

「八戸地域保健医療圏域における 病院とケアマネジャーの 入退院調整ルール」手引き 改訂について

三八地域県民局地域健康福祉部
保健総室(三戸地方保健所) 健康増進課

本日の内容

- 入退院調整ルール的位置付け
- 当圏域の入退院調整ルールについて
- 関係機関等一覧（入退院調整ルールの手引き）について
- 入退院調整ルールの運用状況に係る周知について
（入退院調整ルール運用レポート）
- 参考資料（入退院調整ルールの手引き）について
- 次年度以降のスケジュールについて

入退院調整ルール的位置付け

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



青森県の各種計画における位置付け

あおり高齢者 すこやか自立プラン2024

第10期青森県老人福祉計画
第9期青森県介護保険事業支援計画
第6期青森県介護給付適正化計画

令和6年3月
青森県

(3) 在宅で生ききるためのケアの拡充

① 在宅医療の推進

現状と課題

高齢化の進展に伴い、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が進んでいます。

在宅医療は、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの構築に不可欠な構成要素です。

また、現実として、介護施設等で最期を迎える方が増えていることから、在宅医療等に関わる機関が介護施設等による看取りを必要に応じ支援するとともに、本人も家族も望まない延命につながりかねない救急搬送を減らすために、施設等自らも職員の看取り対応力を強化する必要があります。

具体的施策

- 在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション及び薬局の拡充を図るとともに、地域包括支援センターや介護事業者等の連携による医療提供体制を強化します。
- 多職種連携による包括的な支援体制の担い手育成を支援します。

- 医療関係者と介護支援専門員が患者の入退院時の情報を共有し、入退院後の医療・介護サービスの事前調整を行う「入退院調整ルール」の運用について、課題を抽出し解決策を検討するための会議を圏域ごとに開催することで市町村を支援します。

第1章 医療連携体制の構築

第12節 在宅医療対策

第2 施策の方向

1 施策の方向性

(1) 医療機能毎の施策の方向性

① 退院支援

円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制を構築します。

(施策)

- ・入院医療機関における退院支援担当者の配置を促進します。(入院医療機関)
- ・退院後、患者に起こり得る病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で在宅医療に係る関係機関との十分な情報共有を図るよう努めます。(入院医療機関)
- ・退院調整が必要な全ての患者へ退院調整が確実に行われるように入退院調整ルールの適用を促進します。また、退院元の医療機関と関係機関の連携により、切れ目のない継続的な医療体制の構築を推進します。(県、市町村、地域包括支援センター、医療機関、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所)

第8次

青森県保健医療計画

(計画期間 令和6年度～令和11年度)

青森県

青森県における在宅医療・介護連携推進事業 (入退院調整ルール)の動向

年・年度	動 向
H26年	<p>介護保険法改正 ⇒H27年度から市町村が行う事業として、地域支援事業の中に位置づけられ、H30年度には全市町村での実施が求められた。</p>
H27年度	<p>国のモデル事業に青森県が参加。(弘前保健所) ⇒津軽圏域で入退院調整ルールを策定(H28年度～運用)</p>
H28年度	<p>青森、西北、上十三圏域で入退院調整ルールを策定。(H29年度～運用)</p>
H29年度	<p>八戸、下北圏域で入退院調整ルールを策定。(H30年度～運用)</p>
H30年度 ～ R2年度	<p>あおり高齢者すこやか自立プラン2018(第7期介護保険事業支援計画)の目標値に「入退院調整率」が設定される。 ※目標値80% ⇒R2年度で目標値を達成し、目標値としての設定は終了</p>
R3年度～	<p>各圏域の実情に合わせて、入退院調整ルールの見直し、入退院調整率の把握を実施。</p>

八戸圏域における在宅医療・介護連携推進事業 (入退院調整ルール) の取組経過

年・年度	動向	会議開催 (参集範囲)	入退院調整率 の把握
H29年度	入退院調整ルールの 策定 。 ⇒策定済みの津軽圏域の入退院調整ルールをたたき台として検討。	○ 〔市町村担当者、全病院 ケアマネ代表者〕	○
H30年度	・入退院調整ルール運用開始。 ・入退院調整ルールの 改定 。 ルール対象者の再確認、圏域をまたぐ病院の取り扱いの確認、 入院時情報提供シートのFAXでの受け取り可能な病院の明確化、様式の修正	○ 〔市町村担当者、全病院 ケアマネ代表者〕	○
H31年度	・入退院調整ルールの 改定 。 転院時の入院時情報提供シートの取り扱いについて整理 各病院内での入退院調整ルールの周知方法について情報交換	○ 〔市町村担当者、全病院 ケアマネ代表者〕	○
R2年度	・入退院調整ルールの窓口 修正	—	○
R3年度	・入退院調整ルールの窓口 修正	—	—
R4年度	・入退院調整ルールの窓口 修正	○ 〔市町村担当者〕	—
R5年度	—	○ 〔市町村担当者、ケアマネ協会〕	—
R6年度	・入退院調整ルールの 改定 。 ルール対象者の再確認、圏域をまたぐ病院の取り扱いの確認、 入院時情報提供シートのFAXでの受け取り可能な病院の明確化、様式の修正	○ 〔市町村担当者、全病院 ケアマネ代表者〕	○

令和6年度の病院・ケアマネへの調査の概要

	病院	ケアマネ
目的	平成29年度に策定した「入退院調整ルール」について、運用後の現状及び課題を把握するため	
調査対象	圏域内の全26病院	圏域内の地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所※ に所属する全てのケアマネジャー） ※対象施設 144ヶ所 ※居宅介護支援事業所、小規模多機能居宅介護支援事業 所、看護小規模多機能居宅介護支援事業所
調査実施	令和6年8月	
調査対象期間	—	令和6年6月1日～6月30日 (令和6年6月分の入退院した利用者)
調査内容	<ul style="list-style-type: none"> (1) 入退院調整ルールの運用状況 <ul style="list-style-type: none"> 1) ケアマネから入院時情報提供シートがルールどおりに情報提供された割合 2) 患者の転院時に、入退院調整ルールに従って、入院時にケアマネから提供された「入院時情報提供シート」を貴院から転院先へ送付している割合 3) 院内での入退院調整ルールの周知状況 4) 院内での入退院調整ルールの周知方法 5) 入退院調整ルールの運用に関する課題 6) 入退院調整ルールの運用後、担当ケアマネとの連携に関してうまくいっていること (2) 入退院調整ルール及び様式の課題や修正点 (3) 入退院調整ルールに沿ってケアマネと連絡を取り合う上で不足している情報等 (4) 入退院調整ルールとその運用状況に対する意見・感想など 	<ul style="list-style-type: none"> (1) ルールの活用及び遵守状況 (2) 入退院時の病院との連携のうち、課題やうまくいっている点 (3) 入退院調整ルール及び様式の課題や修正点 (4) 入退院調整ルールの手引き掲載の関係機関一覧において、病院と連絡を取り合う上で不足している情報 (5) 入退院調整ルールとその運用状況に対する意見・感想 (6) 6月末の担当ケース数 (7) 6月中に入院した件数及び病院に入院情報提供書を送付した件数 (8) 6月中に病院から退院した件数及びケースごとの詳細
回答数	圏域内の全26病院	回答施設 132/144施設、289人 10

当圏域の 入退院調整ルールについて

令和6年度の改定について

○入退院調整ルール

- ・ ルールに記載されている基本事項（入退院調整が必要な患者の基準、病院とケアマネジャーの役割、運用にあたっての補足）は変更なし。
- ・ 様式（「入院時情報提供シート」と「退院調整時間き取りシート」）は**一部変更**。

○関係機関等一覧

項 目	修正内容
病院相談窓口一覧	<ul style="list-style-type: none">・ 令和6年11月1日現在の情報に修正・ 電話・FAX以外の入院時情報提供シートの受け取りや土日の受け取りができる場合に明記・ 土日祝日の電話連絡対応が可能な場合に明記
病院機能等一覧	・ 令和6年11月1日現在の情報に修正
市町村担当課一覧	
地域包括支援センター一覧	
居宅介護支援事業所一覧	

○参考資料

- ・ 連携に関わる診療報酬・介護報酬の報酬改定に合わせて**修正**。

1. 入退院調整ルールの趣旨

医療と介護が連携を図ることにより、病院から地域へシームレスな在宅移行ができ、**介護が必要な方が、安心して病院への入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的**に、病院とケアマネジャー間の入退院調整ルールを策定し、その活用方法について記載したものである。

2. 入退院調整ルールを利用する機関

青森県八戸地域保健医療圏域（八戸市、おいらせ町、三戸町、五戸町、田子町、南部町、階上町、新郷村）の

病院、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所
（小規模多機能型・看護小規模多機能型を含む）。

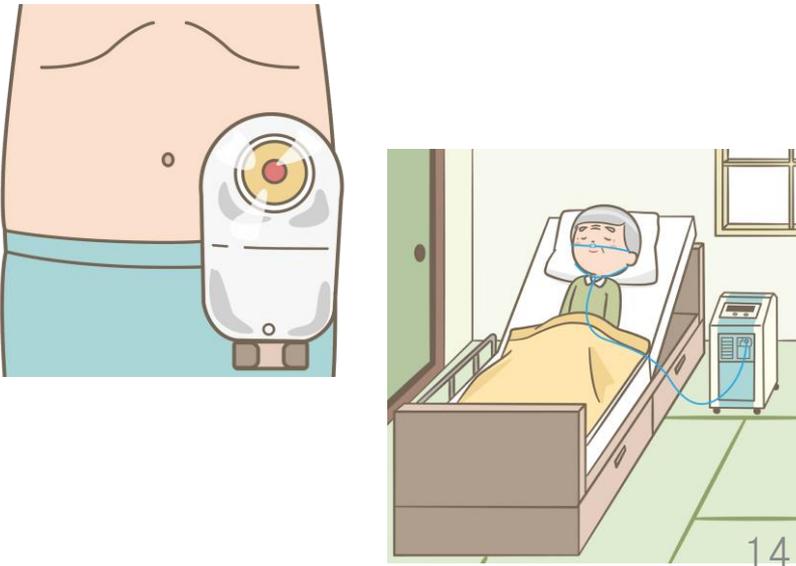
- ・有床診療所は対象外
- ・圏域外の医療機関への入退院の場合は、各施設の所在する圏域のルールを適用する。



3. 入退院調整ルールの対象者

既に**介護認定を受けていて担当ケアマネがいる方は、全員を対象**とする。

また、新たに介護保険申請をする方は、下記「入退院調整が必要な患者の基準」に当てはまる方を対象とする。 ※総合事業を利用する事業対象者も含む

(1) 必ず退院調整が必要な患者(要介護レベル)	(2) それ以外で見逃してはいけない患者(要支援レベルの一部)
① 立ち上がりや歩行に介助が必要な患者	<ul style="list-style-type: none"> ・独居もしくは協力者がいないため援助が必要な患者 ・キーパーソンに問題がある患者 ・家族が介護困難、介護協力のない患者 ・独居や高齢世帯の患者 ・家族の理解力が低い患者
<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活動作に介助が必要な患者 ・入院後ADLが低下している患者 	
② 食事に介助が必要な患者	
<ul style="list-style-type: none"> ・食事に注意が必要な患者 	
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の患者	
<ul style="list-style-type: none"> ・バルンカテテル交換の必要な患者 ・ストーマ、自己導尿の患者 	
④ 日常生活に支障をきたすような症状の認知症の患者	
<ul style="list-style-type: none"> ・精神的な面での問題行動のあった患者 ・認知機能の低下のみられる患者 ・認知面で生活能力に不安のある患者 	
⑤ 医療処置が必要な患者	
<ul style="list-style-type: none"> ・感染症のある患者・医療処置や療養上の注意の必要な患者(インスリンや床ずれ、在宅酸素など) ・床ずれ等皮膚疾患のある患者 ・末期がん患者 	

4. 入退院調整における病院とケアマネジャーの役割

(1) 入院～退院決定まで

① 介護認定がされていて担当ケアマネジャーがいる場合

病院の役割

ケアマネの役割

②

【入院時の基本情報の聞き取り】

- 担当ケアマネの氏名を確認
- 本人・家族にケアマネに入院したことを連絡するよう依頼
- 本人家族が不可能な場合に病院から**必ず直接**ケアマネに連絡

在宅療養

- 担当者の名刺を**介護保険証等に必ず挟む**
- あらかじめ家族に「入院時、**介護保険証を必ず病院に持参し**、ケアマネに連絡する」ことを依頼

①

入院

【入院時情報共有】補足1

- 様式1 入院時情報提供シート(P8)**を作成し、病院への訪問等で提供
- ※できる限り早急に(遅くとも**7日以内**)に、病院の地域連携担当者の都合等を電話等で確認し病院訪問日を調整
- 必要に応じて家族への病状説明に同席できるか確認

③

④

【ケアマネとの面接】

- ケアマネから病院訪問連絡があれば調整
- 「入院時情報提供シート」により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」「在宅サービスの状況」等について聞き取り
- 窓口が連携室でも病棟に情報提供

ケアマネの入院後の病院訪問

【病院訪問】

- 退院見込みが決まったら連絡をもらうよう依頼

⑤

⑥

【外泊・外出】(予定があれば)

- 予定が決まれば家族あるいは病院からケアマネに連絡
- ※可能であれば、病院スタッフにより、自宅でのADLを確認し、住宅改修・福祉用具等の必要性、退院までのリハビリの目標設定などを確認

退院決定まで

【外泊・外出】(予定があれば)

- 病院から日程の連絡をもらい、訪問の調整
⇒ 住宅改修・福祉用具等の必要性・医療措置が必要な時の物品や手順・その他の課題の有無、区分変更の必要性を確認

⑦

②新たに介護保険申請をする場合

病院の役割

①

自宅に退院予定で「退院調整が必要な患者の基準」該当の方

<基準> *詳細はP3

(1) 明らかに要介護だと思われる患者

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要な患者
- ②食事に介助が必要な患者
- 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の患者
- ④日常生活に支障をきたすような症状がある認知症の患者
- ⑤医療処置が必要な患者

(2) 要支援と思われる患者の一部

- ・独居もしくは協力がいないため援助が必要な患者
- ・キーパーソンに問題がある患者
- ・家族が介護困難、介護協力のない患者
- ・独居や高齢世帯の患者
- ・家族の理解力が低い患者

○ご本人・ご家族に介護認定について説明し、申請を勧める。

○病棟または地域連携室から、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ連絡し、今後の対応について協議

(市町村毎の連絡先はP6)

④

【ケアマネとの面接】

○ケアマネの病院訪問があれば情報提供
「これまでの経過と入院理由」「在宅療養に向けてどのようなことが課題と考えられるか」「家族や支援者の状況」等

入院中

ケアマネの役割

② 病院から連絡を受けた、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は、概要を確認したうえで、病院への訪問等対応について検討し返答する

【担当依頼の連絡後】

- 本人家族面談・病院担当者との面談
- ・病状や本人家族の在宅療養についての思い等の聞き取り
- ・介護保険制度やサービスの利用に関する説明
- サービス利用の合意が出来れば契約
(申請中の場合は仮契約、介護認定決定後に本契約)
- ケアプラン原案作成
- サービス調整
- サービス担当者会議

※契約（仮契約）からサービス決定までの期間はサービスの種類、量により変わるが1～2週間必要

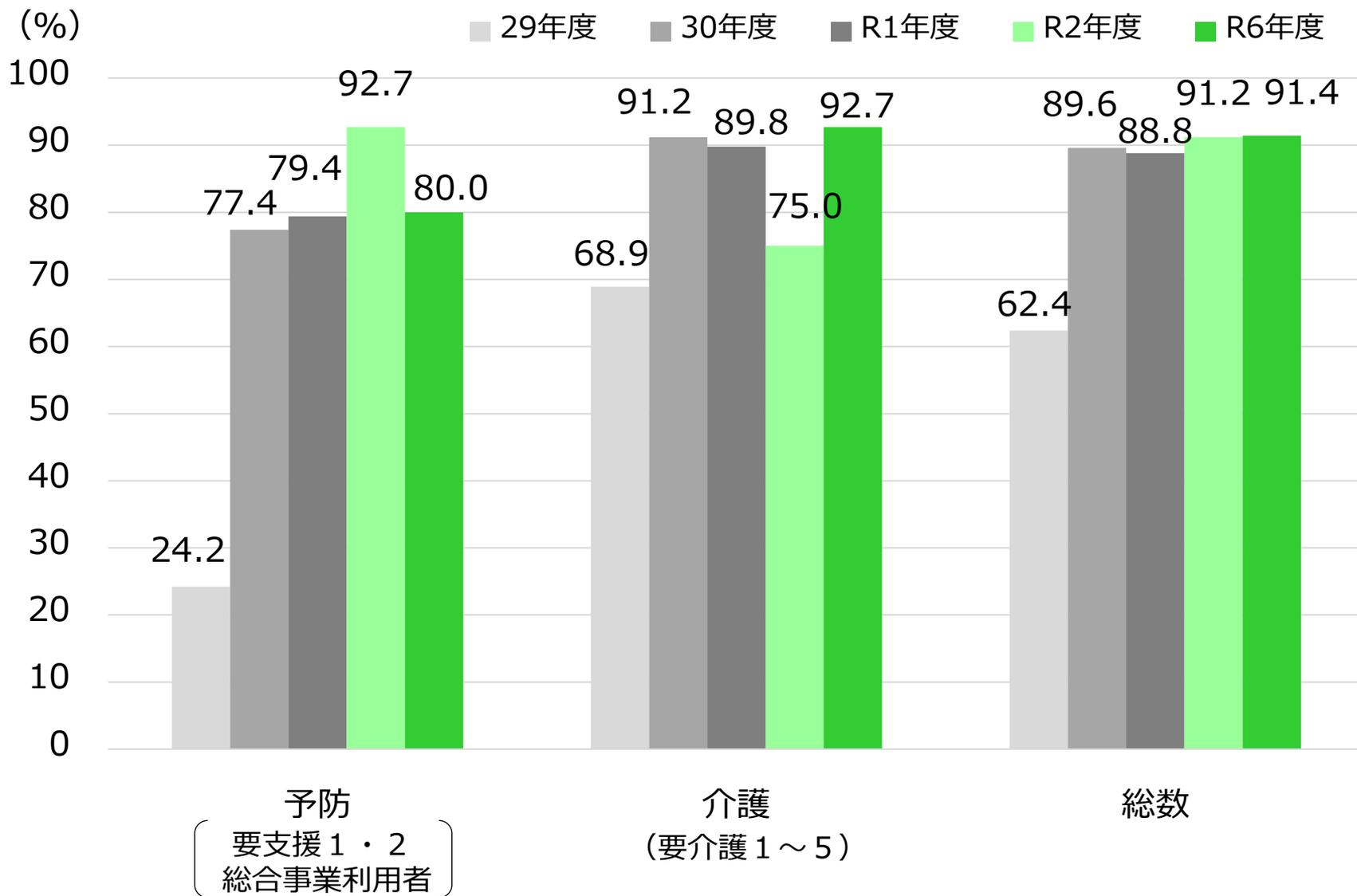
※介護認定の結果が出るまでに約1か月を要する。

※ケアマネ決定が早ければ、次の外泊・外出時訪問から順次調整が進められる

ケアマネの入院後の病院訪問

年度別 入院時情報提供率

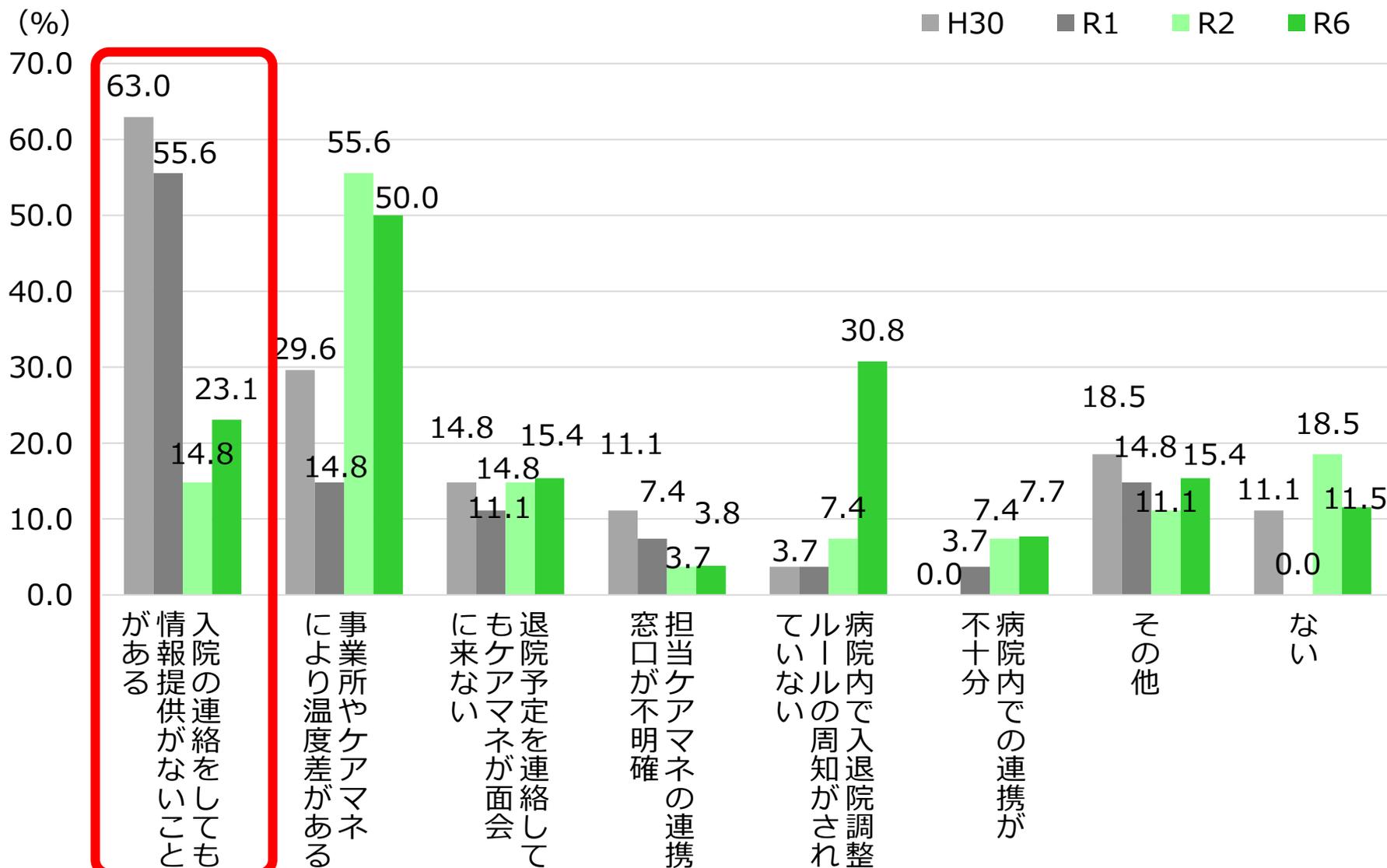
ケアマネアンケート結果より



全体的に、入院時情報提供率は横ばい傾向で、**91%**程度を維持

入退院調整ルールに関する課題（複数回答）

病院アンケート結果より



病院側も、「入院時の情報提供が来ない」という課題は減少している

入院時情報提供に関する工夫 (R6年度病院・ケアマネ協議)



病院

本人・家族がケアマネさんの名前を覚えていない場合もあるため、入院時の聞き取りの際に、「入院したことをケアマネに連絡するように」という小さなチラシを病院で作成し、病棟看護師からご家族へ渡すようにしている。連携室だけでなく、**病棟スタッフにも入退院調整ルールに基づきケアマネとの連携する必要性を意識付けする**ようにしている。

担当している患者さん全員について、普段から入院時情報提供シートに必要な情報を入力しておき、入院時に**すぐ病院へ提出できる**よう事前に準備してある。

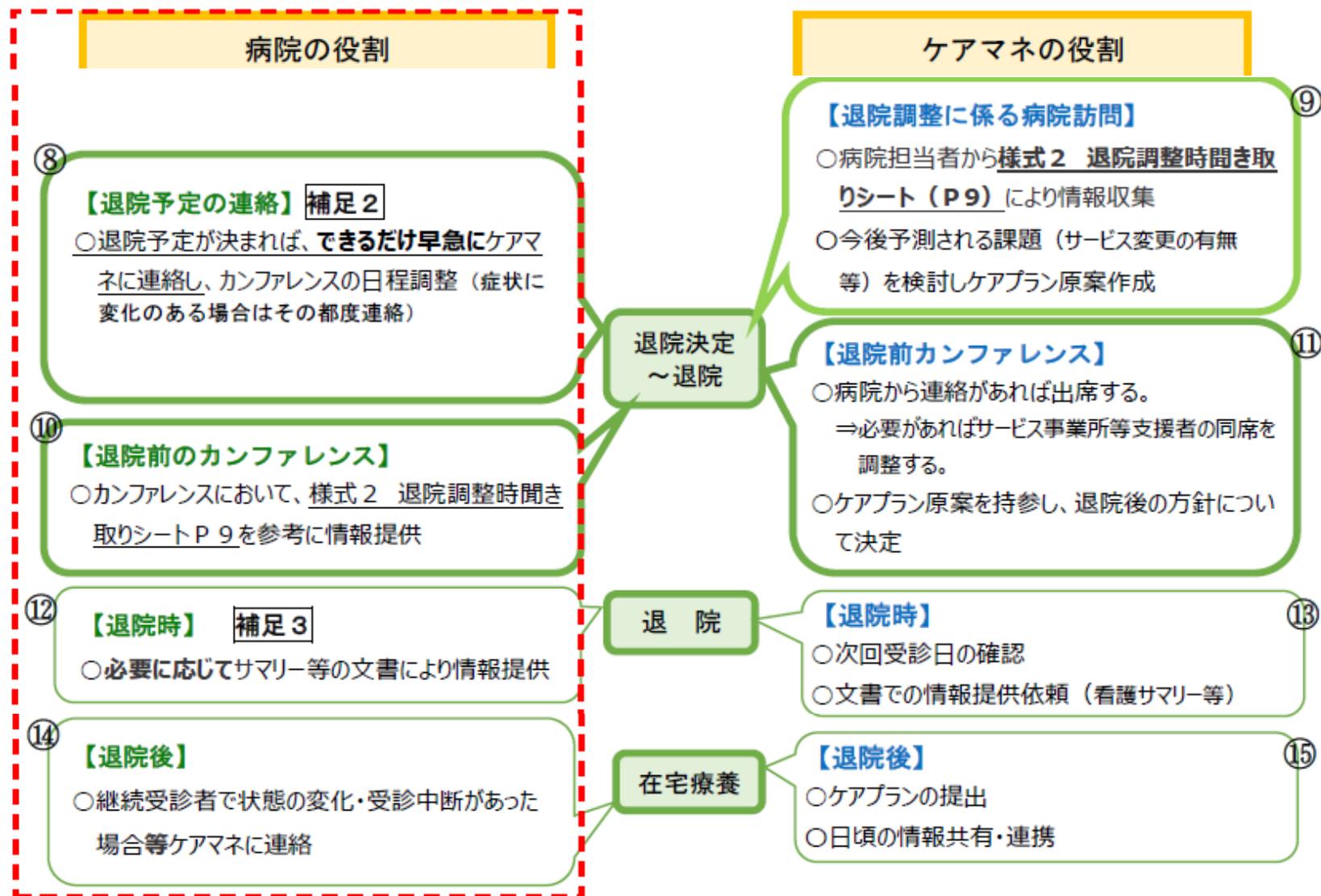
ケアマネの名前を認識してもらい、入院した旨の報告連絡を速やかにもらうためにも、**「介護保険証にケアマネの名刺を挟む」という基本**を改めてケアマネに周知した方が良い。



ケアマネ

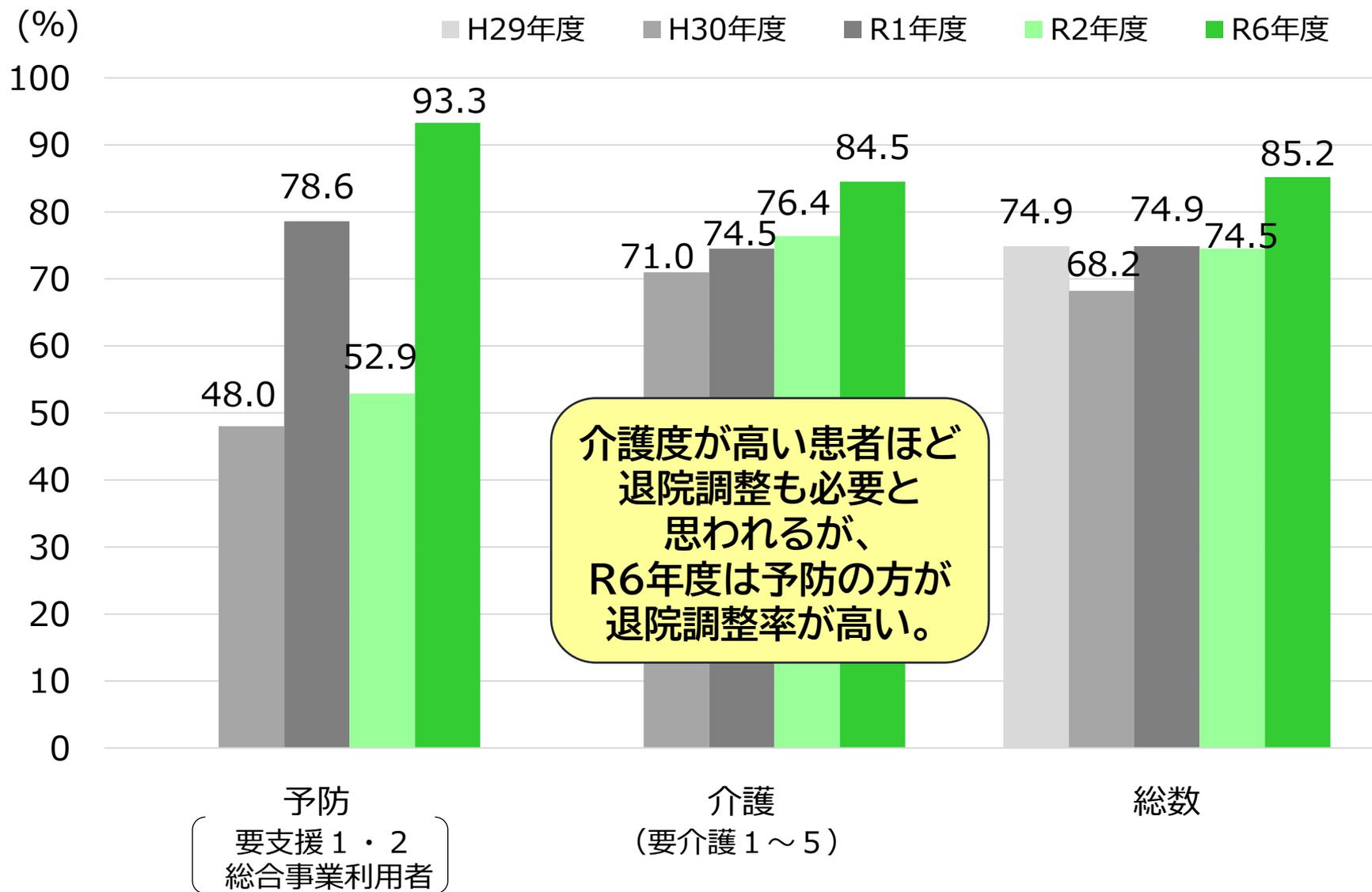
4. 入退院調整における病院とケアマネジャーの役割 (2) 退院決定～退院まで

①介護認定がされていて担当ケアマネジャーがいる場合



退院調整率

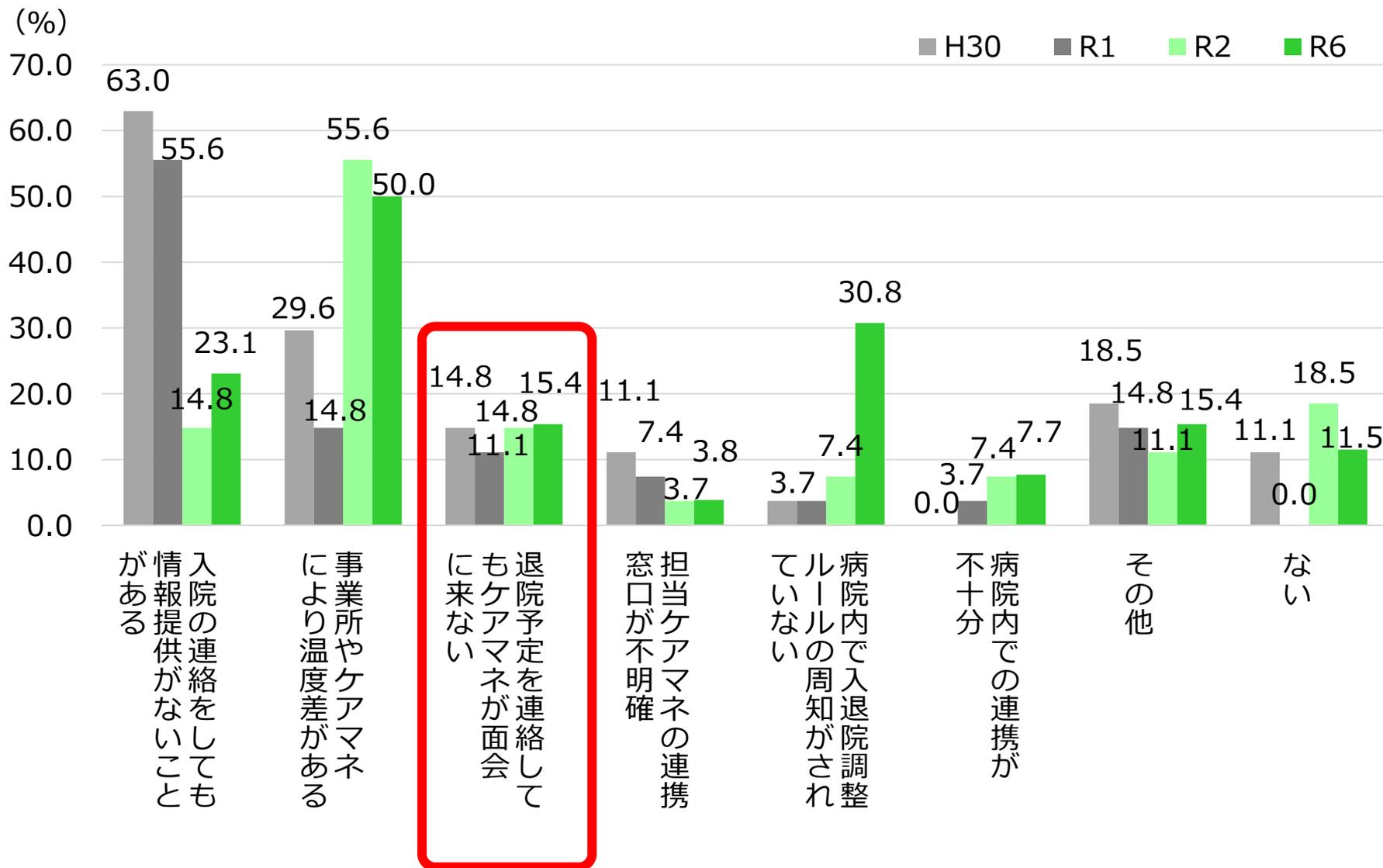
ケアマネアンケート結果より



予防の退院調整率が大きく上がり、全体としても**10ポイント増加**

入退院調整ルールに関する課題（複数回答）

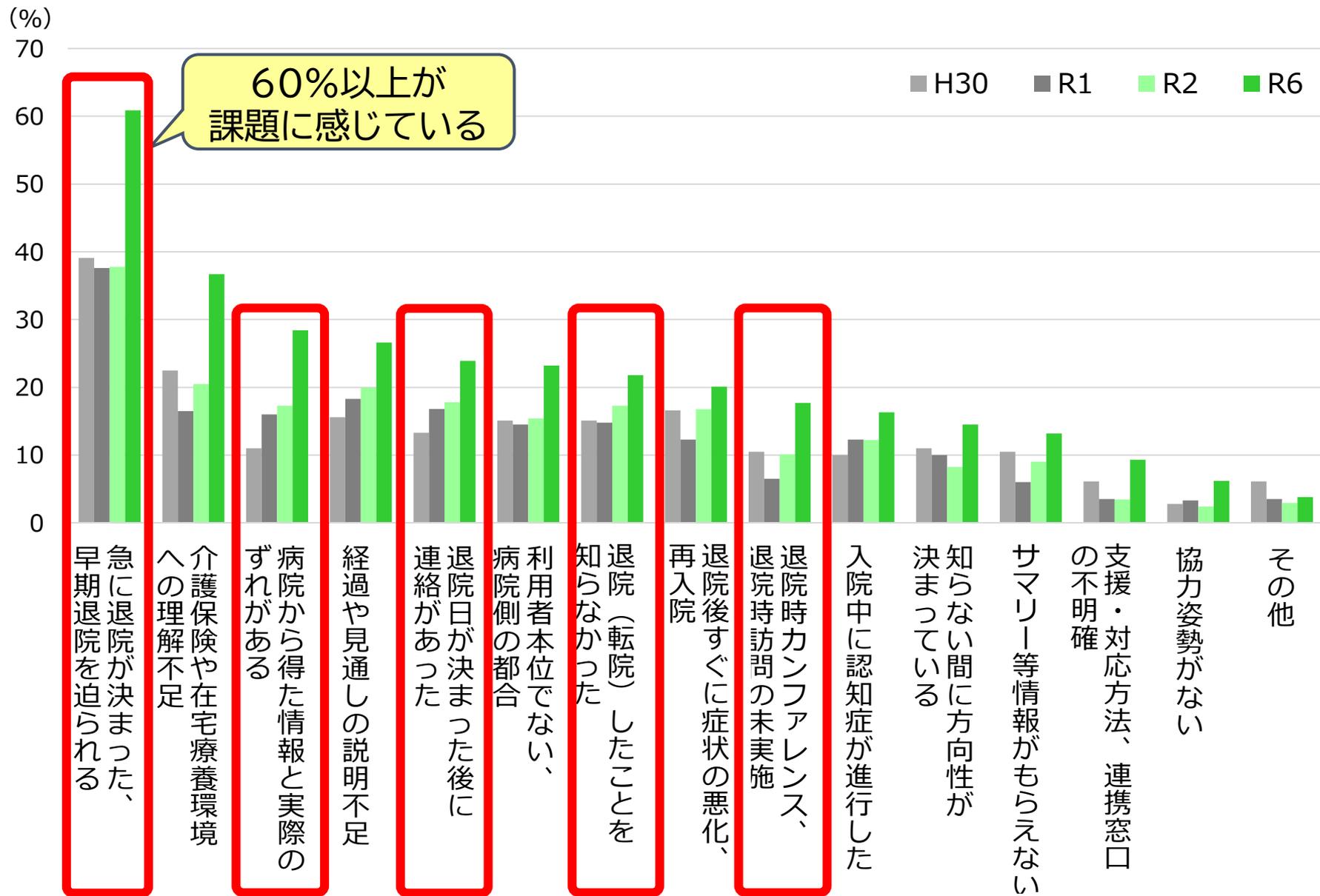
病院アンケート結果より



「退院予定を連絡してもケアマネが面会に来ない」という課題は、策定当時からあまり変化していない状態

病院との連携の課題（複数回答）

ケアマネアンケート結果より



退院調整に関し、約2割以上課題に感じていることがある

退院調整に係る過去の検討状況

平成29年度協議結果

ケアマネ

- 圏域内のケアマネの6割以上が「急な退院が決まった・早期退院を求められる」ことを連携上の課題と感じている
- 退院後、患者が必要なサービスをスムーズに利用するために、一定の時間が必要

<退院調整にどのくらいの日数が必要か>



最低7日～10日間



ケアマネ協議で大多数が必要と判断した日数

(新規申請や住宅改修、施設入所はもう少し時間がかかる)



病院

- 主治医と家族の間で退院の話をしてからケアマネへの連絡となり遅くなってしまふ。
- 医師によっては直前まで検査値を見てコントロールし、急に退院が決まることもある。
- 退院の2～3日前ではないと家族に伝えることができない現状がある。

(2) 入退院調整における病院とケアマネジャーの役割

① 介護認定がされていて担当ケアマネジャーがいる場合

病院の役割

⑧

【退院予定の連絡】補足2

○退院予定が決まれば、**できるだけ早急に**ケアマネに連絡し、カンファレンスの日程調整（症状に変化のある場合はその都度連絡）

入退院調整ルールの役割上は、
具体的な日数は明記せず、
補足事項として、必要な日数を明記

(3) 入退院調整ルール運用にあたっての補足

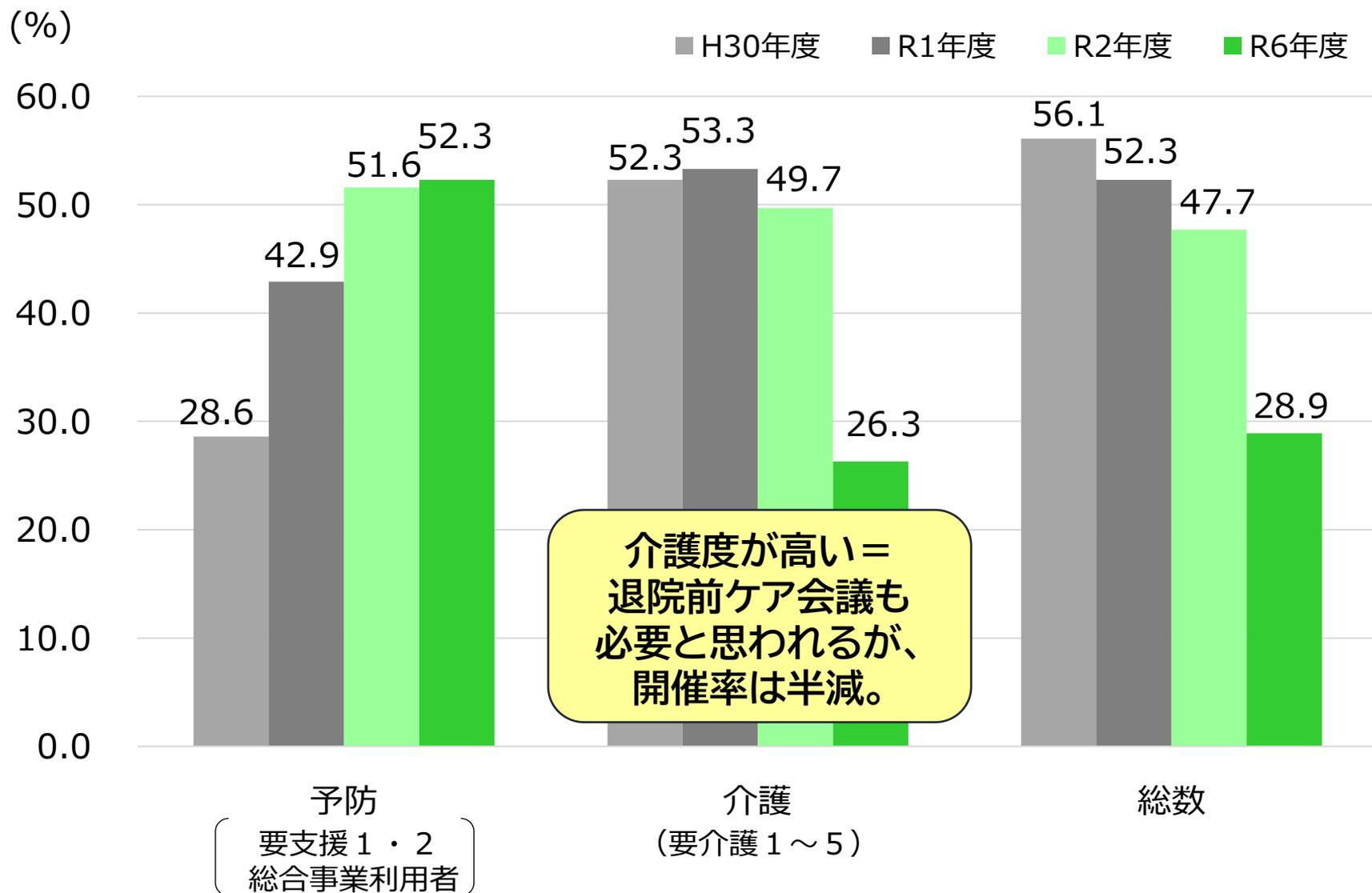
3) 退院時

①退院予定の連絡（医療機関の役割） 補足2 P4 病院とケアマネジャーの役割⑧参照

- ・入院中のADLの低下等により、ケアプラン変更、住宅改修、施設入所等が必要になる場合は、サービス調整に7日程度要するので、サービス調整期間を考慮してケアマネに連絡する。

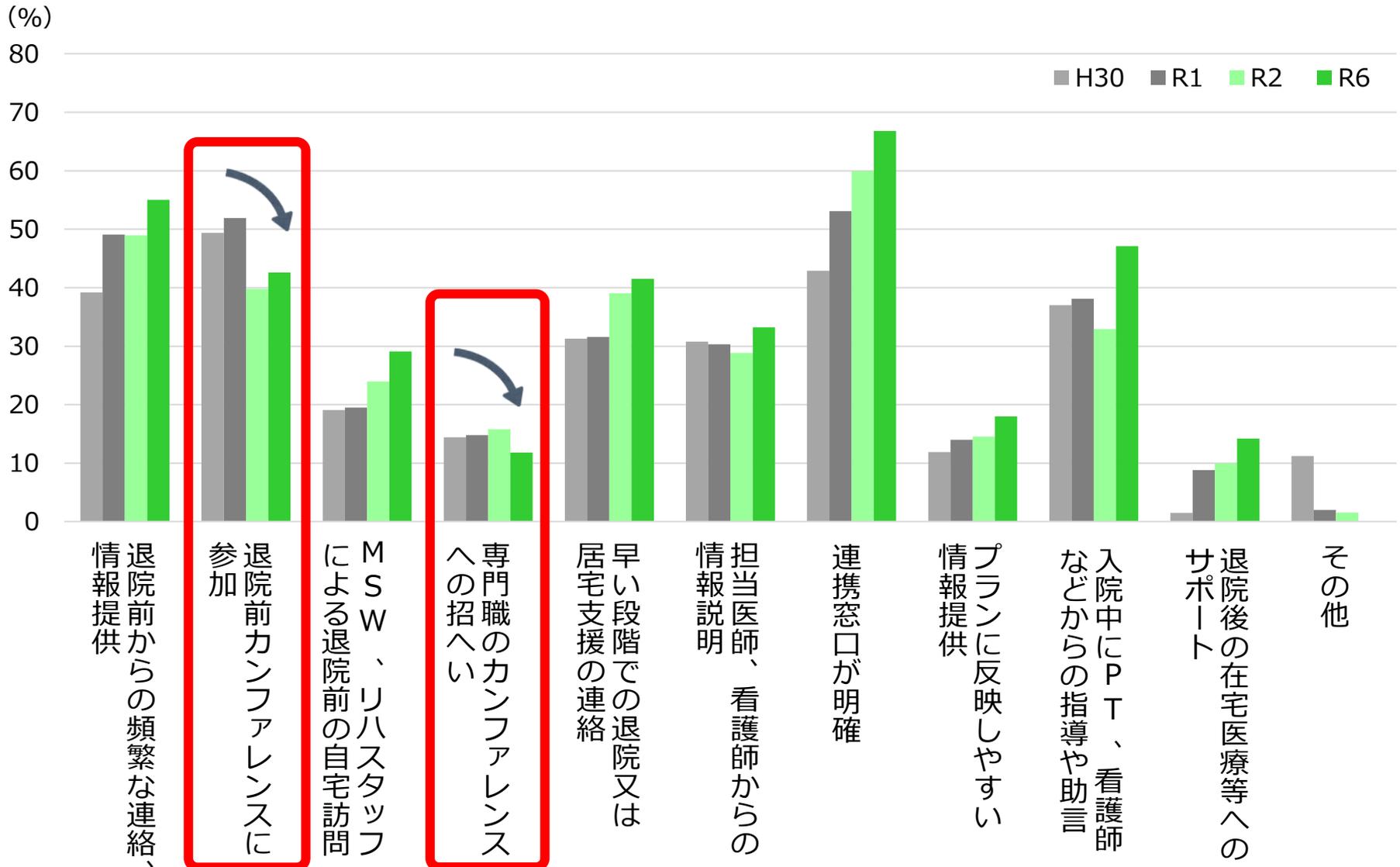
退院前カンファレンスの開催率

ケアマネアンケート結果より



介護の退院前ケア会議の開催率が大きく下がり、全体で約20ポイント減少

病院との連携で うまく している 点(複数回答)



退院前カンファレンスに係る項目のみ策定時よりもうまくしている割合が減少

令和6年度病院・ケアマネ協議結果

	病院	ケアマネ
退院前カンファレンス開催（希望）の対象像	<ul style="list-style-type: none"> ・ 状態が大きく変化して在宅へ戻る方 ・ 医療処置が多い方（がん患者含む） ・ 介護保険を新規申請し、新しくサービス導入する方 ・ 担当者や医療者が心配な方 ・ ケアマネから開催希望のあった方 ・ ご家族の理解が得られない方 ・ ケアマネジャーのいる方 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 状態が大きく変化して在宅へ戻る方 ・ 医療処置が多い方（がん患者含む） ・ 介護保険を新規申請し、新しくサービス導入する方
開催状況について	<ul style="list-style-type: none"> ・ コロナの影響で開催そのものが減少した ・ コロナ以降、ZOOM開催が増えた ・ コロナ以降、対面開催が増えた 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院から求めがない時にケアマネが要望し開催するパターンが多い印象 ・ 病院に開催を求めても、断られることはない ・ コロナ以降、ZOOM開催が増えた

病院は、他の病院で対象としているケースや、ケアマネが開催を希望する方を参考にしながら、退院前カンファレンスの必要性をご検討ください。

ケアマネ側が退院前カンファレンスを希望するケースについては、ケアマネからも病院に開催を要望してください。



旧

お願いします。		【入院日 年 月 日】					
生年月日		年	月	日	年齢	歳	性別
住所							
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他	()

新

いただきますようお願いします。		【入院日		令和	年	月	日】
生年月日		年	月	日	年齢	歳	性別
住所	電話番号						
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他	()

誤ってチェックが入りにくいよう、チェックボックスごとにセルを分割し、チェックの精度を上げた。

文字入力するセルに、単位や（ ）等が全てつながっていたため、文字入力用にセルを分割し、入力しやすく修正。

本人の電話番号欄を追加

旧

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	分かる範囲で記載する (年 月 日 時)				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 暴力	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
			<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 危険行為	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 意思疎通困難	<input type="checkbox"/> その他 ()	

新

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	分かる範囲で記載する (年)						
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> リクライニング	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 装具・補助具	
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 暴力	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 徘徊
			<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 危険行為	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 意思疎通困難	<input type="checkbox"/> その他 ()				

移動方法に「リクライニング」を追加

療養上の問題に「記憶障害」を追加
(様式2の「療養上の問題」の選択肢と統一)

- ・その他病院へ連絡が必要な内容は、「連絡事項・その他」欄に記載してください。
- ・「連絡事項・その他」欄が不足する場合は、別途情報を記載したものを添付してください。(任意様式) 32

②退院調整時の聞き取りシート

- ・ケアマネアンケート、病院アンケートにて、修正要望のあった内容をもとに検討。
- ・基本的に1～2件の少数意見がほとんど。
- ・「服薬内容を記載できるようにしてほしい」という意見のみ5件と複数だった。しかし、同じ意見がH30年度・R1年度にもあり、病院・ケアマネ協議の結果、いずれの年度も項目化は不要という整理をしていたもの。
 (服薬内容は看護サマリーに記載されていることが多いため、敢えて項目化は不要という意見多数)
 そのため、今回も項目化はしないという整理で了承を得た。
- ・大きく項目は変えず、選択肢の追加や、入力の効率化を図るために必要なものは意見どおりに反映させた。

旧

入院日				年	月	日	
退院予定日	昭和			年	月	日	頃
	平成						
	令和						

次回受診日		年	月	日 ()	:
-------	--	---	---	-------	---

新

入院日	令和	年	月	日
退院予定日	令和	年	月	日 頃

次回受診日	令和	年	月	日 ()	:
-------	----	---	---	-------	---

日付の項目のうち、元号が必ず「令和」となる部分は、あらかじめ「令和」と明記

旧

水分摂取量：1日	ml	とろみ剤使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	塩分制限量：1日	g
嚥下機能：	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	座位保持：	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能	

新

水分摂取量：1日	ml	とろみ剤使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	塩分制限量：1日	g
嚥下機能：	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	座位保持：	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能	

誤ってチェックが入りにくいよう、チェックボックスごとにセルを分割し、チェックの精度を上げた。

文字入力するセルに、単位や（ ）等が全てつながっていたため、文字入力用にセルを分割し、入力しやすく修正。

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子						
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> 装具・補助具使用		
					<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 治療食(Kcal	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 高血圧食	<input type="checkbox"/> 腎臓病食	<input type="checkbox"/> その他)
					<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう)			<input type="checkbox"/> IHV			
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル		<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 床ずれ	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> その他 ()	

旧

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子						
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> リクライニング	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 装具・補助具	
					<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 治療食 (Kcal)	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 高血圧食	<input type="checkbox"/> 腎臓病食	
					<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう)			<input type="checkbox"/> IVH			
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル		<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 床ずれ	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> その他 ()

新

- ・ADL：移動方法に「リクライニング」を追加
食事の「IHV」という誤字を「IVH」に修正。
- ・医療処置欄に「酸素療法」を追加。（様式1の選択肢に統一）

- ・その他病院へ連絡が必要な内容は、「備考欄」に記載してください。
- ・「備考欄」が不足する場合は、別途情報を記載したものを添付してください。（任意様式）

関係機関等一覧

(入退院調整ルールの手引き)
について

(5) 関係機関等一覧

- ・病院相談窓口一覧に関し、ケアマネアンケートで土日の連絡先や、電話・FAX以外の連絡先を望む声がありました。
- ・各病院の体制によって、対応の可否は異なりますが、土日の対応、電話・FAX以外の連絡先がある場合には載せてもらうよう、各病院に窓口の情報を照会しました。

NO	病院名	住所及び代表電話	介護認定がされていて担当ケ			⑧医療機関に電話連絡する時間帯 (土・日・祝日を除く)	備考
			①ケアマネからの入院時情報提供シートの提出先				
			(電話をしてから手渡しの場合(直通番号))	郵送・FAXの場合(FAX番号)上記以外の提出方法	土日・祝日のFAX提出時の連絡先		
13	総合リハビリ美保野病院	〒031-0833 八戸市大久保字 大山31-2 0178-25-0111	医療相談室 (代:0178-25-0111)	医療相談室 FAX:0178-25-0209	医療相談室 FAX:0178-25-0209 TEL:0178-25-0111	9:00~17:00	土日祝日のFAX時のTELは不要
14	八戸城北病院	〒039-1165 八戸市石堂 1-14-14 0178-20-2222	医療連携室 (0178-20-5156)	医療連携室 FAX:0178-38-6170		月・火・木・金 9:00~17:00 水・土 9:00~12:00	医療連携室へ連絡後、持参、またはFAXでお願いします。
15	湊病院	〒031-0813 八戸市新井田字 松山下野場7-15 0178-25-0011	地域医療連携室 (代:0178-25-0011)	地域医療連携室 FAX:0178-25-2712 mail:renkeishitsu@seishou.jp	地域医療連携室 FAX:0178-25-2712 TEL:0178-25-0011	9:00~17:00	入院患者には担当の連携室相談員がつくので、必要な情報提供は担当を確認の上お願いします。メール送付時の電話連絡不要。宛名に「地域医療連携室 担当相談員宛て」と明記してください。

メールでの受け取りができるため
メールアドレスを掲載

土日のFAX受け取りが
可能な場合は連絡先を記載

土日も電話対応
可能な場合は記載

介護認定がされていて担当ケアマネジャーがいる場合			新たに介護保険申請をする場合					
①ケアマネからの入院時情報提供シートの提出先			②誰が ケアマネと連絡を とる？	③誰が ケアマネと面談対 応する？	④誰が ケアマネに退院予 定日を連絡す る？	⑤誰が 患者・家族に介護 保険を説明す る？	⑥誰が 介護保険申請窓 口に連絡する？ ※	⑦誰が 契約後のケアマ ネと連絡をとる？
(電話をしてから) 手渡しの場合 (直通番号)	郵送・FAXの場合 (FAX番号) 上記以外の 提出方法	土日・祝日 のFAX提出時の 連絡先						
地域医療連携室 (代:0178-45-6111)	地域医療連携室 FAX:0178-45-3421	地域医療連携室 FAX:0178-45-3421 TEL:0178-45-6111	地域医療連携室	病棟看護師、 地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
地域医療連携室 (代:0178-33-1551) 土・日・急ぎの場合は 病棟	地域医療連携室 FAX:0178-33-1690	地域医療連携室 FAX:0178-33-1690 TEL:0178-33-1551	地域医療連携室	地域医療連携室 又は 病棟看護師	家族 又は 地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
相談室(育成係) (代:0178-31-5005)	相談室(育成係) FAX:0178-31-4144		相談室(育成係)	育成係 (児童指導員) 病棟看護師	相談室(育成係)	相談室(育成係)	相談室(育成係)	相談室(育成係)
地域医療連携室 (0178-72-5232)	地域医療連携室 FAX:0178-72-5222	地域医療連携室 FAX:0178-72-5222	地域医療連携室 病棟担当	地域医療連携室 病棟担当	地域医療連携室 病棟担当 *ケアマネジャーへ の入退院の連絡は 基本的に家族	地域医療連携室病 棟担当	地域医療連携室病 棟担当 (基本は家族)	地域医療連携室病 棟担当 (基本は家族)

**病院の連絡窓口は、内容により異なりますので、
窓口を確認したうえで連絡をお願いいたします。**

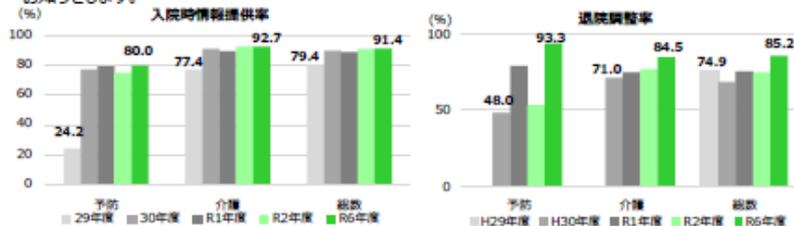
入退院調整ルールの 運用状況に係る周知について 〔 入退院調整ルール運用レポート 〕

入退院調整ルール 運用レポート

八戸圏域入退院調整ルール 運用レポート

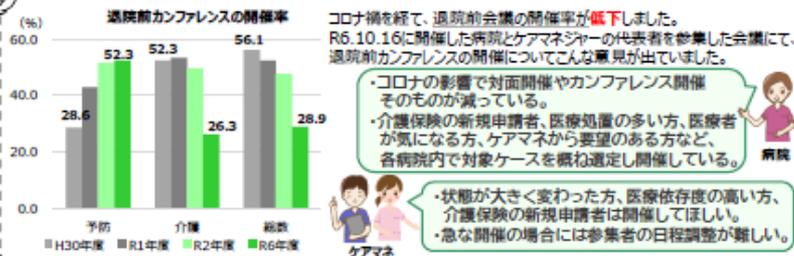
(令和6年12月発行)

平成30年度から運用を開始した入退院調整ルールについて、令和6年度のモニタリング調査結果等をお知らせします。



コロナ禍以降も90%以上を維持しています！

退院調整は年々増加しています！



コロナ禍を経て、退院前会議の開催率が低下しました。R6.10.16に開催した病院とケアマネジャーの代表者を参集した会議にて、退院前カンファレンスの開催についてこんな意見が出ていました。

・コロナの影響で対面開催やカンファレンス開催そのものが減っている。
 ・介護保険の新規申請者、医療処置の多い方、医療者が気になる方、ケアマネから要望のある方など、各病院内で対象ケースを概ね選定し開催している。

・状態が大きく変わった方、医療依存度の高い方、介護保険の新規申請者は開催してほしい。
 ・急な開催の場合には参集者の日程調整が難しい。

ルール運用上のご意見

- 入院時情報提供シートがあることで、ケアマネとの連絡調整がスムーズで連絡しやすい。(病院)
- ケアマネによって患者・家族・医療機関との関わり方が異なり、スムーズにいかない時がある。(病院)
- 病院の複数部署・職員から同じ連絡が来ることもあるので、窓口の一本化をお願いしたい。(ケアマネ)
- 院内で患者情報が共有されていないことがあるので、情報共有をお願いしたい。(ケアマネ)

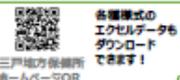
患者さんが安心して在宅療養できるように、ルールの再確認をお願いします。

<ケアマネ>

- 「担当する利用者さんの介護保険種に、ケアマネの名刺を挟む」という、基本的な対応をお願いします。
- 入院時情報提供は、担当ケアマネがいる方が対象です。患者さんの切れ目ない医療と介護の一体的提供のためにも引き続き情報提供をお願いします。

<病院>

- 院内で患者情報や情報提供シートの内容が共有されていない場合があるので、共有をお願いします。(院内でルールの周知をお願いします。)
- 退院時には、退院予定が決まったら、できるだけ早急にケアマネに連絡をしましょう。退院調整の対象は、担当ケアマネのいる方全員です。(退院調整に要する期間は、概ね7日間です)
- 転院時は、なるべく転院元から転院先の病院へ入院時情報提供シートを送りましょう。



各種様式のエクセルデータもダウンロードできます！
三戸地方保健所ホームページQR

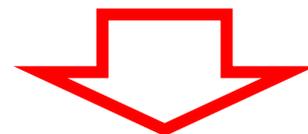
今年度のモニタリング調査結果を踏まえ、様式を一部修正しました。詳細は通知及び三戸地方保健所HPで確認し、該当ページの確実な加除をお願いします。



モニタリング調査への御協力ありがとうございました。次回は令和9年度に実施予定ですので、どうぞよろしくお願いします。

三八地域県民局地域健康福祉部保健総室(三戸地方保健所)作成

病院・ケアマネアンケート結果や、病院・ケアマネ協議の内容を踏まえ、運用に係る現状報告と、運用にあたって全体に周知した方が良いこと(ご意見・留意事項)を要約して掲載。



院内及び事業所内で

入退院調整ルールを周知する際に

ご活用ください！

入退院調整ルール運用に関するご意見・留意事項

(運用レポートより抜粋)

ルール 運用上のご意見

- 入院時情報提供シートがあることで、ケアマネとの連絡調整がスムーズで連絡もしやすい。(病院)
- ケアマネによって患者・家族・医療機関との関わり方が異なり、スムーズにいかない時がある。(病院)
- 病院の複数部署・職員から同じ連絡が来ることがあるので、窓口の一本化をお願いしたい。(ケアマネ)
- 院内で患者情報が共有されていないことがあるので、情報共有をお願いしたい。(ケアマネ)

患者さんが安心して在宅療養できるように、ルールの再確認をお願いします。

<ケアマネ>

- **「担当する利用者さんの介護保険証に、ケアマネの名刺を挟む」**という、基本的な対応をお願いします。
- 入院時情報提供は、担当ケアマネがいる方が対象です。
患者さんの切れ目ない医療と介護の一体的提供のためにも引き続き情報提供をお願いします。

<病院>

- 院内で患者情報や情報提供シートの内容が共有されていない場合があるので、共有をお願いします。
(院内でルールの周知をお願いします。)
- 退院時には、退院予定が決まったら、できるだけ早急にケアマネに連絡をしましょう。退院調整の対象は、担当ケアマネのいる方全員です。(退院調整に要する期間は、概ね7日間です)
- 転院時は、なるべく転院元から転院先の病院へ入院時情報提供シートを送りましょう。

参考資料

(入退院調整ルールの手引き)
について

参考資料を作成・掲載の経緯

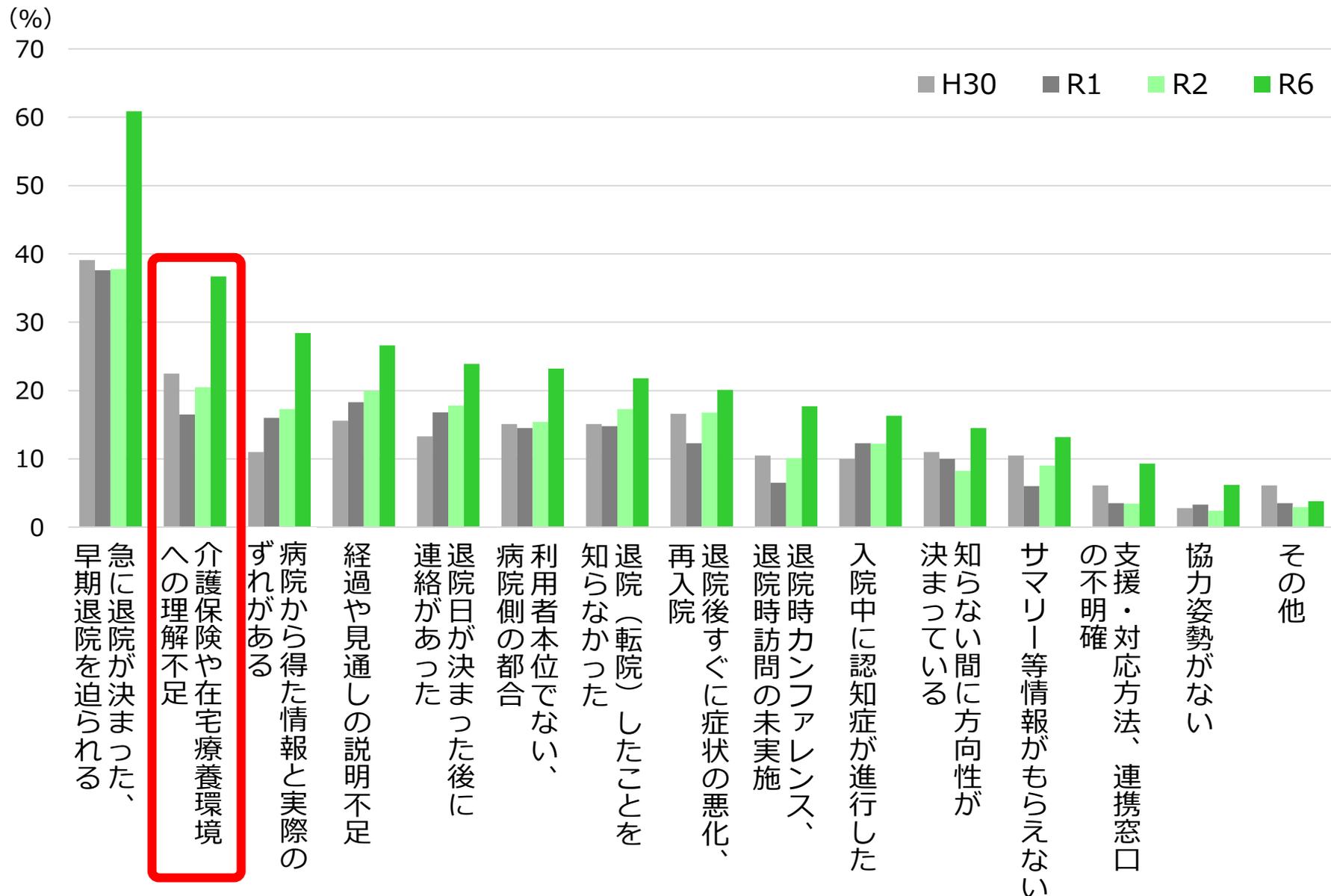
入退院調整ルール策定時、病院から、介護保険制度やケアマネの役割がわからないという声がありました。また、ケアマネからも、自分たちの役割が病院に正しく認識されていないという意見がありました。

そこで、お互いの役割を理解して円滑な連携を図れるよう、介護保険サービスやケアマネの業務について、参考資料として載せています。

参考資料に掲載している内容は、過去の病院・ケアマネ協議での検討結果となります。

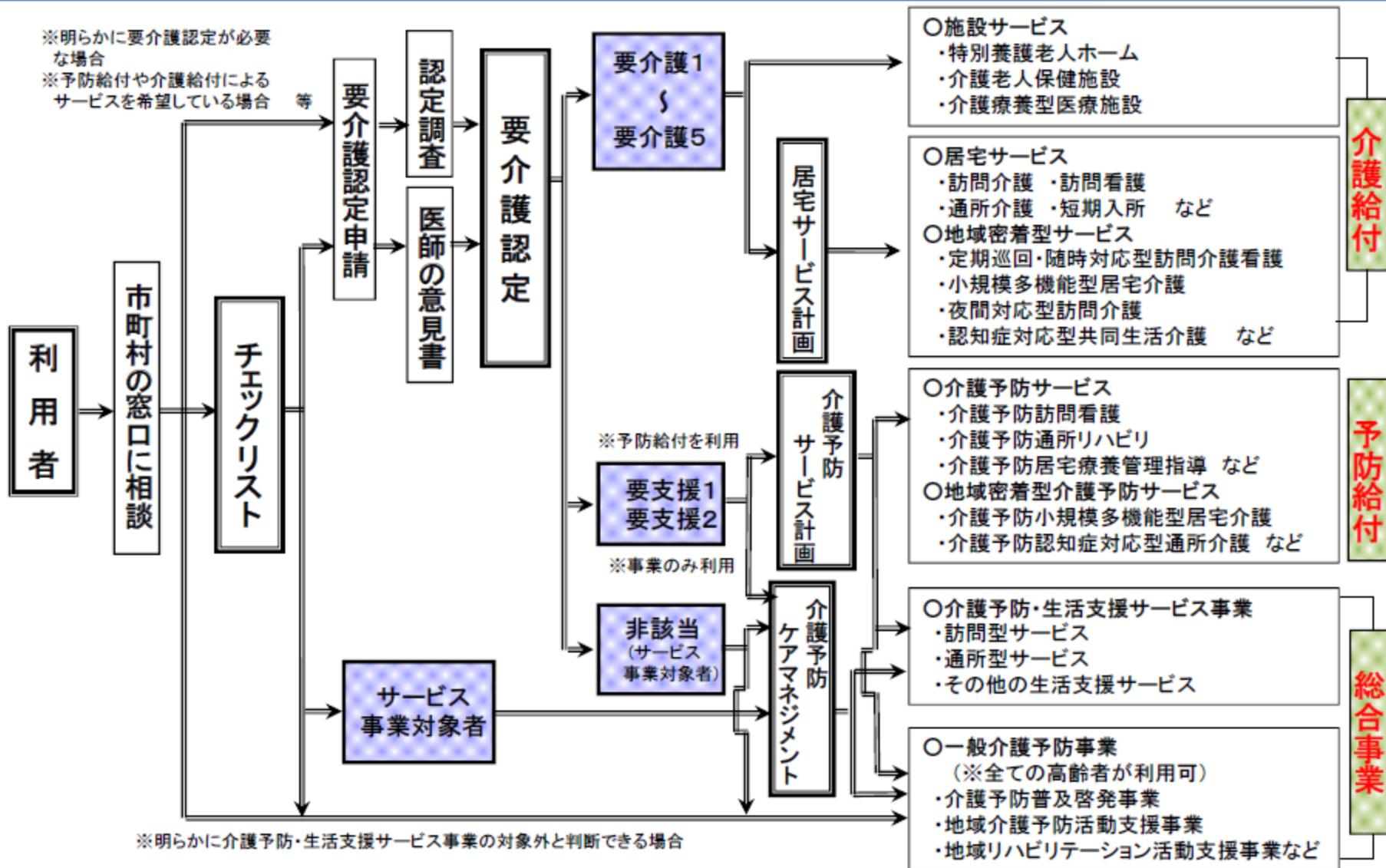
病院との連携の課題（複数回答）

ケアマネアンケート結果より



介護保険や在宅療養環境への理解不足を課題に感じる割合が約40%と2番目に多い

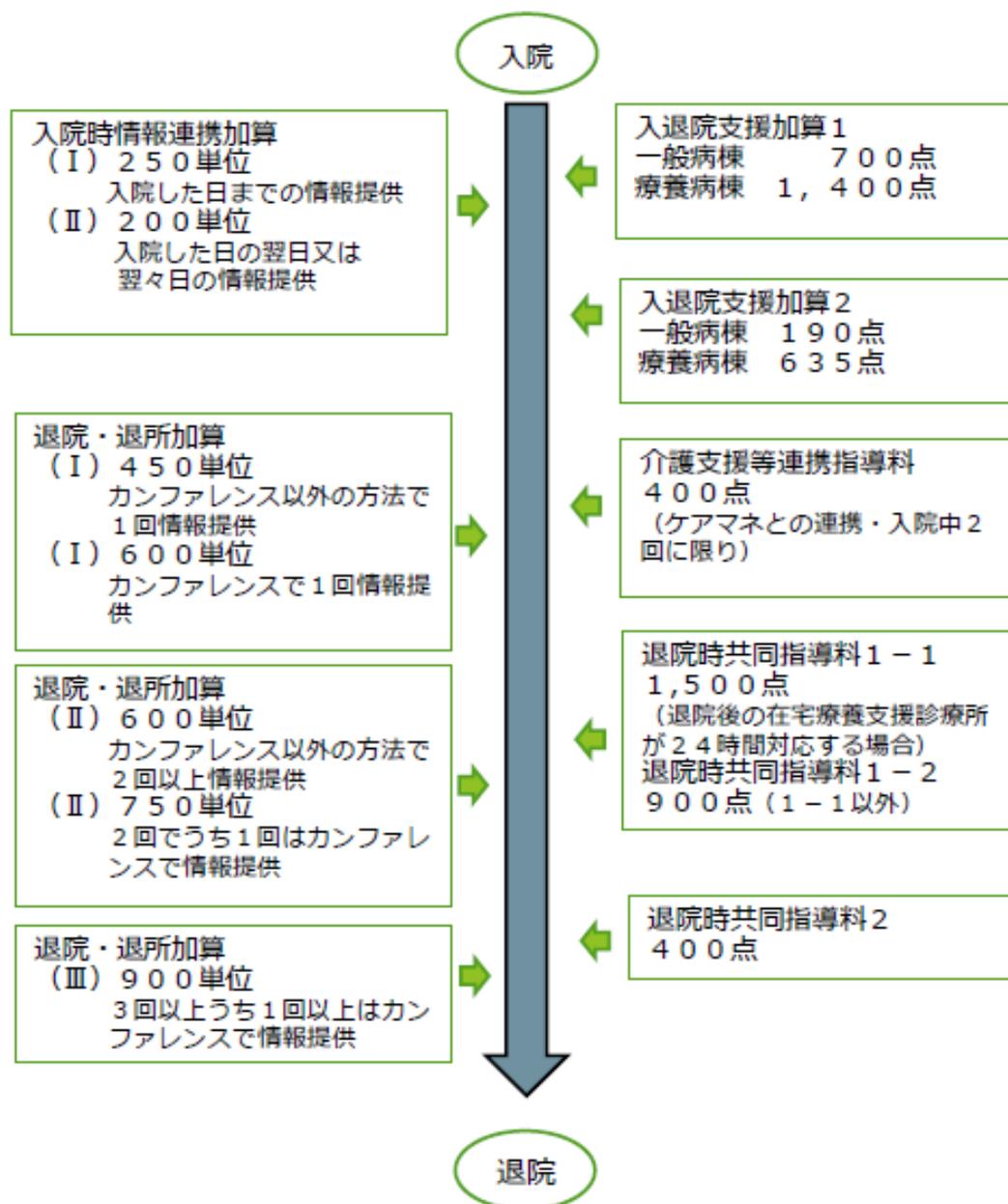
介護サービスの利用の手続き



(2) 連携に関わる診療報酬・介護報酬

<介護報酬加算（ケアマネ側）>

<介護報酬加算（病院側）>



(3) 介護支援専門員の業務について

1 ケアマネジャー（介護支援専門員）とは

介護支援専門員の定義（一部抜粋）

法第7条第5項

「介護支援専門員」とは、**要介護者又は要支援者からの相談に応じ、その心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう、サービスを行う者との連絡調整を行う者**

介護支援専門員の義務（一部抜粋）

法第69条の34（介護支援専門員の義務）

・**公正かつ誠実に業務を行うこと**

運営基準第12条（指定居宅介護支援の取扱方針）

・**医療サービスとの連携に十分配慮し、要介護状態の軽減又は悪化の防止に努める**

< 主な業務 >

- 課題分析
- ケアプランの作成
- サービス担当者会議の主催
- 居宅サービスの利用調整
- 関係機関との連携
- モニタリング
- 給付管理

ケアマネ 1人あたり
要介護認定者
35名の担当を持つ

⇒ **介護支援専門員には補助や助手がいない！**

**契約ご利用者にフォーマルサービスの利用があって
初めて一人あたりの定額報酬が得られる仕組み。**

※ これ以外の仕事は、報酬に結びつきません。

- ・施設探し、福祉用具の購入、住宅改修の申請書作成
- ・要支援と認定された方の、入退院情報提供に加算は無い
- ・入院中の方

地域包括支援センターの担う業務・・・②

④一般介護予防事業、任意事業(元気な高齢者も支援します)

一般高齢者等が要支援・要介護状態にならないための教室等を実施します。
また介護保険全般が適正に運営されるようさまざまな事業を行います。

例) 介護予防教室、家族介護支援事業、リハビリ専門職との連携など

⑤第1号介護予防支援(自立した生活ができるよう支援します)

対象：介護保険で「**要支援1、2**」と判定された方(予防給付も利用可)

基本チェックリストで該当した方(総合事業利用)

内容：

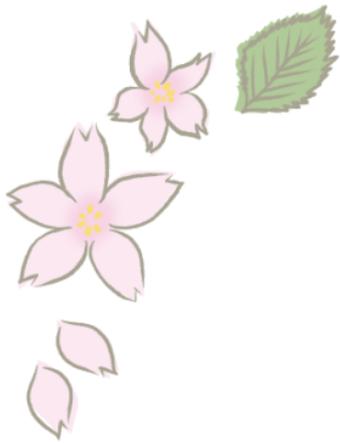
- **ケアプラン(介護予防計画)の作成**
- 介護予防(総合事業含む)サービス等の利用調整
- 医療機関・主治医との連携
- 給付管理(介護保険請求)業務

⇒ **居宅介護支援事業所にケアプラン作成を委託している場合もあります**

次年度以降の スケジュールについて

次年度以降のスケジュール

- 毎年度、4月1日現在の病院や市町村の窓口、居宅介護支援事業所の情報について、上半期中に照会・更新する。
- 病院及び居宅介護支援事業所等の職員の入れ替えもあるため、入退院調整ルールの周知も兼ねて、**モニタリング調査を3年後の令和9年度に実施予定。**
- 在宅医療・介護連携推進事業の進め方について国の方針等が変更し、ルールの見直しの必要性が生じた場合には、随時ルール改定等を行う。



患者さんが安心して病院への入退院と
切れ目ない在宅療養を目指して
今後もより良い連携をしていきましょう

