

橋本保健医療圏域における 退院調整ルールの手引き



平成30年6月改正
(平成28年2月)

橋本保健医療圏域における退院調整ルールについて

医療機関から自宅へ患者が退院するに際し、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求められています。

この冊子は、病院と介護支援専門員による退院時の引き継ぎ手順である「退院調整ルール」について、橋本保健医療圏域内の病院、介護支援専門員、市町の地域包括支援センター及び市町の介護保険担当者等が協議を重ね作成いたしました。

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、円滑に在宅への移行を図ることを目的としています。

橋本保健医療圏域における退院調整ルールの手引き

「入院前にケアマネジャーがいる場合」	・・・	1
「入院前にケアマネジャーがいない場合」	・・・	3
「参考」入院・退院調整にかかる診療報酬及び介護報酬	・・・	5

資料1 基準1 「在宅退院ができそう」と判断する基準

資料2 基準2 「退院調整が必要な患者の基準」

資料3 入院時情報提供書様式

資料4 病院運用ルール一覧表

参考資料1 指定居宅介護支援事業所一覧

参考資料2 退院調整ルールフロー図

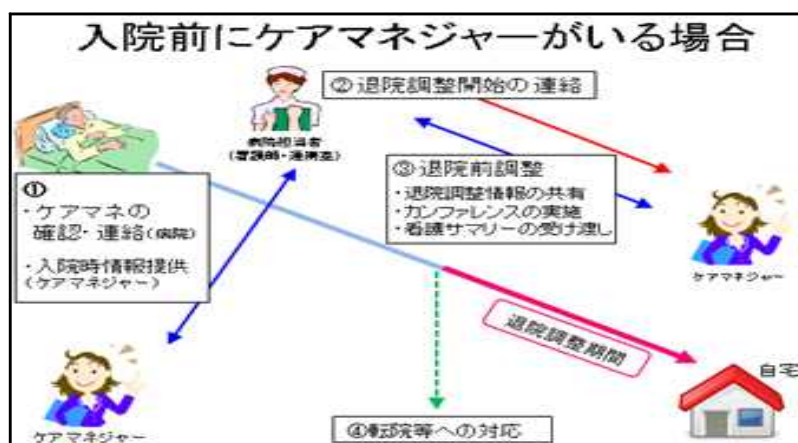
橋本保健医療圏域における退院調整ルールの手引き

目的：医療と介護の連携により、より充実した患者支援ができ、円滑に在宅への移行を図る。

退院調整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を対象とする。
- 2 ケアマネジャー：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
- 3 病院担当者：病棟看護師、病棟配置のMSW、地域医療連携室（連携担当者）

入院前にケアマネジャーがいる場合



(1) ケアマネジャーの確認・連絡、入院時の情報提供

病院は、①入院時にケアマネジャーが関わっているか、健康保険証や介護保険証を確認し、担当ケアマネジャーを確認できた場合は、本人又は家族の同意の上で契約しているケアマネジャーの事業所に入院したことを連絡する。
②ケアマネジャーの有無や事業所がわからない場合は、本人または家族の同意の上で患者の居住地の市町村役場に確認する。

ケアマネジャーは、①要支援を除く利用者について、入院を知ればすみやかに、入院時情報提供書を病院が指定する方法で提供する。
②要支援の利用者は、入院時情報提供書の提供を省略できるが、ケースの状況により情報提供をした方が良いと判断した場合は、提供する。
③入院後何日後かに関わらず必要な場合は、情報提供する。

検査入院や 概ね1週間以内の入院患者は、原則として入院連絡や入院時情報提供の対象としないが、必要に応じて病院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の入院に早期に気づくためにしておくこと。

- ①健康保険証ケースに、ケアマネジャーの名刺を入れておく。
- ②介護サービス事業所に対して、利用者の入院に気づいた時はケアマネジャーに連絡する事を求めておく。
- ③本人や家族には、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。

『参照する資料』 入院時情報提供書 (資料3)
病院運用ルール一覧の項目① (資料4)

(2) 退院調整開始の連絡

病院担当者は、退院調整に用いる基準の「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等）を考慮して、入院時情報提供があったケアマネジャーに退院調整開始を電話連絡する。

なお、実際の退院が早く（遅く）なることや転院・施設入所になる可能性があることを踏まえた上での連絡をする。

『参照する資料』 退院調整に用いる基準 1 (資料 1)
病院運用ルール一覧の項目②③ (資料 4)

(3) 退院前調整

(退院調整情報の共有、退院前カンファレンスの実施、看護サマリーの提供)

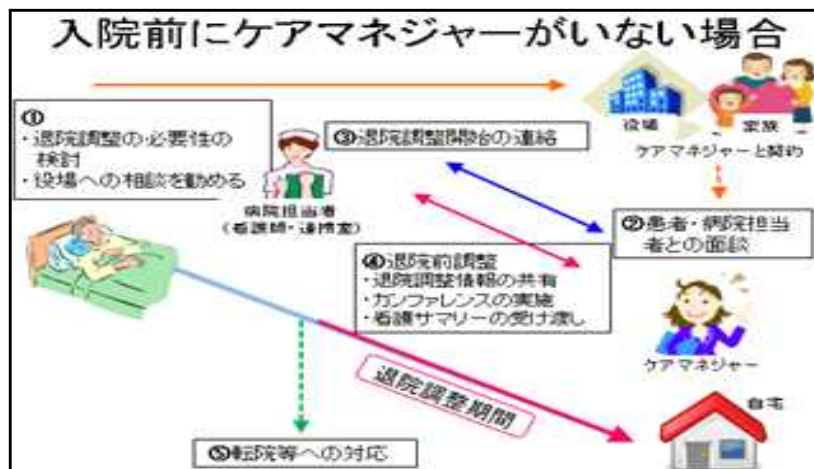
- ①病院担当者から担当ケアマネジャーに、退院調整の開始を電話連絡するとともに、退院前カンファレンスの実施について、病院担当者とケアマネジャー間で相談して決める。
- ②病院担当者は、ケアマネジャーに提供する情報をカンファレンスまでに準備しておく。
なお、退院調整情報提供書の様式は、各病院で使用の様式とする。
- ③カンファレンス時にケアマネジャーが病院を訪問して、必要な情報を聴き取る。
- ④退院後に、ケアマネジャーは、ケアプランの写しを病院に提供する。

『参照する資料』 病院運用ルール一覧の項目③④⑤ (資料 4)

(4) 自宅以外に退院する場合

- ①自宅から入院し、退院後に施設入所となる患者については、病院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。
(ショートステイの場合は、ケアマネジャーが施設と調整する。)
- ②転院や施設入所する場合は、入院時のケアマネジャーの事業所にその旨を電話連絡する。

入院前にケアマネジャーがいない場合



(1) 退院調整の必要性の検討

病院担当者は、退院調整に用いる基準の **基準 2** に基づいて、退院調整の必要性を検討し、家族等に患者の居住地の市町役場へ介護保険申請等の相談に行くように勧める。

《40歳～64歳の患者》

病院担当者は、介護保険の対象となる特定の疾病（参考資料）で **基準 2** の状態であった場合は、家族等に医療保険証を持って市町役場へ介護保険申請等の相談に行くよう説明する。

『参照する資料』 退院調整に用いる基準 2 (資料 2)
病院運用ルール一覧の項目⑥ (資料 4)

(2) 患者・病院担当者との面談

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、すみやかに病院に行き、患者、家族及び病院担当者と面談を行い、その後の退院調整について相談する。

『参照する資料』 病院運用ルール一覧の項目⑧ (資料 4)

(3) 退院調整開始の連絡

病院担当者は、退院調整に用いる基準の **基準 1** に基づいて、患者が在宅退院できそうと判断できれば、退院準備に必要な期間（ケアプランの修正、サービス事業所との調整等）を考慮して、担当のケアマネジャーに退院調整開始を電話連絡する。

なお、実際の退院が早く（遅く）なることや転院・施設入所になる可能性があることを踏まえた上での連絡とする。

『参照する資料』 退院調整に用いる基準 1 (資料 1)
病院運用ルール一覧の項目②③ (資料 4)

(4) 退院前調整

(退院調整情報の共有、退院前カンファレンスの実施、看護サマリーの提供)

- ① 病院担当者から担当ケアマネジャーに、退院調整の開始を電話連絡するとともに、退院前カンファレンスの実施について、病院担当者とケアマネジャー間で相談して決める。
- ② 病院担当者は、ケアマネジャーに提供する情報をカンファレンスまでに準備しておく。
なお、退院調整情報提供書の様式は、各病院で使用の様式とする。
- ③ カンファレンス時にケアマネジャーが病院を訪問して、必要な情報を聴き取る。
- ④ 退院後に、ケアマネジャーは、ケアプランの写しを病院に提供する。

『参照する資料』 病院運用ルルー一覧の項目③④⑤ (資料4)

(5) 自宅以外に退院する場合

- ① 自宅から入院し、退院後に施設入所となる患者については、病院と施設担当者で引き継ぎすることを原則とし、必要に応じて担当ケアマネジャーも情報提供等で協力する。
(ショートステイの場合は、ケアマネジャーが施設と調整する。)
- ② 転院や施設入所する場合は、担当のケアマネジャーの事業所にその旨を電話連絡する。

参考

各市町の介護保険担当課窓口

市町名	担当課	電話番号
橋本市	介護保険課	0736-33-1633
かつらぎ町	健康推進課	0736-22-0300
九度山町	福祉課	0736-54-2019
高野町	福祉保健課	0736-56-3000

各市町の地域包括支援センター

市町名	電話番号	FAX番号
橋本市地域包括支援センター	0736-32-1957	0736-34-1652
かつらぎ町地域包括支援センター	0736-22-2322	0736-22-6898
九度山町地域包括支援センター	0736-54-2233	0736-54-2233
高野町地域包括支援センター	0736-56-3000	0736-56-4745

参考

入院・退院調整にかかる診療報酬及び介護報酬

※算定にあたっては、各病院、各事業所で算定の要件を確認してください。

《病院》

- ①介護支援連携指導料 400点（1回目）
- ②介護支援連携指導料 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 2,000点）

※入院中の患者に対して、入院中の病院の医師又は看護師が在宅療養を担う医療機関の医師もしくは看護師、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又は居宅介護支援事業所の介護支援専門員も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場合に算定する。

《介護》（介護予防支援の場合は、算定の対象になりません。）

○入院時情報連携加算

200単位（入院後3日以内に情報提供）
100単位（入院後4日以上7日以内に情報提供）

※提供方法は問わない。

○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・退所にあたり医療機関等の職員と面談し、利用者に関する必要な情報を得た上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。

※退院・退所加算を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カンファレンスに参加し、退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

