

南埼玉郡市 入退院支援ルール

久喜市 蓮田市 白岡市 宮代町



「南埼玉郡市入退院支援ルール」はこの地域に住む要介護・要支援者が、入退院の際に必要な医療・介護のサービスを切れ目なく受けられるよう、入退院に関わる医療介護従事者がその情報を共有し、連携を深めるためのルールです

目次

- 南埼玉郡市入退院支援ルール・・・・・・・・・・ 2～3
- 南埼玉郡市入退院支援の流れ・・・・・・・・・・ 4～5
- 入退院支援における連携・調整に関する
診療報酬・介護報酬・・・・・・・・ 6
- 通院・入院時あんしんセット・・・・・・・・・・ 7
- 連携にあたってのマナー・エチケット・・・・・・・・ 8

南埼玉郡市入退院支援ルール

(1) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっている場合

(注) 下線の項目は、大切な役割を表記しています。また、表中のケアマネジャーの表記は、「ケアマネ」と略しています。

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ薬局・歯科の役割	本人・家族の役割
	通院・入院時あんしんセットの準備を本人や家族へ依頼 ケアマネの名刺・健康（介護）保険証・診察券・お薬手帳・事前意思表示書			通院・入院時あんしんセットの準備が望ましい
在宅時	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医（在宅医）の役割 ①受診中断や状態の変化があった場合は、ケアマネへ情報提供 ②入院時に診療情報提供書の作成 	<ul style="list-style-type: none"> 日頃から本人・家族に入院の際は、ケアマネに連絡を依頼 日頃から本人・家族に居宅サービス事業所に入院した事実を把握した場合は連絡を依頼 	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明 成人歯科検診を奨励（往診時に状態把握しやすいため） 	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソン（主に本人に関わってくれる家族）を決定
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> 概ね3日以内に「通院・入院時あんしんセット」等により介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村（保険者）に確認するよう依頼 かかりつけ医・薬局・歯科の有無を確認 概ね3日以内にケアマネに連絡（家族へ依頼も可） *連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス事業所はケアマネに入院の電話連絡。ケアマネは訪問看護師へ電話連絡（利用がある場合） ケアマネ及び訪問看護師は連絡を受けてから概ね3日以内に利用者情報提供書等を郵送又は電話連絡の上、持参 *FAXの場合は個人情報保護に留意 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>ケアマネは、退院支援を行うために入院前の生活の状況など必要な情報を積極的に伝えましょう</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅時の服薬等の情報提供 入院先の歯科口腔外科に引継 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネに連絡 病院へ担当ケアマネを連絡 可能であれば、居宅サービス事業所、主治医、かかりつけ歯科医に連絡（ケアマネと調整）
入院中	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネに入院中の様子を情報提供 外泊の場合はケアマネに電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面接（訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整） 	<ul style="list-style-type: none"> （入院先へ口腔内状況評価（病院アセスメント）） （入院先へ訪問歯科診療） 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活意向を家族内で意思統一 外泊の場合はケアマネに連絡
退院見込	<ul style="list-style-type: none"> 退院見込日が決まり次第（できれば1週間前までに）ケアマネに電話連絡 *後日、退院見込日に変更がある場合はすみやかに電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス事業所等に退院見込日等の情報を電話連絡などして、情報を共有。 		<ul style="list-style-type: none"> ケアマネに連絡
退院調整	<ul style="list-style-type: none"> 入院前と状況の変化（新たなサービス利用等）がある場合は退院調整会議開催（退院予定日、福祉用具や住宅改修・義歯等の調整・服薬管理・医療系サービスの必要性の検討等） ケアマネ・訪問診療医・訪問看護師・歯科・薬局等に対して会議への参加を依頼 ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定 			
退院時	<ul style="list-style-type: none"> 看護情報提供書等をケアマネ、訪問看護師に提供（患者・家族へ依頼も可） 医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供 	<ul style="list-style-type: none"> 次回受診日等を確認 	<ul style="list-style-type: none"> 配薬カレンダーの提案や内服のアドバイス 	<ul style="list-style-type: none"> 看護情報提供書等をケアマネに提供
(転院時)	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネに連絡（家族へ依頼も可） 転院先に情報提供 			<ul style="list-style-type: none"> ケアマネに連絡
退院後	<ul style="list-style-type: none"> 継続受診者で状態の変化や受診中断等があった場合は、ケアマネに情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ケアプランを患者・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 退院後の生活状況を病院（※）、歯科、薬局等へ情報提供 ※医療機関へモニタリング結果をフィードバック（1か月後）（医療機関のニーズがある場合） 	<ul style="list-style-type: none"> 薬局は内服の状況を確認し、問題があればケアマネに連絡 <かかりつけ歯科あり> 家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施 <かかりつけ歯科なし> 在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口が窓口となり、歯科医を紹介 	

(2) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっていない場合

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ薬局・歯科の役割	本人・家族の役割
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> 概ね3日以内に、患者・家族への聞き取りや介護保険証等により、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村（保険者）に確認するよう依頼 		<ul style="list-style-type: none"> 在宅時の服薬等の情報提供 入院先の歯科口腔外科に引継 	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソン（主に本人に関わってくれる家族）を決定
入院	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整が必要な患者の目安（下表）に該当するか確認 患者・家族に介護保険制度について説明 保険者（市町村の介護保険担当窓口）と相談し、本人・家族によるケアマネの選定と要介護認定申請を支援 患者・家族の了解を得て、下記に電話連絡 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>【退院調整が必要な患者の目安】</p> <p>アに該当 →居宅介護支援事業所へ</p> <p>イに該当 →地域包括支援センターへ</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて理学療法士等が家屋調査実施 	<ul style="list-style-type: none"> 病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面接（訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整） 病院担当者と連携し、介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援 医療依存度の高い患者の場合は訪問看護等の医療系サービスの利用を検討 家屋調査に同行 	<ul style="list-style-type: none"> （入院先へ口腔内評価（病院アセスメント）） （入院先へ訪問歯科診療） 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活意向を家族内で意思統一 担当ケアマネ決定 要介護認定申請 かかりつけ薬局決定
以降は「入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ手順				

【退院調整が必要な患者の目安】

ア 退院調整が必要な患者 (要介護相当)

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要
- ②食事及び口腔ケアに介助が必要
- ③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ④日常生活に支障を来すような症状がある認知症
- ⑤医療処置が必要な患者（がん末期、感染症、褥そう、在宅酸素等）
- ⑥入浴・更衣に介助が必要
- ⑦内服管理に介助が必要
- ⑧入退院を繰り返している
- ⑨入院前より日常生活に支障を来している
- ⑩福祉用具・住宅改修等環境整備が必要

イ 左記以外で地域の見守り等が必要な患者 (要支援相当)

- ①独居で調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要
- ②家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要
- ③日常生活は、ほぼ自立しているがん患者などで、新たに医療処置が必要又は見込まれる
- ④日常生活は、ほぼ自立している認知症
- ⑤65歳以上で精神・知的障害がある
- ⑥5種類以上の薬を内服していて自己管理が難しい
- ⑦買い物や通院の支援が必要

【共通項目】

- 栄養指導、食事療法（食事形態、塩分・水分・摂取カロリー等）、体重管理が必要
- 虐待の疑いがある
- 生活困窮者

1項目でも当てはまれば
居宅介護支援事業所に連絡

1項目でも当てはまれば
地域包括支援センターに連絡
(アカイで判断に迷う場合も含む)

日頃からの準備

通院・入院時あんしんセットの準備
(関係者全員で準備を依頼する)

【ケアマネ】
○本人・家族に
入院の際はケアマネに連絡を依頼



- ・ケアマネの名刺
- ・健康（介護）保険証
- ・診察券
- ・お薬手帳
- ・事前意思表示書

在宅

入院の連絡・
情報提供

概ね3日以内

入院



【病院担当者】

○介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族へ市町村（保険者）に確認するように依頼
○概ね3日以内にケアマネに連絡

【ケアマネ及び訪問看護師】

○利用者情報提供書等を郵送又は電話連絡の上、持参
退院支援を行うために入院前の生活の状況など必要な情報を積極的に伝えましょう

【本人・家族の役割】

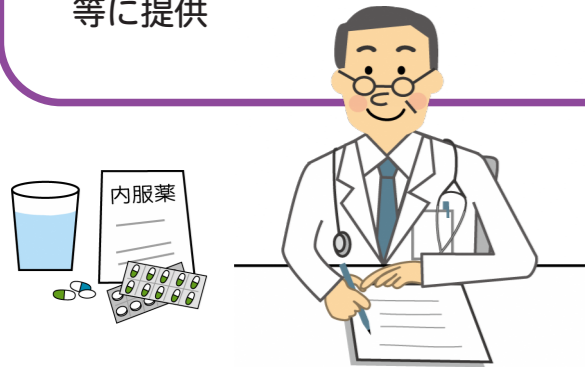
○ケアマネに連絡
○病院へ担当ケアマネを連絡



退院時の
情報提供

退院後

【病院担当者】
○看護情報提供書等をケアマネ、訪問看護師に提供
【ケアマネ】
○ケアプランを患者・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



入院中

【病院担当者】

○ケアマネに入院中の様子を情報提供

【ケアマネ】

○病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面接



入院中の連携

退院前調整

退院

退院一週間前程度

【病院担当者】
○入院前と状況の変化（新たなサービスの利用等）がある場合は退院調整会議開催
【ケアマネ】
○ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定



退院見込み

退院見込み

【病院担当者】

○退院見込みが決まり次第（できれば1週間前までに）ケアマネに電話連絡

※ケアマネがない場合

○退院調整が必要な患者の目安に該当するか確認
○患者家族に介護保険制度について説明
○患者・家族の了解を得て、下記に電話連絡
ア：退院調整が必要な患者（要介護相当）
…居宅介護支援事業所へ
イ：地域で見守り等が必要な患者（要支援相当）
…地域包括支援センターへ

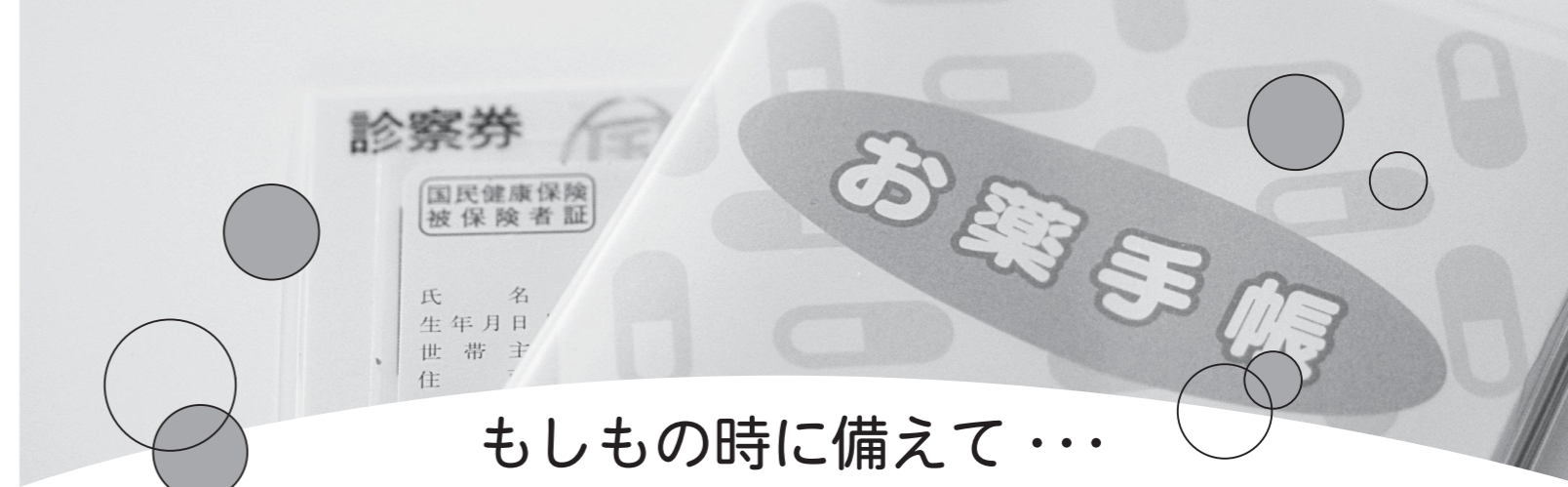
< [参考] 入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬 >

主な関係報酬のみを掲載しています。また、算定にあたっては最新の算定要件・施設基準を確認してください。

(令和4年4月時点)

	ケアマネジャー	病院	在宅医・薬局等	訪問看護ステーション
入院前 ↓ 入院時	入院時情報連携加算* (I) 200 単位 入院後 3 日以内に情報提供 (II) 100 単位 入院後 7 日以内に情報提供	入院時支援加算1 230 点 入院時支援加算2 200 点 入退院支援加算1 一般 700 点 療養 1,300 点 25 以上の関係機関との連携・3 回 / 年以上の関係機関との面会 (オンラインも可) 入退院支援加算 2 (上記以外) 一般 190 点 療養 635 点 総合機能評価加算 50 点 小児加算 (15 歳未満) 200 点 地域連携診療計画加算 300 点	服薬情報提供料 50 点 (診療情報提供料 (I)) 療養情報提供加算 50 点 入院にあたって訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供	訪問看護情報提供療養費 3 1,500 円 (医) 入院にあたって情報提供する医療機関に対する情報提供
入院中 ↓ 退院前	退院・退所加算* カンファあり 連携 1 回 600 単位 連携 2 回 750 単位 連携 3 回 900 単位 カンファなし 連携 1 回 450 単位 連携 2 回 600 単位	介護支援等連携指導料 400 点 ケアマネジャー等との連携 退院前訪問指導料 580 点		
退院時		退院時共同指導料 2 400 点 カンファレンス 3 者以上と共同指導する場合 2,000 点加算 在宅医が参加する場合 300 点加算 退院時リハビリテーション指導料 300 点 退院時薬剤情報管理指導料 90 点	退院時共同指導料 1 在支診 1,500 点 それ以外 900 点 病院でのカンファレンス	退院時共同指導加算 8,000 円 (医) 600 単位 (介) 病院でのカンファレンス
		診療情報提供料 (I) 250 点 連携強化診療情報提供料 150 点		
退院後		退院後訪問指導料 580 点 訪問看護師が同行する場合 20 点加算		

* 介護予防支援、小多機、看多機においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

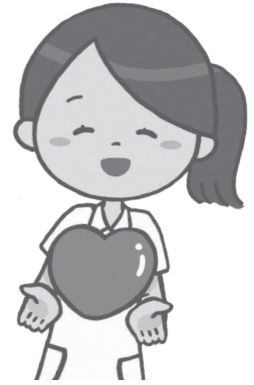


もしもの時に備えて...

「通院・入院時あんしんセット」

を準備しておきましょう

- 通院や急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- 退院予定や転院が決まったときにも、必ずケアマネジャーに連絡してください。



通院・入院時あんしんセット

(準備したら○をしましょう)



①医療保険証	○
②介護保険証	○
③ケアマネジャーの名刺	○
④お薬手帳	○
⑤かかりつけ医の診察券	○
⑥私の意思表示ノート (書いている場合)	○
⑦ご家族の連絡先など	○



連携は、心配り (思いやり・歩み寄り・対話)から

連携にあたっての マナー・エチケット

○お互いに思いやりを持ち丁寧な対応を心がけましょう

職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります
お互いの専門性や各職種の立場を理解し、丁寧な対応を心がけましょう

○お互いの視点を大切にわかりやすく相手に伝えましょう

相手が必要としている情報をなるべく専門用語を使わずに提供しましょう

○他の職種と連携を取る時にはどの程度急ぐ用件か 相手に伝えましょう

南埼玉都市医師会管内医療機関窓口一覧



久喜市



蓮田市・白岡市・宮代町

お問い合わせ

南埼玉都市在宅医療サポートセンター

0480-23-8044 (平日9時～17時)

