

病状・障害

緊急入院・骨折・がん末期・がん以外の
終末期・難病・脳血管疾患・
呼吸器系疾患・認知症(理解力の低下)・
精神疾患・退院後に
新たな医療処置が必要・
入退院を繰り返している。

日常生活動作

入院前と比較し明らかに
ADLが低下した場合。
立位、歩行に介助または
補助具を要する状態。
食事、排泄、入浴等の見守り
または介助を要する。

入退院支援を 要する状態

(多職種と率先して
連携をとる目安)



介護者

同居者の有無に関わらず、
必要な介護を
受けられる状況でない。
虐待の疑いがある。

保険制度

介護保険の新規利用
または区分変更申請を要する。
医療保険・介護保険の未加入者、
生活困窮者(要保護者等)。

その他

住宅改修の必要性がある。
他の関係者から
要請があった時。

参考：連携の様式

【A表(入院時等)】

担当ケアマネジャーが、介護
サービス利用者の在宅での
日頃の状況を把握するため、入院時にその情報(A
表)を医療機関に送付する。



【B表(退院時)】

利用者(患者)の退院の際、B
表を活用し、医療機関からの
必要な情報を共有し、ケアマ
ネジャーが居宅サービス計画
の作成等に活用する。



●千葉県地域生活連携シート(A表)及び(B表)

千葉市入退院支援委員会

千葉県医師会

千葉市中央区千葉港4-1
<https://www.chiba.med.or.jp/>



千葉市保健医療事業団

千葉市美浜区幸町1-3-9
<https://chiba-hm.jp/>



千葉市介護支援専門員協議会

千葉市若葉区更科町2592
総泉病院内
<https://www.kaiteki-chiba.jp/caremane/#point0>



千葉市病院局

【青葉病院】
千葉市中央区青葉町1273-2
【海浜病院】
千葉市美浜区磯辺3-31-1
<https://www.city.chiba.jp/byoin/>



千葉市医師会

千葉市美浜区幸町1-3-9
<https://www.chiba-city-med.or.jp/>



千葉県訪問看護ステーション協会

千葉市稲毛区宮野木町1752-15
(緑ヶ丘訪問看護ステーション内)
<http://www.chiba-houkan.gr.jp/>



千葉市老人福祉施設協議会

千葉市中央区千葉寺町1208-2
<http://chibashi-kaigo.org/>



【事務局】

千葉市在宅医療・ 介護連携支援センター

千葉市美浜区幸町1-3-9
<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkofukushi/renkeicenter/index.html>
tel:043-305-5021 FAX:043-305-5079
mail:renkeicenter.HWH@city.chiba.lg.jp



一般社団法人
千葉市医師会 千葉市

令和4年11月 発行

令和4年度 千葉市 入退院支援 の手引き



目的

千葉市では入退院の際に病院と介護事業者が協働し、情報共有を行うことで、スムーズに医療・介護サービスの提供につなげ、サービスや支援を要する高齢者が安心して治療や生活の支援を受けられるように関係者の連携を推進していきたいと考えています。新たに資格を取得したケアマネジャーや、新しく配属された病院の地域連携室のソーシャルワーカーに特に活用いただければと思います。

手引きの活用について

本書は千葉市内の病院、診療所、あんしんケアセンター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、各介護サービス事業者、介護保険利用の入所施設、各区保健福祉センター等を対象とした入退院支援の参考です。なお、患者・利用者の支援を円滑に行うために、今まで当該事業者間で了解されている方法や、当該入退院時に別途調整した連携方法については本書に示した内容に優先するものとします。

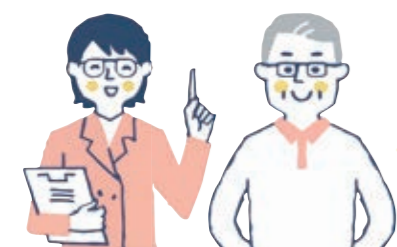
在宅 ↔ 病院

入退院編

入院前・在宅編

本人、家族に寄りそった支援を目指しましょう

- 日常生活が落ち着いていても、突然具合が悪くなったり、突然入院することになったりすることが考えられます。
- サービス担当者会議や地域ケア会議を通じて本人、家族とどのような生活を考えているのか、また今後の治療方針など共有していきましょう。
- おくすり手帳(つながるカバー)を活用して、かかりつけ医やケアマネジャー、家族の緊急連絡先などわかるようにしておきましょう。
- おくすり手帳は緊急の入院時において患者の重要な情報源となります。



お互いに
入院の情報を知った時点で
連絡しあいましょう



本人・家族・ケアマネジャー	経過	病院
<ul style="list-style-type: none"> ○千葉県地域生活連携シートA表(以下、「連携シート」という)を3日から7日以内に担当窓口へ提出する(市内医療機関連携窓口リストを活用) 入院時情報提供加算 ○訪問看護利用の場合は訪問看護師が看護サマリーを病院に送付する ○家族に病院担当者を聞き、病状など教えてもらえるよう伝える 	<p style="text-align: center;">入院情報共有</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○介護保険の利用の有無を確認し、ケアマネジャーへ連絡し連携シートを依頼する(おくすり手帳や介護保険証などから確認していく) ○退院に向けて支援を必要とする可能性の高い患者について7日以内に入退院支援計画書を作成する 入退院支援加算 ○本人、家族・ケアマネジャーに連携における担当者を伝える
<ul style="list-style-type: none"> ○入院後、必要に応じて病状や今後の相談をしていく ○面会や病状説明でサービスの導入・変更・追加などを検討し、サービス事業所との調整を開始する ○新規依頼の時は現段階での基本状況の提供を依頼する 	<p style="text-align: center;">入院中面談など日程調整</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○必要に応じてカンファレンス・病状説明についてケアマネジャーに連絡し日程調整をする 介護支援等連携指導料 ○介護保険の利用のない新規利用の場合、退院を検討する段階で、家族(身寄りがない等はあんしんケアセンター等)と申請について相談する ○本人、家族の病状に対する気持ちなどが在宅支援チームに伝える
<ul style="list-style-type: none"> ○本人、家族・サービス担当者と協議し、ケアプランの原案を作成する 退院・退所加算 ○必要に応じて退院時の移送の手配など病院と調整する ○かかりつけ医へ報告する 	<p style="text-align: center;">退院調整</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○退院の目途がいたら、ケアマネジャーに連絡し、必要に応じて退院前カンファレンスの準備をする ○退院時の移送の準備をする 退院時共同指導料・退院前訪問指導料
<ul style="list-style-type: none"> ○ケアマネジメントのスタート 	<p style="text-align: center;">退院から退院後</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○必要書類の準備をする(診療情報提供書・看護サマリー) 必要な薬(薬剤情報) ○次回受診日など 退院後訪問指導料(訪問看護同行加算)

病院 → 病院

転院編

転院の必要性があるときは本人、家族と相談し転院先を選定しましょう

【転院先へ連絡し、必要な書類を送る】

- ・診療情報提供書(薬剤情報・検査データ)・看護サマリー ※転院先と相談に応じて必要な書類等
- 回復期リハビリテーション病棟への転院なら大腿骨頸部骨折地域連携パスシート・千葉県共用脳卒中地域医療連携パスシートを必要に応じて作成する
- ※大腿骨頸部骨折地域連携パスの計画病院は千葉市立青葉病院・千葉メディカルセンター・千葉医療センターである。

一次判定の結果、必要に応じて家族面談の調整を行う

回復期リハビリテーション病棟	医療療養病棟	地域包括ケア病棟
回復期病棟の特色や、入院費・入院期間についての説明をする。予後予測や目標設定に病院と本人・家族の思いとのずれがないか確認する。	医療療養病棟の特色や、入院費または必要に応じて自費分の費用の説明をする。病状の確認、今後の方針、看取りなどを含む意思の確認をする。	地域包括ケア病棟の特色や入院費・入院期間についての説明をする。病状やADLの確認をし、在宅復帰に向けての本人・家族の思いや、考えの確認をしていく。
回復期と言われる時期に集中的リハビリテーションを行うことで低下した能力を再び獲得するための病棟である。対象病名と入院期間が決まっている。	病状が安定していて、これ以上の治療は必要ないけれども、生活上は「医療的ケア(療養)」を必要とする人を対象とする長期療養型の病院。(基本的に医療区分2,3が対象)	急性期医療を経過した患者、及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ、並びに患者の在宅復帰支援等を行う病棟。入院期間が決まっている。

二次判定の結果 転院の日程調整を行う

【転院時に必要な書類等を準備する】

- ・診療情報提供書・画像データ・看護サマリー・退院証明書・必要な薬・リハビリサマリー
- ・大腿骨頸部骨折地域連携パスシート・千葉県共用脳卒中地域医療連携パスシート
- ※連携シート ※訪問看護サマリー(在宅支援チームより受け取っていら提供)

病院 → 施設

入所編

本人、家族と話し合い、各施設の特長を説明し、協力して施設探しを行っていきましょう

施設入所前の面談

- ・現在の病状と既往歴含む病歴・具体的な日常生活動、個別的ケアの注意点など
- ・福祉用具の利用や移動の注意点など・認知の状態や周辺症状の状態
- ・キーパーソンや家族関係・今後の受診状況の確認

【入所時に必要なもの】

- ・健康診断書(新規入所の場合・各施設に確認)
- ・診療情報提供書・看護サマリー(リハビリサマリー)・必要な薬

入退院時連携に係る診療・介護報酬

在宅

〈居宅介護支援基準〉

- ・居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務付け

入院時情報連携加算

- (居宅介護支援費) 入院医療機関へ、利用者の情報を提供(提供方法は問わない)。(I)入院後3日以内 200単位/月 (II)入院後4~7日以内 100単位/月

退院・退所加算

- (居宅介護支援費) (入院・入所中1回) 退院・退所加算(I)イ:450単位 退院・退所加算(I)ロ:600単位 退院・退所加算(II)イ:600単位 退院・退所加算(II)ロ:750単位 退院・退所加算(III):900単位 入院医療機関から情報を得て、ケアプランを作成カンファレンスとは、診療報酬「退院時共同指導料2」の※に該当するもの

訪問看護

退院時共同指導加算

- (〔介護予防〕訪問看護、定期巡回、看多機) 600単位 (退院時1回) 退院時共同指導を行った後に、初回の指定訪問看護を行った場合

退院時共同指導加算

- (訪問看護管理療養費) 8,000円(退院時原則1回)

緊急時等居宅カンファレンス加算

- (居宅介護支援費) 200単位 (1月に2回) 病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等とともに利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じて介護サービスの調整



入院前

入院時

入院中

退院時

退院後

病院

入退院支援加算

- 1:700点(退院時1回) 2:190点(退院時1回) 入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定

+入院時支援加算(入退院支援加算)

- 1:230点(退院時1回) 2:200点(退院時1回) 入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施

+地域連携診療計画加算

- 300点(入退院支援加算)

介護支援等連携指導料

- 400点(入院中2回) 退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる場合、患者に対しケアマネジャーと連携し退院後の介護サービス等について指導

退院時共同指導料2

- 400点 ※2,000点(入院中1回) 病院の医師等と在宅療養を担う医師等が共同して、退院後の在宅療養上必要な説明・指導 ※医師等の職種3者以上と共同して指導を行う場合

退院前在宅療養指導管理料

- 120点(1回の入院につき1回)

退院前訪問指導料

- 580点(1回の入院につき1回)

退院時リハビリテーション指導料

- 300点(1回の入院につき1回)

退院時薬剤情報管理指導料

- 90点(1回の入院につき1回)

退院後訪問指導料

- 580点

+訪問看護同行加算 20点

※加算については、最新の要件・基準を確認してください