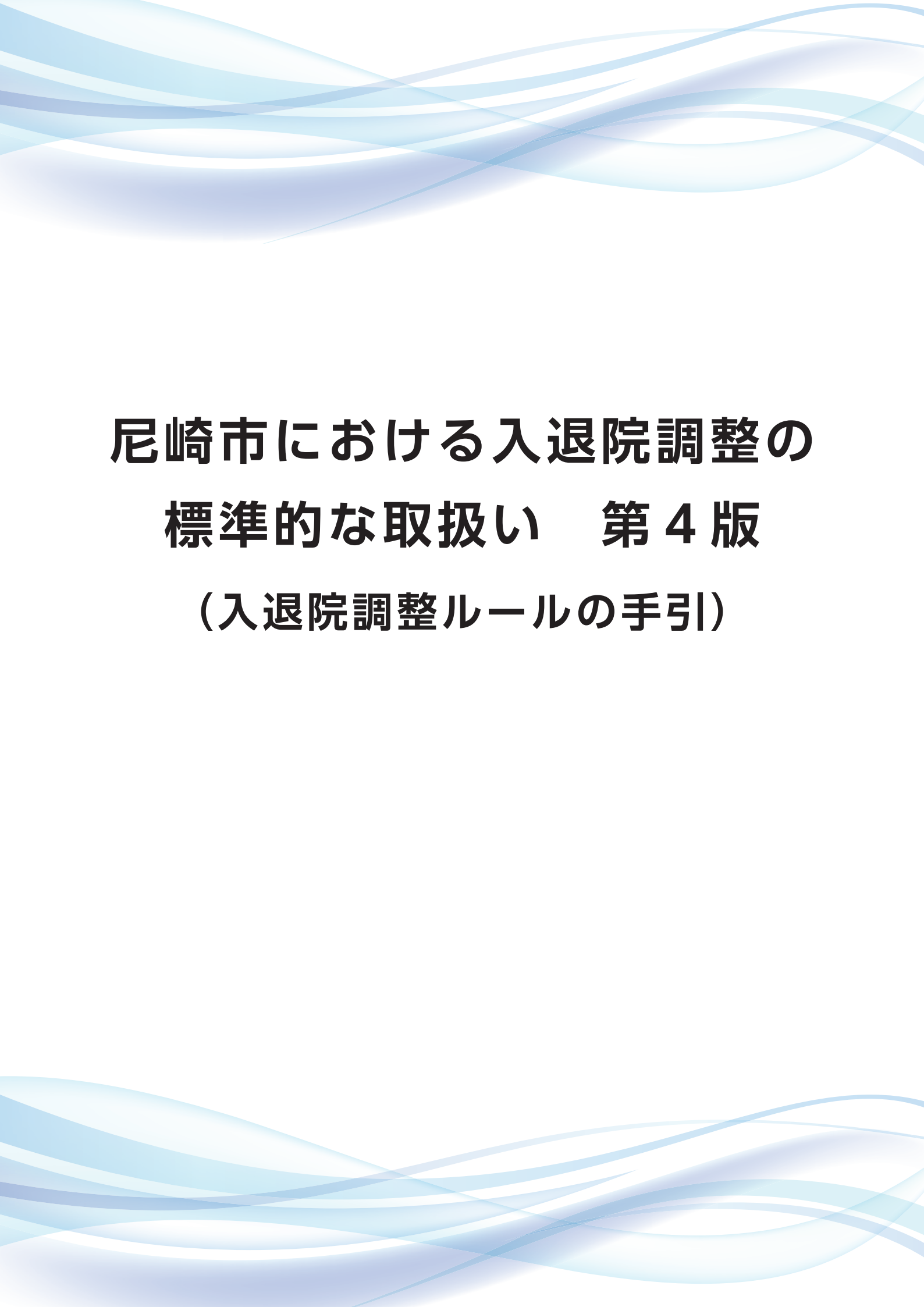




尼崎市における入退院調整の 標準的な取扱い 第4版

(入退院調整ルールの手引)



《目 次》

1	はじめに	1
2	連携ルール	
Ⅰ	基本フロー図（入院前に介護保険を利用していた場合）	2
Ⅱ	入院後、新たに介護保険を利用する場合	4
Ⅲ	転院する場合	6
3	関連情報	
	入退院時における診療報酬と介護報酬の関係	7
4	連携シート	
	入退院連携シート その1、入退院連携シート その2	9

<参考資料>

- ☆ 尼崎市内の病院の地域連携窓口の状況と基本情報の一覧
- ☆ 尼崎市内の地域包括支援センターと担当地域の一覧
- ☆ 口腔ケアチェックシート
- ☆ 尼崎市内の病院で提供している形態対応食について
- ☆ 障害高齢者の日常生活自立度・認知症高齢者の日常生活自立度



参考資料はホームページにて公開しております。下記 URL または QR コードよりご確認ください。

URL : <https://www.city.amagasaki.hyogo.jp/sangyo/zigyousya/1002074/1006553/1006567.html>

1 はじめに

(1) 趣旨目的

この取扱いは、入退院に際して患者（利用者）が切れ目なくサービスを利用できるように尼崎市内の医療機関と在宅支援者が入退院時連携をすすめるための標準的な取扱いです。

患者（利用者）の病状や家族の受入状況、各病院の体制等により取扱いが異なることが想定されますので、実態に即した円滑な連携に努めてください。

(2) 在宅医療・介護連携推進事業での位置づけ

本市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画においては、介護が必要になっても安全・安心に暮らせる基盤づくりのため、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療と介護の連携を推進することとしています。入退院（所）支援は医療と介護の連携が求められる4場面の一つとして位置付けられています。

(3) これまでの取組の状況

平成 25 年度に、市内病院と地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の連携の実態把握を行い、課題の抽出、解決策を模索するため、関係団体と意見交換会を重ね、平成 26 年度に「尼崎市における退院調整（病院＝在宅連携）の標準的な取扱い」（入退院時の連携ルール）を作成しました。平成 27 年度以降は、定期的にアンケート調査を行い、ブラッシュアップを重ねてきました。

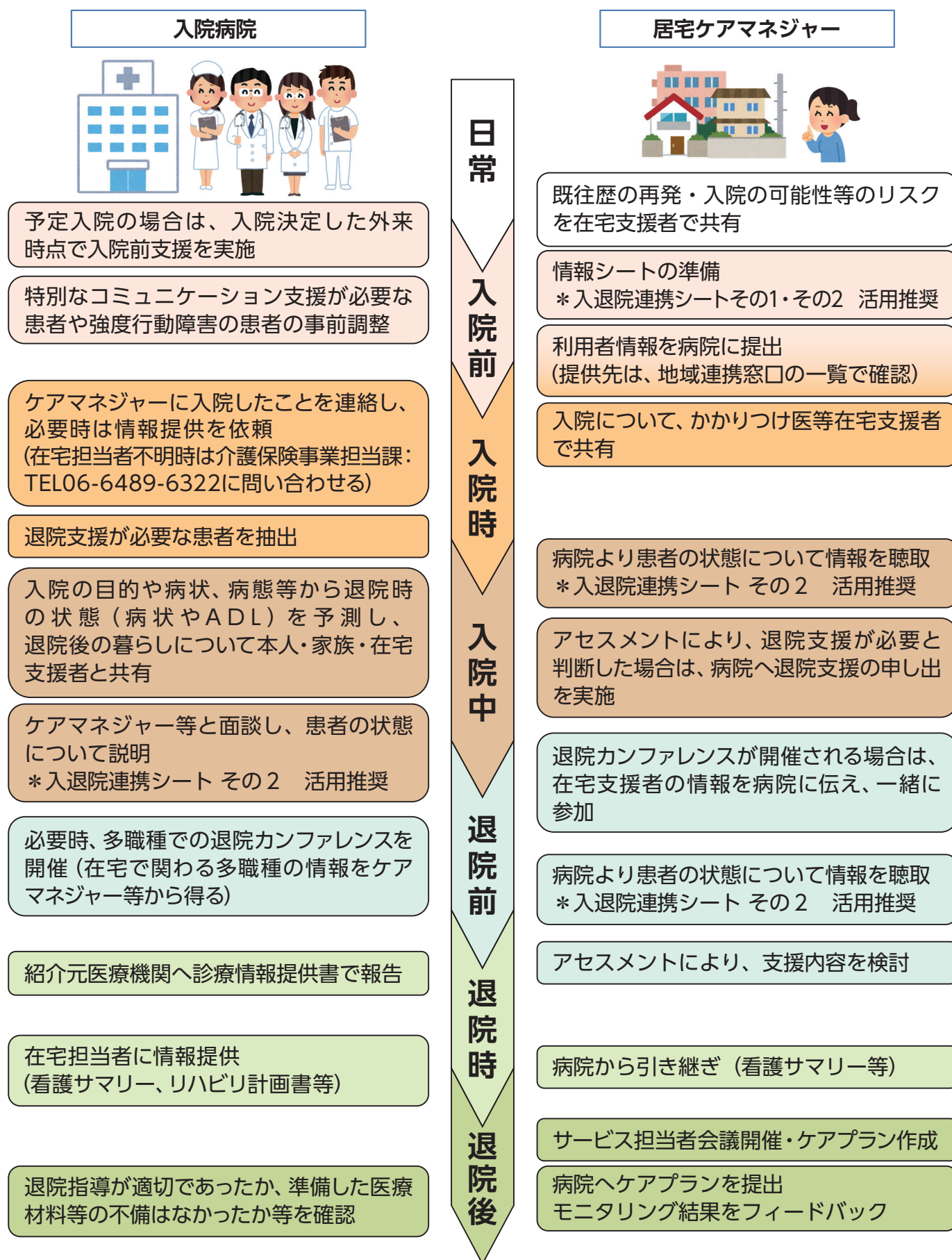
平成 29 年度からは尼崎市医療・介護連携協議会が連携ルールの周知や改訂を行っています。

(4) 令和 6 年度改訂のねらい

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬のトリプル改定、令和 4 年度に実施されたアンケート結果を踏まえ、よりシンプルで活用しやすい連携ルールやシートに改訂を行いました。

2 連携ルール

I 基本フロー図(入院前に介護保険を利用していた場合)



*入退院連携シート 2の「退院に向けて」の欄は病院、ケアマネジャー共に退院に向けて必要な情報として活用してください。記録を目的としたものではありません。

< 退院支援が必要となる患者の基準(目安) >

1 退院調整が必要な患者

- ア．入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
 - イ．排泄、食事、立ち上がりや歩行に介助が必要
 - ウ．退院後に医療処置（経管栄養、吸引、インシュリン、じょく瘡、在宅酸素など）が必要
 - エ．在宅療養で介護力（家族等）に不安
 - オ．認知症の周辺症状や全般的な理解の低下
 - カ．悪性腫瘍（末期）、誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症
 - キ．住環境整備（住宅改修、福祉用具）が必要
- ⇒ 1 つでも該当すれば、ケアマネジャーまたは地域包括支援センターへ連絡

2 それ以外で、注意が必要な患者

- ア．独居又はそれに近い方で、調理や掃除など身の回りの介助が必要
- イ．食事制限（治療食、塩分、水分など）が必要、または栄養指導が必要
- ウ．服薬管理に注意が必要
- エ．アルコール依存症
- オ．精神疾患、難病
- カ．緊急入院、繰り返し入退院
- キ．介護保険が未申請

下記<退院困難な要因>も参照

< 退院困難な要因 >

- ア．悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ．緊急入院であること
- ウ．要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること
- エ．コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- オ．強度行動障害の状態の者
- カ．家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- キ．生活困窮者であること
- ク．入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推定されること。）
- ケ．排泄に介助を要すること
- コ．同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- サ．退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- シ．入退院を繰り返していること
- ス．入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- セ．家族に対する介助や介護等を日常的に行っている自動等であること
- ソ．児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- タ．その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

（入退院支援加算 1 及び 2 算定要件より抜粋）

Ⅱ 入院後、新たに介護保険を利用する場合

(1) 介護保険 要介護（要支援）認定申請

病院は、**65 歳以上の患者と 40 歳以上 65 歳未満で介護保険の対象となる特定疾患の患者**が下記の状態である場合は、家族などに介護保険被保険者証を持って市担当課（市役所本庁にある介護保険事業担当課、又は南北保健福祉センター福祉相談支援課）での要介護（要支援）認定（以下「要介護認定」という。）申請手続きを案内する。また、家族等がサービスの内容や利用料など、より詳しい話を聞きたい場合は、患者の住所地を管轄する地域包括支援センター等での相談を勧める。

※生活保護受給者の場合は、担当ケースワーカーを通して手続きをするよう案内する。

40 歳以上 65 歳未満で介護保険の対象となる特定疾病

- | |
|------------------------------|
| ① 筋萎縮性側索硬化症 |
| ② 後縦靱帯骨化症 |
| ③ 骨折を伴う骨粗しょう症 |
| ④ 多系統萎縮症（旧シャイ・ドレガー症候群） |
| ⑤ 初老期における認知症 |
| ⑥ 脊髄小脳変性症 |
| ⑦ 脊柱管狭窄症 |
| ⑧ 早老症 |
| ⑨ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| ⑩ 脳血管疾患 |
| ⑪ パーキンソン病関連疾患（旧パーキンソン病） |
| ⑫ 閉塞性動脈硬化症 |
| ⑬ 関節リウマチ（旧慢性関節リウマチ） |
| ⑭ 慢性閉塞性肺疾患 |
| ⑮ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |
| ⑯ がん（末期） |

介護保険要介護（要支援）認定申請の目安

～どのような状態の患者さんなら、介護保険認定申請をすればよいか～

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- ② 食事に介助が必要な方
- ③ 排泄に介助が必要な方
- ④ ポータブルトイレを使用中の方
- ⑤ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある方
- ⑥ 在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ⑦ （ADL は自立していても）がん末期の方
- ⑧ （ADL は自立していても）新たに医療処置（経管栄養、吸引など）が追加された方

(2) 在宅担当者の決定に向けての支援

病院は、要介護認定申請と並行して、患者又は家族に対して下記A、B、Cいずれかのパターンにより、ケアマネジャー等を決定するための支援を行う。

A 要介護認定が見込まれる場合 ⇒ 居宅介護支援事業所ケアマネジャーにつなぐ

要介護認定申請の目安①～⑤に該当する患者については、患者又は家族の希望を尊重し、「尼崎市居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）一覧」や「あまつなぎ機能マップシステム」等を参考に、患者の自宅近くにある居宅介護支援事業所などへの相談を助言し、ケアマネジャー等との契約に向けて支援を行う。

B 要支援認定が見込まれる場合 ⇒ 地域包括支援センターに相談

要介護認定申請の目安⑥～⑧に該当する患者については、患者が住む地区の地域包括支援センターへの相談を助言し、ケアマネジャー等との契約に向けた支援を行う。

C 要介護か要支援かどちらか迷う場合 ⇒ 地域包括支援センターに相談

患者が要介護認定申請の目安①～⑤に該当するかどうか迷い、適切な相談機関が不明な場合は、患者が住む地区の地域包括支援センターでの相談等を支援する。

ケアマネジャー等の決定支援については、患者の在宅かかりつけ医師や看護師、その他知人等の紹介により決定することを妨げるものではありません。また、ケアマネジャーにケアプランを依頼すると、要介護認定申請からサービス調整まで、一貫した支援が受けられるようになります。

*** 在宅担当者決定後は、フロー図（入院前に介護保険を利用していた場合）に準じて支援（P2参照）**

<あまつなぎ機能マップシステム>

* 閲覧にはID、パスワードが必要です。 不明の場合はあまつなぎまでお問い合わせください。

あまつなぎ機能マップシステム

検索

ケアマネ 訪問系 通所系 多機能型 福祉用具 施設系1 施設系2 住宅系

複数検索 地図検索 名称検索 空き・待ち検索 一覧表示

必要項目をチェックして検索ボタンをクリックしてください。

規模・類型

☐ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	☐ 有料老人ホーム
☐ 軽費老人ホーム（ケアハウス）	☐ 養護老人ホーム

所在地エリア

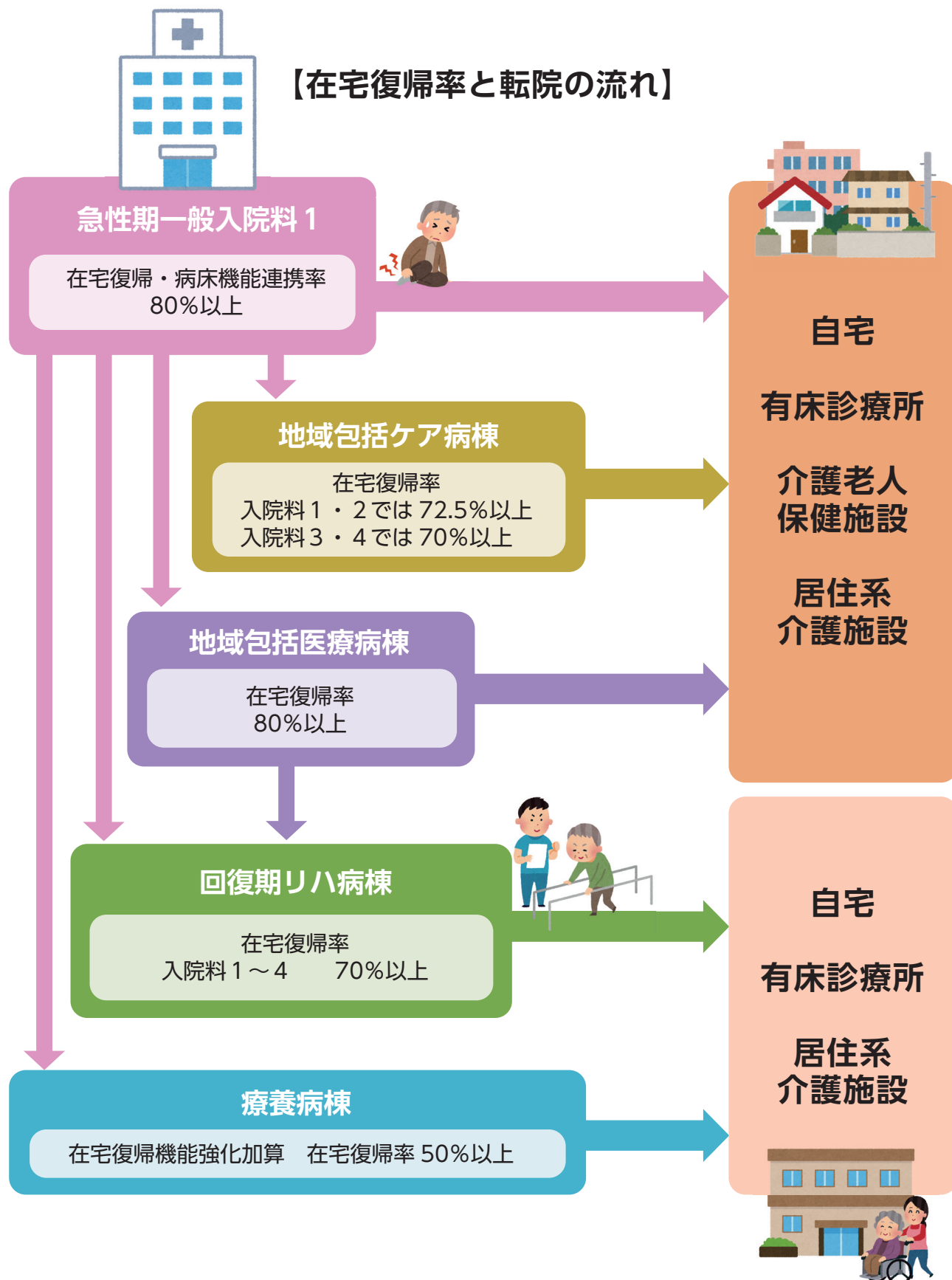
☐ 中央地区
☐ 小田地区
☐ 大庄地区
☐ 立花地区
☐ 武庫地区

山陽新幹線 山陽道 武庫地区 立花地区 小田地区 大庄地区 市役所 阪神電車本線 阪神電車大庄線 名神高速



Ⅲ 転院する場合

病院は、転院先の医療機関や施設へ入院時にケアマネジャー等から提出された情報シート（入退院連携シート その1・その2推奨）の写しを診療情報提供書や看護サマリー等と一緒に引き継ぐことで、転院先の医療機関での看護計画、介護保険サービスの調整に役立ちます。



3 関連情報

入退院時における診療報酬と介護報酬の関係



入院病院

入院時支援加算1 240点 ★1
入院時支援加算2 200点

入院事前調整加算 200点

★2	一般病棟	療養病棟
入退院支援加算1	700点	1300点
入退院支援加算2	190点	635点

介護支援等連携指導料 1回目 400点
介護支援等連携指導料 2回目 400点
《主な条件》患者又は家族等に提供した文書の写し、ケアプランの写しを診療録に添付

退院時共同指導料2 400点
【退院時共同指導料2 注3 2000点】

* 3者以上

(在宅医又は看護師等、歯科医師又は歯科衛生士、薬剤師、訪問看護師、PT・ST・OT、ケアマネジャー又は相談員)と共同して指導を行った場合に、他機関共同指導加算として所定点数を加算

* ビデオ通話可能



退院前訪問指導料 580点

退院後訪問指導料 580点

診療情報提供 (I) 250点

療養情報提供加算 50点

入院前

入院時

入院中

退院時

居宅ケアマネジャー



入院時情報連携加算 (要介護者のみ)

(I) 入院した日 250単位
(II) 翌日または翌々日 200単位

退院・退所加算 (要介護者のみ)

連携回数	カンファレンス参加	
	なし	あり
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

* ここでいうカンファレンスとは、診療報酬でいう退院共同指導料2注3の要件を満たすカンファレンスを指す



★1 <入院時支援加算>

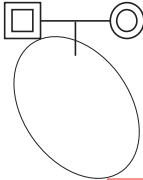
入院前に下記のア～クの項目を実施して療養計画を立てる

- ▼ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）
- ▼イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合は必須）
- ▽ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
- ▽エ 栄養状態の評価
- ▽オ 服薬中の薬剤の確認
- ▽カ 退院困難な要件の有無の評価 P3参照
- ▽キ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ▼ク 入院生活の説明（必須）

★2 <入退院支援加算の算定要件>

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な患者の早期抽出	入院後3日以内に新規入院患者の把握及び退院困難な患者（P3参照）を抽出	入院後7日以内に新規入院患者の把握及び退院困難な患者（P3参照）を抽出
入院早期の患者・家族との面談	一般病棟は入院後7日以内に、療養病棟は14日以内に患者・家族と病状や退院後の生活も含めた面談	できるだけ早期に患者・家族と病状や退院後の生活も含めた面談
多職種によるカンファレンスの実施	入院後7日以内にカンファレンスを実施	できるだけ早期にカンファレンスを実施
退院支援計画作成に着手	7日以内	
病棟	入退院支援及び地域連携業務に専従する職員を専任で配置。	
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）	
連携機関の数	連携する医療機関等（25か所以上）	
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	



【記入日】西暦 年 月 日									
入退院連携シート その1									
提出先 医療機関名					事業所名				
＊ 情報提供については、ご本人またはご家族から同意をいただいています。					担当者名				
入院日(予定) 西暦 年 月 日					電話		FAX		
フリガナ氏名		生年月日		令和 年 月 日		年齢	歳	性別	世帯状況
現住所		TEL		携帯電話		FAX			
緊急時連絡先	ふりがな氏名		続柄		同居/別居		電話番号(携帯推奨)		連絡しやすい時間帯
	①				☐ 同 ☐ 別(市)				
	②				☐ 同 ☐ 別(市)				
	③				☐ 同 ☐ 別(市)				
要介護度		☐ 非該当 ☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 要支援() ☐ 要介護()							
障害等認定		☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病 ☐ その他					経済状況		
		内容・等級 ()							
かかりつけ医		機関名 (科)					家族構成図		
		主治医							
		電話 FAX							
		FAX							
かかりつけ歯科医		機関名 (科)					 ダブルクリックすると「家族構成図」が作成できます		
		主治医							
		電話 FAX							
		FAX							
かかりつけ薬局		☐ 無 ☐ 有 薬局名 お薬手帳							
		電話 FAX							
訪問看護ステーション		☐ 無 ☐ 有 機関名							
		電話 FAX							
住環境		☐ 一戸建 ☐ 集合住宅(階に居住) ☐ エレベーター有							
		☐ 特記事項							
金銭管理		☐ 本人 ☐ 家族(続柄:) ☐ その他()							
麻痺		☐ 無 ☐ 有()							
視/聴覚障害		☐ 無 ☐ 有() ☐ 眼鏡 ☐ 補聴器							
申込中の施設		☐ 無 ☐ 有()							
感染症		☐ 無 ☐ 有()							
サービス利用		☐ 訪問介護(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☐ 訪問リハビリ(回/週)							
		☐ 通所介護(回/週) ☐ 通所リハビリ(回/週) ☐ その他のサービス利用:種類/頻度等							
		☐ 福祉用具貸与・住宅改修等							
特記事項/その他(日中の状態、入院までの経過、興味・関心のある事など(文字数等によって印字されないことがありますのでご確認下さい))									
【別紙】: ☐ 無 ☐ 有 () *入退院連携シートはその1・その2がセットです。									



入退院連携シート その2

患者氏名:		(生年月日:		年	月	日)	歳								
障害高齢者の 日常生活自立度 認知症高齢者の 日常生活自立度	①入院前の状態	西暦 年 月 日					②退院に向けて	西暦 年 月 日							
	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2						☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2								
	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M						☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M								
食 事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 絶食						☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 絶食								
	嚥下機能	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる					☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる								
	口腔状態	☐ 自歯 ☐ 欠損歯あり(義歯使用)					☐ 自歯 ☐ 欠損歯あり(義歯使用)								
		☐ 欠損歯あり(義歯不使用) ☐ 不明・把握せず					☐ 欠損歯あり(義歯不使用) ☐ 不明・把握せず								
	形 態	☐ 常食 ☐ 粥 ☐ 軟菜食					☐ 常食 ☐ 粥 ☐ 軟菜食								
		☐ きざみ食 ☐ ミキサー食 ☐ とろみ食					☐ きざみ食 ☐ ミキサー食 ☐ とろみ食								
アレルギー	☐ 無 ☐ 有()					☐ 無 ☐ 有()									
その他	☐ 経鼻栄養 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 特別食()					☐ 経鼻栄養 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 特別食()									
介護状況や 指導内容	塩分・水分・カロリー制限、禁忌事項等:					塩分・水分・カロリー制限、禁忌事項等:									
排 泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
	失 禁	☐ あり ☐ 時々 ☐ まれにあり ☐ なし					☐ あり ☐ 時々 ☐ まれにあり ☐ なし								
	方 法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ リハビリパンツ ☐ パット					☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ リハビリパンツ ☐ パット								
	介護状況	☐ カテーテル・人工肛門等 ☐ おむつ ☐ その他()					☐ カテーテル・人工肛門等 ☐ おむつ ☐ その他()								
夜間睡眠	☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 眠剤の服薬あり					☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 眠剤の服薬あり									
着 脱	上着の着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
	ズボン・パンツの着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
移 動	歩 行	☐ つかまらず可 ☐ なにかにつかまれば可 ☐ できない					☐ つかまらず可 ☐ なにかにつかまれば可 ☐ できない								
	移 乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
	方法 (屋内)	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ シルバーカー					☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ シルバーカー								
	介護状況	☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他()					☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他()								
清 潔	入 浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
	入浴方法	☐ 浴槽 ☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ その他()					☐ 浴槽 ☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ その他()								
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
	口腔衛生	☐ 良好 ☐ 口臭あり ☐ 汚れあり ☐ 不明・把握せず					☐ 良好 ☐ 口臭あり ☐ 汚れあり ☐ 不明・把握せず								
認 知 機 能	確定診断	☐ 無 ☐ 有(診断名:)					☐ 無 ☐ 有(診断名:)								
	短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり					☐ 問題なし ☐ 問題あり								
	意思決定	☐ 可能 ☐ 時々支援が必要 ☐ 常に支援が必要 ☐ できない					☐ 可能 ☐ 時々支援が必要 ☐ 常に支援が必要 ☐ できない								
	症状	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴言・暴行 ☐ ひとり歩き					☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴言・暴行 ☐ ひとり歩き								
服薬管理	介護状況	☐ 介護抵抗 ☐ その他()					☐ 介護抵抗 ☐ その他()								
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
	アレルギー ☐ 無 ☐ 有()						アレルギー ☐ 無 ☐ 有()								
その他	一包化 ☐ 無						一包化 ☐ 無								
	今後の在宅生活の展望について(担当ケアマネジャー等からの意見)						入院期間 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日								
	退院前 カンファレンス	☐ 参加希望あり					病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方								
		【別紙】 ☐ 無 ☐ 有()					☐ 無 ☐ 有()								
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席	回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席								
1			☐ 無 ☐ 有 3				☐ 無 ☐ 有								
2			☐ 無 ☐ 有 *	活用の仕方として聞き取りの度に変えてチェックしていく方法もあります。											

尼崎市における入退院調整の標準的な取扱い

令和6年10月 第4版

編集発行 尼崎市医療・介護連携協議会

問 合 先 保健局保健企画課 尼崎市七松町 1-3-1-502
電話 06-4869-3010 FAX 06-4869-3049

福祉局包括支援担当 尼崎市東七松町 1-23-1
電話 06-6489-6356 FAX 06-6489-6528

尼崎市医療・介護連携支援センター



尼崎市南塚口町 4-4-8 ハーティ 21 尼崎市医師会内
電話 06-6423-9916 FAX 06-6423-9917