

Ⅲ.入退院支援連携ルール

1.入退院支援における関係機関ごとの連携とその全体像

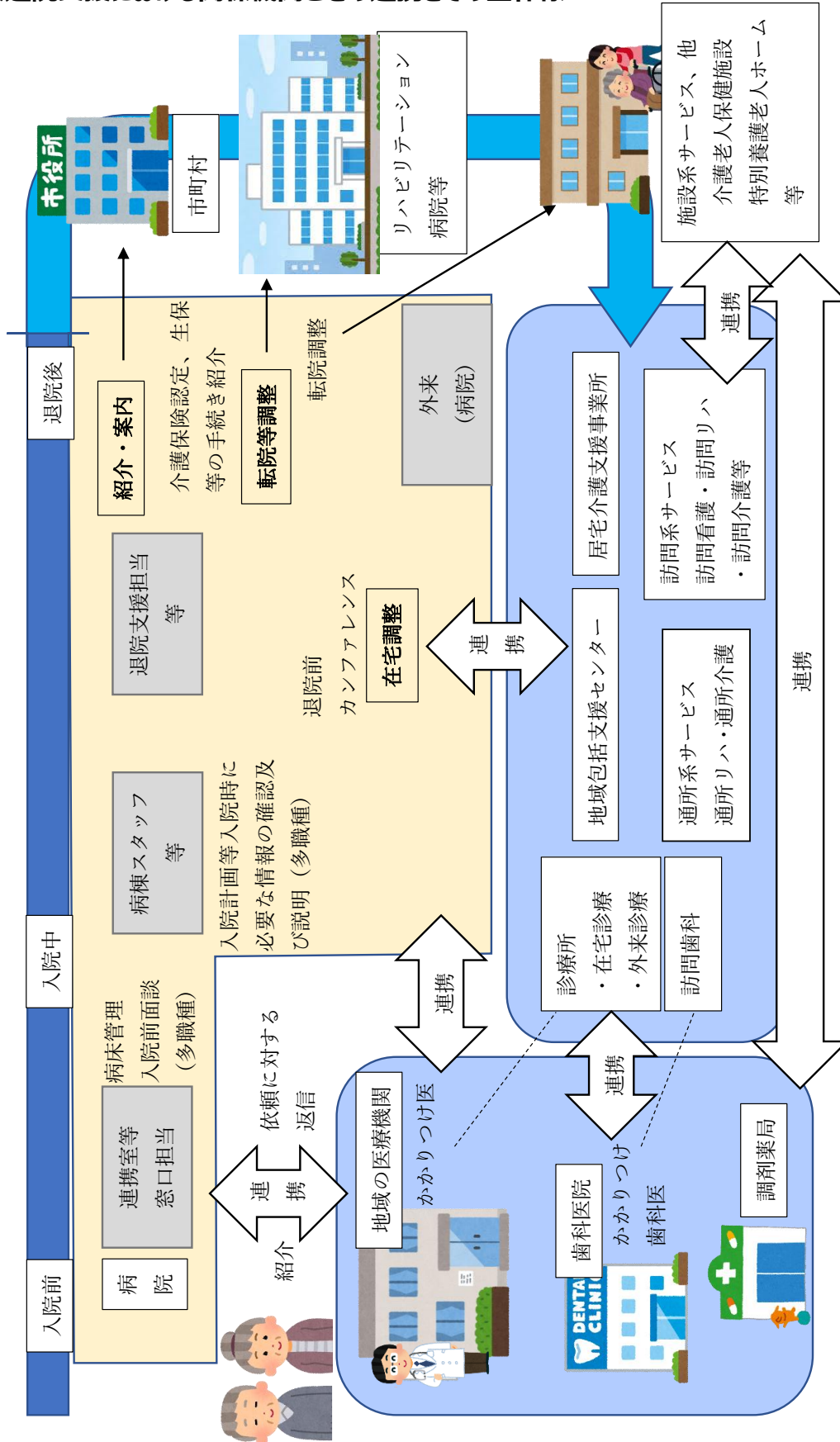


図2 入退院支援における機関連携と全体像

2.連携の流れ

1)入院前にケアマネジャーが決まっている場合

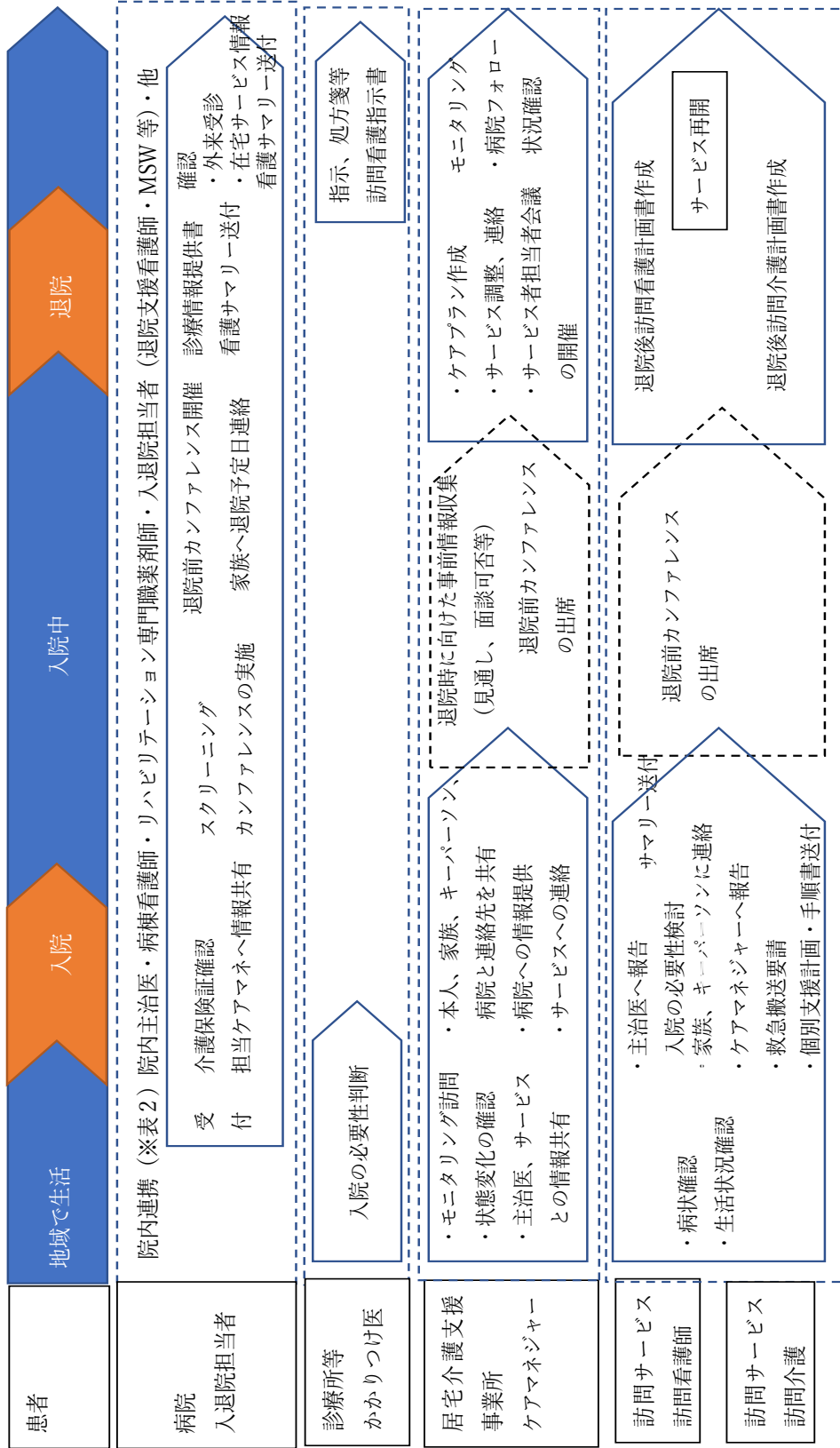


図3 入院前にケアマネジャーが決まっている場合の概略図

2)入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

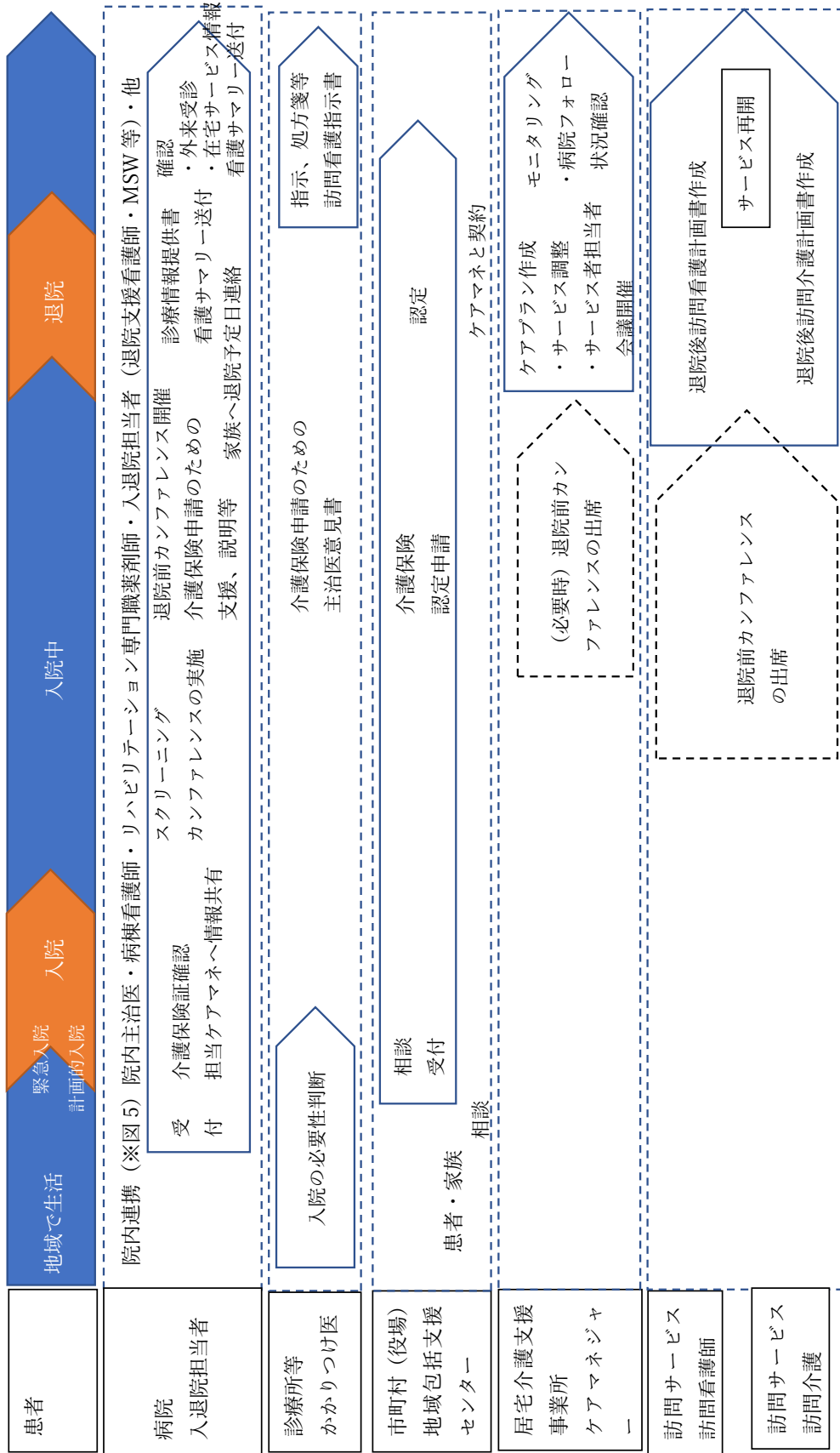


図 4 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合の概略

3) 入退院連携時の専門職の役割

表 1 入退院連携時の専門職の役割

	職種	ケアマネジャー（あり）	ケアマネジャー（なし）
在宅 (安定期)	本人	<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンを確認、不明の時はキーパーソン決定の支援を受ける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンもしくは準ずる第 3 者の決定をしておく。
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・日ごとの状態の確認と変化を察知する。 ・ケアチームで患者の状態の情報が常に共有できる仕組みを作りサービス担当者会議等で確認をする。 ・スムーズな入院が可能となるようにかかりつけ医と地域の入院医療機関を共有しておく。 ・Advanced Care Planning（以下 ACP）による本人の意思を確認する。 ・本人、家族に状態の変化時の連絡方法や連絡先を確認しておく。 	
	薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族に、お薬手帳の記載状況を確認する。 ・内服薬とお薬手帳を一緒に保管するなどの工夫点を説明しておく。 	
	訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・病状の変化や生活状況について、主治医、ケアマネジャーと情報を共有する。 ・入院が必要となる判断基準のもと観察を行い異常の早期発見に努め、異常時には主治医と速やかに連携する。 ・ACP の観点から緊急時の処置、対応について患者、家族の希望を確認しておく。 	
	訪問介護	<ul style="list-style-type: none"> ・生活の状況と病状の変化についてケアマネジャーと連携をとり情報を共有する。 ・キーパーソンに報告する。 ・医療的ケア等については実施状況の確認をする。 	
状態の悪化時	本人	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医・看護師等による病状確認が必要。 ・かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャーなどに連絡する。 	
	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の必要性について判断する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の必要性の判断

	訪問歯科	<ul style="list-style-type: none"> ・口の環境（かめる・飲み込める）を整えることで低栄養状態になることを防ぐ。また口腔衛生に努め、虫歯や歯周病を予防し肺炎（誤嚥性肺炎）のリスクを減らす。 ・周術期の口腔機能管理に準じ、口の環境を整えてから手術を受けてもらう。 ・入院が決まったら速やかに、全身状態の悪化を防ぎ早期退院の一助となるよう歯石除去を含む口腔環境の整備に取り組む。また、全身麻酔下での手術が見込まれる場合は動揺歯の固定・抜歯、挿管の際の歯牙の保護のためにマウスガードの作成などをする。 	
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族から状態の変化の連絡を受け、かかりつけ医や訪問看護師と連携し支援する。 	
	訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> ・生活状況、病状確認内容をケアマネジャーに報告する。 ・状態変化時、入院の必要性を主治医と連絡し判断を仰ぐ。 	
	訪問介護	<ul style="list-style-type: none"> ・生活における状態変化についてケアマネジャーおよび訪問看護等在宅での医療従事者に報告する。事前に指示されていた状態になった場合は、救急搬送要請などの指示に基づいて連絡や要請を実施する。 	
入院時	本人	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアチームと連携し入院の支援を受ける。 	
	かかり医	<ul style="list-style-type: none"> ・診療、服薬などの情報を入院先病院へ提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療、服薬などの情報を入院先病院へ提供する。
	病院担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険認定を確認し、担当ケアマネジャーに入院の連絡をする。 ※患者のケアマネジャーを確認するには、入院時の本人、家族への聞き取り、介護保険証などで確認する。不明の場合、患者の居住地の市町村役場に確認する。併せて、かかりつけ医、薬局、歯科医療機関についても確認しておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・速やかに（概ね3日以内）に、患者、家族への聞き取り、介護保険証等によるケアマネジャー有無の確認を実施する。 ※不明の場合は家族に行政に相談する旨を依頼する。

	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の入院後に速やかに病院担当者に連絡を入れ、患者の情報を提供する。 ※病院の担当者は病院によって受付担当が異なる（病院事務、連携室、職種の違い等）ため、入院時にケアマネジャーから連絡をいれる窓口一覧を作成するなどの準備しておく。 ・患者情報提供書については、速やかに（入院時情報連携加算：3日以内、7日以内）提供する。FAXなどを利用する場合、個人情報の観点から注意する。 	
	訪問介護	<ul style="list-style-type: none"> ・速やかに入院先病院へ情報提供する。 	
	訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護サマリーを速やかに入院先病院へ送付する。 ※医療保険適用の場合は、「訪問看護情報提供書3(主治医宛)」(別紙様式4)」を作成し主治医に提出し、主治医が医療機関宛に送付する診療情報提供書に添付してもらう（これにより訪問看護情報提供療養費が算定でき、主治医は療養情報提供加算の所定点数に50点を加算できる）。情報提供を急ぐ場合は、先にFAX等で送付してもよい。 	
入院中	本人	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活の意向について、家族、キーパーソン内で意思を統一する。 ・外泊の場合は、ケアマネジャーに連絡をしておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活意向について、家族内で意思の統一を図る。 ・要介護認定の申請準備
	病院担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・スクリーニングやカンファレンス、面接から得た情報をケアマネジャーと共有し、本人・家族等と話をし退院後どのような生活を送りたいかについての意思を確認する。 ・必要に応じて、介護支援等連携指導（料）を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整が必要な患者の目安(スクリーニング)の実施 ・患者、家族に介護保険制度について説明を実施する。 ・保険者と相談し、本人・家族によるケアマネジャーの選定と要介護認定の申請について検討、支援を行う。

	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・病院担当者と連携し、必要に応じて、医療機関を訪問し、入院中の本人の状況を確認する。 ・患者、家族、病院担当者との面談により、退院支援開始時期を想定した準備する。 ・どのような情報を提供してほしいか、予め病院担当者に伝える。 <p>※コロナ禍の影響により、入院中に面会ができないことも想定しておく必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャー決定後、家族、親族への連絡調整を行う ・入院病院と日程調整の上、訪問し、患者・家族、病院担当者と面接する。 ・病院と連携し、介護保険制度の説明を行う。
退院前	本人	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーに連絡を行う。 	
	病院担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・退院見込み日が決まり次第ケアマネジャーに連絡する。見込み日の変更される場合も速やかに連絡をする。 	
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・病院からの情報を得て、在宅での生活につなげる準備を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定必要とされた時には市町村へ申請を行う。 ・担当ケアマネジャーの決定 かかりつけ薬局の決定。

ケアマネジャーがいる状況での役割

退院調整時	本人	入院前から状況変化を認識。
	病院担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・退院カンファレンスの開催 ・病院担当者はケアマネジャー、訪問診療医、訪問看護師、歯科、薬局、福祉用具事業者等、関係者に対して会議への参加を依頼する。
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決める。
退院時	本人	看護サマリー等を受け取った場合には、ケアマネジャーへ速やかに渡す。
	病院担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・看護サマリー等をケアマネジャーに提供する。 ・かかりつけ医へ、診療情報提供書を作成する。(家族・患者経由での提供可) ・医療系サービス必要時、指示書等を居宅サービス事業所(ケアマネジャー、サービスが決まっている場合には、訪問看護等事業所)へ提供 ・転院時には、転院先に情報提供を行い、家族、ケアマネジャーに連絡する。

	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・受診日等を確認。 ・医療系サービスの指示があった場合、指示を出した医師にケアプランを交付する。
	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供書の收受。
	薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬カレンダーの提案、内服薬の調整。
	訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護指示書・退院後治療方針の確認。 ・在宅療養環境および介護体制について家族およびケアマネと確認。 ・退院後必要な医療的ケアの家族への指導状況の確認と在宅用医療機器及び衛生材料の準備状況確認。 ※ケアの空白期間を作らないよう退院後初回訪問日を決定する。
退院後の連携	病院担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・継続受診者における状態変化や受診中断等を把握した場合、必要に応じてケアマネジャーおよび訪問看護に情報を提供する。
	訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> ・受診時に医師に状態を伝えることが困難な患者の支援（受診日前に FAX 等で情報を伝える、当日医師宛の文書を持参してもらう等）。 ・医療連携室との連携。 ・外来看護師、中でも認定看護師などとの連携。
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの交付：関係機関、関係者（患者・家族、かかりつけ医、居宅サービス事業所、病院、歯科、薬局等）に提供する。 ・退院後の生活状況を医療機関、歯科、薬局等へ情報提供する。（必要時に概ね1か月後）
	薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・内服状況の確認、医師、看護師、ケアマネジャー等に連絡する。
	歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ歯科がない場合、在宅歯科医療推進窓口・支援窓口、在宅歯科医療連携室へ相談、訪問歯科医を紹介してもらう。 ・かかりつけ歯科がある場合には、訪問歯科診療を依頼し、口腔健康管理をして早期回復を目指す。 ・退院後の患者情報はケアマネジャーを通して共有し、早期回復のため口腔健康管理に努める。

3.病院における入退院支援・調整プロセスと連携

表 2 病院における入退院支援・調整プロセスと連携

	患者・家族	医師	看護師	MSW	リハビリ	薬剤師・他
退院支援 導入期	入院前	入院診療計画の提示 (クリニカルパス)		医療費の説明		
	入院	診療 入院診療計画指示 (依頼)	退院支援スクリーニング 情報共有 療養支援開始	退院支援スクリーニング 情報共有 療養支援開始	退院支援スクリーニング 情報共有 療養支援開始	管理栄養士による 相談・指導 薬剤師による 管理・指導 介護士による生活 援助
チーム アプローチ 期			初期看護計画 予防・生活援助・指導	退院支援スクリーニング	リハビリテーション総合実施 計画 リハビリテーション指導	
			入退院支援に必要な情報の共有/入退院支援シートの活用			
			必要時、入退院支援調整看護師の介入			必要時に各専門医療チームに介入
	患者・家族と退院支援計画の合意形成を開始					
		指示 ・介護支援連携指導 ・退院時共同指導				
	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種カンファレンス (スクリーニング情報共有・方針統一) ・各診療科カンファレンス (入退院支援の進捗状況) ・担当者カンファレンス 					
地	療養場所の					

地域との 連携調整 期	療養場所の 決定		退院指導	社会資源の紹介	退院時リハビリテーション指導 (環境調整・指導)	
			家屋調査・指導 (退院前訪問指導)			
	退院前カンファレンス・ケアマネジャーとの連携 (2回目) 在宅ケアスタッフとの連携 患者・家族との合意形成					
		診療情報提供書 訪問看護指示書 退院療養計画書	看護サマリー		リハビリサマリー	薬剤情報提供書
フィードバック						

出典：A 病院提供資料

4.留意点

1) 退院時の支援における要介護認定申請に関連する留意事項

- 入院期間の短縮化に伴い、退院後すぐに介護サービスを利用できるようにと入院中のうちに介護保険の認定の申請手続きを家族に進める傾向がある。しかしながら手続きは急性期を過ぎてから進めることが原則となっている。
- 退院後の介護サービスの利用は介護認定の申請日に遡って利用が可能となっているが、市町村としては、急性期の治療が終了し、病状が安定したうえで介護保険の対象であると見通しが立ってから認定調査が行われる流れであることを病院担当者、ケアマネジャーも理解しておくべきである。
- 患者の状態の変化は予測できるもの、予測できないもの、また要介護、要支援のはざまにある患者では、認定結果の予測は難しい点があることも留意しておく必要がある。
- 入院中に要介護認定の申請が必要と判断されても、入院中に要介護認定の申請が行われないケースや、認定結果が降りる前に退院となるケースがある。その場合においても退院時に担当ケアマネジャーを選定することができる。ただしそのケースにおいては病院側から担当ケアマネジャーへ患者情報を提供できないこともあるため留意しておくこと。
- 看取り期は条件により、医療保険による訪問看護サービスを利用できるが、福祉機器貸与等生活環境の調整が必要な場合には、介護保険における要介護認定および介護度によって適否があることを留意しておく。
- 予防給付、介護給付の違いにより、支給限度額が異なり、サービス導入も異なることをケアマネジャーのみならず病院担当者も知っておくこと。

2) 訪問看護利用時の医療保険・介護保険の適用条件について

訪問看護は患者の疾患や状態によって、介護保険か医療保険のいずれかでサービスを提供します。どちらの適用になるかは、診療報酬のルールがありそれに従わなくてはなりません。退院時の状況について訪問看護指示書の内容が判断の根拠となりますので、患者の状態に関する必要事項が書かれていることをご確認ください。

例) がん患者の訪問看護指示書の診断名に末期やターミナルの文言があれば医療保険、なければ介護保険であること等

図5に、訪問看護利用時の医療保険・介護保険の適用条件について示します。

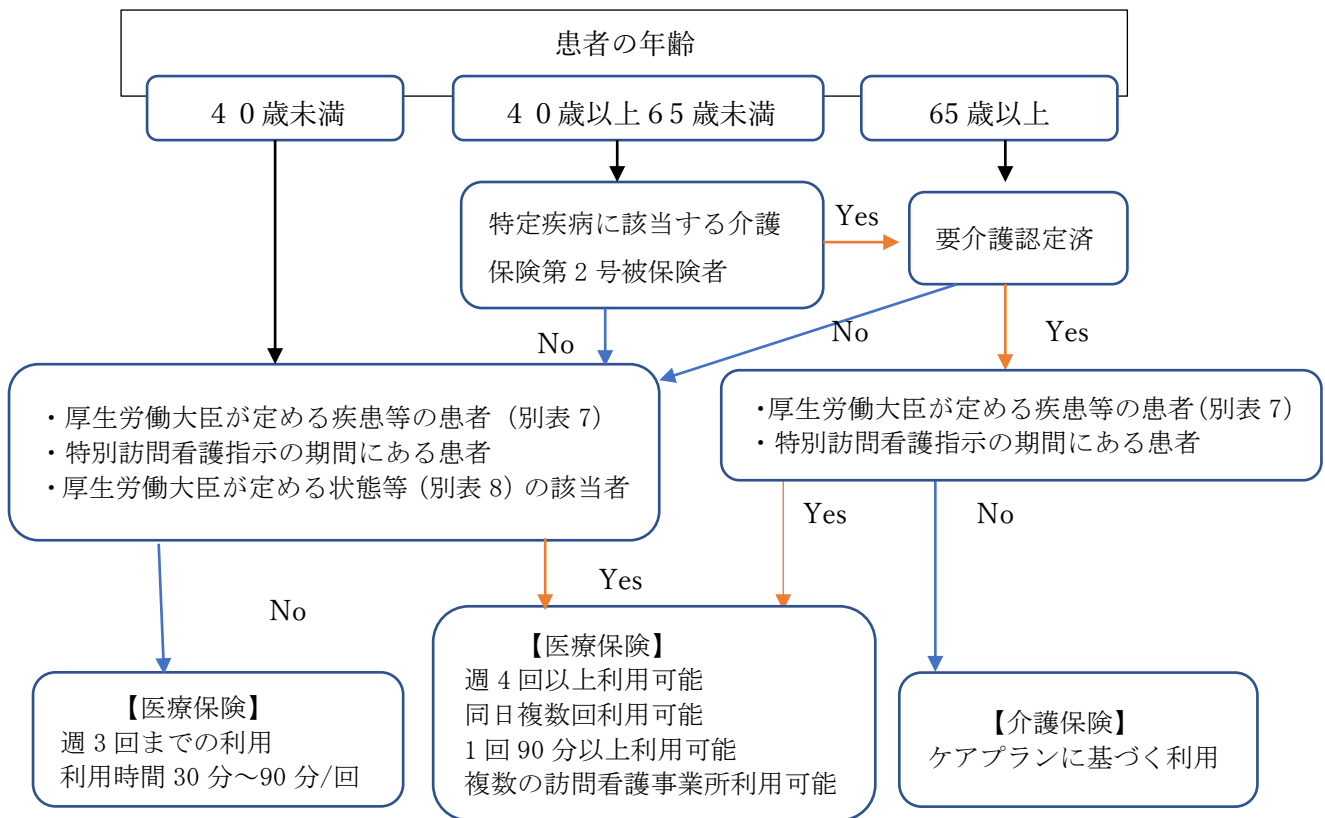


図5 訪問看護利用時の医療保険・介護保険の適用条件のフロー

なお、「特定疾病」については、40歳以上65歳未満の方における介護保険申請できる疾病であり、下記の16疾病が対象です。

- ① 末期がん
- 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
- ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
- 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、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
- 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 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

また、「厚生労働大臣が定める疾病：別表7」では、以下20の疾病が記されています。

- ① 末期の悪性腫瘍
- ② 多発性硬化症
- ③ 重症筋無力症
- ④ スモン
- ⑤ 筋萎縮性側索硬化症
- ⑥ 脊髄小脳変性症
- ⑦ ハンチントン病
- ⑧ 進行性筋ジストロフィー症
- ⑨ パーキンソン病関連疾患
- ⑩ 多系統萎縮症
- ⑪ プリオン病
- ⑫ 亜急性硬化性全脳炎
- ⑬ ライソゾーム病
- ⑭ 副腎白質ジストロフィー
- ⑮ 脊髄性筋萎縮症
- ⑯ 球脊髄性筋萎縮症
- ⑰ 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ⑱ 後天性免疫不全症候群
- ⑲ 頸髄損傷
- ⑳ 人工呼吸器を使用している状態

このように、「特定疾病」と「別表 7」の疾病は一部重複しているため、医療保険の適用か介護保険の適用かは全体のフローと指示書の疾病の突き合せをしたうえで確認ください。

また、厚生労働大臣が定める状態等（別表 8）は以下の通りです。

- ① 在宅悪性腫瘍患者指導管理もしくは、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、または気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- ② 在宅自己腹膜還灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導、または在宅肺高血圧疾患患者指導管理を受けている状態にある者
- ③ 人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある者
- ④ 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- ⑤ 点滴注射を週 3 回以上行う必要があると認められる者

ここで、要介護認定を受けた方は、厚生労働大臣が定める状態等（別表 8）の該当者であっても、上記の別表 7 に該当するか特別指示がない限り、介護保険の対象となります。