

## 2 松本圏域入退院連携ルール

### (1) 入院前に介護サービスを利用していた場合

	病 院 等	ケアマネ
在宅時 ↓		<b>■利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 担当する利用者に、ケアマネの名刺を、『医療保険証』・『介護保険証』・『かかりつけ医の診察券』・『お薬手帳』と一緒に保管し、入院の際には、「入院時セット」として持参するよう伝えておく。</li> <li>○ 利用者、家族に、入院したらケアマネに連絡するよう、伝えておく。</li> </ul>
入院 ↓	<b>①入院時連絡</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人・家族からの聞き取りや「入院時セット」等により担当ケアマネを把握し、入院したことを、<b>速やかに</b>連絡（原則本人・家族が実施、必要に応じて病院等が支援）</li> </ul>	<b>②入院時情報提供書の提供</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院を把握したら提供書を作成し、<b>速やかに</b>病院等に提供（原則として電話連絡のうえ、面談して提供）</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <b>「病院がケアマネを把握」又は「ケアマネが病院を把握」、どちらか早い方が相手にアプローチ</b> </div>		
入院中 ↓	<b>③患者の在宅退院見込を連絡</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅への退院可能性を検討し、在宅退院可能と見込まれたら、ケアマネの準備期間（ケアプラン作成、事業所調整等）を考慮して<b>速やかに</b>ケアマネに連絡</li> </ul>	<b>④患者情報の収集と在宅退院に向けた調整開始</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院等から在宅退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院等と調整</li> </ul>
退院調整 ↓	<b>⑤入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施</b> （実施内容）○病院等担当者（看護師・MSW等）とケアマネの退院調整開始面談 ○本人・家族の意向を確認し、介護サービスを調整 ○退院前カンファレンスの開催 ○退院時情報の提供 などを必要に応じて実施（退院前カンファレンスの開催及び参加は、病院等及びケアマネの双方が積極的に対応） ※退院時情報共有（提供）書は、病院等とケアマネの面談時等の情報共有ツールとして、病院等から提供される情報をケアマネが聞き取る際に活用	
退院日決定 ↓	<b>⑥退院日を連絡</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 主治医の許可した退院日をケアマネに連絡</li> </ul>	
退 院	<b>⑦看護サマリー等の提供</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退院時に、本人・家族経由でケアマネに提供</li> </ul>	<b>⑧ケアプランの提供</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退院後（原則として1ヶ月以内）に、病院等に提供</li> </ul>

※入院前から担当ケアマネが決まっている患者については、要介護・要支援を問わず、必ず連絡（情報伝達）を行うこと。

(2) 入院前に介護サービスを利用していなかった場合

	病 院 等	ケアマネ
入 院 	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人・家族への聞き取りや、「入院時セット」等により、担当ケアマネが決まっていないことを確認</li> <li>※ 要介護認定を受けているかどうかわからない場合は、住所地域を担当する地域包括支援センター（⇒P12参照）に相談</li> </ul>	
入院中 	<ul style="list-style-type: none"> <li>①退院調整の必要性の判断               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅への退院可能性を検討し、在宅退院可能と見込まれた患者 ↓</li> <li>○ 「退院調整が必要な患者の基準」(P4)に基づき、退院調整が必要かどうかを判断</li> </ul> </li> <li>②本人・家族への介護保険等についての説明、申請の支援               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ①により退院調整（介護保険等の利用）が必要と判断された患者本人・家族に介護保険等の説明をし、申請等を支援</li> </ul> </li> <li>③ケアマネの選定を支援               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 必要に応じ、市村介護保険担当課と相談・調整し、ケアマネの選定を支援（P5参照）</li> <li>・ 要介護と思われる者⇒居宅介護支援事業所</li> <li>・ 要支援等と思われる者・判断に迷う者⇒住所地域を担当する地域包括支援センター</li> </ul> </li> <li>⑤患者の在宅退院見込を連絡               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ①により退院調整が必要と判断された患者について、ケアマネの準備期間（ケアプラン作成、事業所調整等）を考慮して速やかにケアマネに連絡</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>④担当ケアマネの連絡               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者の担当となることが決まったケアマネは、速やかに病院等に連絡</li> </ul> </li> <li>⑥患者情報の収集と在宅退院に向けた調整開始               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院等から在宅退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院等と調整</li> </ul> </li> </ul>
退院調整	以降の流れは、前掲『(1) 入院前に介護サービスを利用していた場合』(P2)の⑤以降と同じ	
退院日決定		
退 院		

### (3) 退院調整が必要な患者の基準

#### 1 必ず退院調整が必要な患者（要介護）

- 更衣や入浴に介助が必要
- 立ち上がりや歩行に介助が必要
- 食事に介助が必要
- 排せつに介助が必要
- 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症

◎ 1項目でも当てはまれば（さらに重度も含めて）  
⇒ 居宅介護支援事業所へ連絡

#### 2 上記以外で見逃してはいけない患者（要支援等の一部）

- 独居かそれに近い状況（家族がいても、高齢、疾患等により介護力が乏しいなど）で調理やそうじなどの身の回りのことに介助が必要
- （ADLは自立でも）がん末期の方
- （ADLは自立でも）新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）が追加された方

⇒ 住所地域を担当する地域包括支援センターへ連絡  
（1か2で迷う場合も）

※病院等からの連絡に当たっては、本人・家族の了解を得る等、個人情報取り扱いに十分留意すること。

### (4) 病院等と市村・地域包括支援センターとの調整等（入院前に介護サービスを利用していなかった場合）

#### ① 要介護認定等の有無の確認

入院患者について、「要介護認定を受けているかどうか」、「担当ケアマネが決まっているかどうか（※）」など、介護保険サービス等の利用状況が本人・家族への聞き取りや「入院時セット」の確認などでも分からない場合は、病院等スタッフが住所地域を担当する地域包括支援センターに相談してください。なお、市に住所がある者で、どの地域包括支援センターが担当するのか不明な場合は、中央地域包括支援センター（松本市については高齢福祉課）に相談してください。

病院等から相談を受けた地域包括支援センターは、市村に確認のうえ、その結果を病院等に連絡してください。

※要介護認定を受けていても、介護保険サービス等を利用しておらず、ケアマネが決まっていない場合があります。

## ② ケアマネの選定（居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの契約）の支援

担当ケアマネ（居宅介護支援事業所）の選定は、患者本人・家族の自由意思によるのが基本ですが、希望する居宅介護支援事業所の受け入れ枠に空きがない場合があります。また、地域包括支援センターには、管轄区域があります。

ケアマネの選定の支援は、市村介護保険担当課でも行っておりますが、方法が市村で異なります。

患者本人・家族がケアマネの選定について病院等の支援を必要とする場合は、病院等スタッフが市村介護保険担当課にご相談ください。市村介護保険担当課が居宅介護支援事業所の状況や、地域包括支援センターの管轄区域などについて病院等に情報を伝えることで、ケアマネの選定とその後の退院調整がスムーズに進みます。

## 3 参考

### (1) 入退院連携ルールに関連する診療報酬・介護報酬

	病 院 等		居宅介護支援事業所（要介護認定者のみ）												
入院	○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】	← 情報提供	○入院時情報連携加算【3日以内 200単位】 【7日以内 100単位】												
	○介護支援等連携指導料① 400点 ○介護支援等連携指導料② 400点 ○退院時共同指導料2 400点 医師等の職種の3者以上と共同して指導を行う場合（退院時共同指導料2の注3の対象となるもの） 加算 2,000点	⇔ 情報共有	○退院・退所加算												
		→ カンファレンス	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>カンファレンス 参加 無</td> <td>カンファレンス 参加 有※</td> </tr> <tr> <td>(I)連携1回</td> <td>イ 450単位</td> <td>□ 600単位</td> </tr> <tr> <td>(II)連携2回</td> <td>イ 600単位</td> <td>□ 750単位</td> </tr> <tr> <td>(III)連携3回</td> <td>×</td> <td>900単位</td> </tr> </table>		カンファレンス 参加 無	カンファレンス 参加 有※	(I)連携1回	イ 450単位	□ 600単位	(II)連携2回	イ 600単位	□ 750単位	(III)連携3回	×	900単位
		カンファレンス 参加 無	カンファレンス 参加 有※												
	(I)連携1回	イ 450単位	□ 600単位												
(II)連携2回	イ 600単位	□ 750単位													
(III)連携3回	×	900単位													
	⇔ 共同説明・指導	※1回以上のカンファレンス参加が必要													
退院															

※「退院・退所加算(III)」の連携3回を算定できるのは、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、退院後の在宅での療養上必要な説明（退院時共同指導料2の注3の対象となるもの）を行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は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。

◎ 診療報酬・介護報酬の算定に当たっては、国の通知等による算定条件を満たす必要がありますので、よくご確認ください。

## (2) 個人情報の取扱いについて

医療・介護関係者間の連携においても、個人情報の取扱いには細心の注意を払わなければなりません。しかし、個人情報保護を優先するあまり、互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に患者に不利益となります。そこで、厚生労働省から出されている『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス』を参考にしてください。

### 【松本圏域入退院連携ルールに関連する内容のポイント】

- 医療機関は、院内（掲示板等）に「当院では、適切な医療・介護サービスのために、患者の個人情報はその患者が関係する医療・介護関係者に提供します。異論がある場合は申し出てください。」という内容の文書を掲示しておき、反対がなければ患者の関係する介護事業者や診療所に個人情報を提供してよい。
- 介護事業者は、利用者との契約時に文書により同意をもらうことで、利用者が関係する医療・介護事業者には個人情報を提供することができる。

☆『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス』は、厚生労働省のホームページから入手できます  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>