400 点</p> <p>2. 入院医療機関の医師と退院後の在宅療養を担う医療機関の医師、看護師、歯科医師、薬剤師、ケマネジャー等のうち 3 者以上による共同指導 2000 点</p> <p>《主な条件》患者又は家族等に提供した文書の写しを診療録に添付 他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 退院・退所加算 300 単位 【3 回目】 <p>《趣旨》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3 回を算定することができるのは、そのうち 1 回については、入院中担当医等との会議（カンファレンス）に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明（退院時共同指導料 2 の対象となるもの）を行って上で、居宅サービス計画を作成し、利用に関する調整を行った場合に限る。 <p>《主な条件》病院が患者又は家族に交付した文書（サマリ一等）を添付 他</p>

(注) 算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。

別表

< 退院支援加算 (A246) の算定要件・施設基準 >

	退院支援加算 1	退院支援加算 2
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(看護師又は社会福祉士)	
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)	
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	

< 地域連携診療計画加算 (A246、B009) の算定要件 >

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保健医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。