

円滑な医療介護の連携のために ～ケアマネジャーにおける入退院支援～

この研修では、退院支援に携わる看護師・ソーシャルワーカー（SW）など多職種の皆様と、2025.1.14に開催した岡山市在宅療養支援強化研修の内容も踏まえ、ケアマネジャーとの連携において生じる課題を整理し、より良い支援につながる工夫やポイントを共有できればと考えております

早期の情報共有や多職種での協働を通じて、ご利用者やご家族が安心して在宅復帰できるよう、ケアマネジャーの業務を中心にご理解いただくことで、日常の連携の参考になれば幸いです



一般社団法人 岡山県介護支援専門員協会

柴田 倫宏

Okayama Care Manager Association

入院時の連携

【算定要件】

利用者の心身の状況や生活環境等の情報を提供した場合に所定単位数を加算

入院時情報連携加算（Ⅰ）【250単位】

入院した日の【当日】に、病院の職員に対して必要な情報を提供した場合

*必要な情報とは？

- ・心身の状況（例：疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）
- ・生活環境（例：家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）
- ・サービスの利用状況

*情報提供を行った日時、内容、提供手段（面談、FAX 等）について居宅サービス計画等に記録すること

***FAXの場合、先方が受け取ったことを確認**



①入院時の連携 ～窓口&入院時連携シートの送付先～

○SW

- ・ 早期に情報提供があると、他スタッフとの連携がスムーズになる
- ・ 入院直後では、治療方針が確定していない場合があり、病名や入院期間、担当SWなど、答えられないことが多い

○CM

- ・ 入院した際の窓口は、病棟看護師？ソーシャルワーカー？
- ・ 情報提供の方法はFAX？持参？病院によって異なる？

☆連携のポイント

- ・ 入院直後は、明確な診断や方針が決まっていないことが多い
- ・ 病院によって対応は異なる。まずは病院に電話連絡。担当CMであることを説明、状況報告（情報）を得ましょう

介護報酬改定により当日中の情報提供が増えた

- ①電話連絡による入院の確認
- ②FAXによる情報提供の順で連絡を



①入院時の連携 ～入院時連携シートの内容～

○CM

- ・骨折等、受傷前と入院時の状態が異なる場合、どちらの状態を連携シートに記載すれば良いか？

○SW

- ・入院直前のADLだけでなく、調子を崩す前の情報や自宅の情報があれば、患者の状況が把握しやすい
- ・情報はできるだけ最新の内容を
- ・週間スケジュール表があると、サービス内容が明確に分かる

☆連携のポイント

- ・連携シートの情報は、受傷前の状態を記載することが望ましい
退院時の目標（受傷前の状態像）になることが多い
- ・病院側では把握しにくい情報があると助かる
→家族関係やサービス利用中の様子など

☆コロナ禍を経て、連携シートを持参するCMが大幅に減少

持参により、病院側は診療報酬上の評価につながる場合がある
シート持参によって、顔の見える関係づくりと、連携のスムーズさにつながる。可能な場合は、持参を心掛けてみては

②転院時の連携

- 転院の場合、CMからの連携シートが共有されていない場合がある

☆連携のポイント

- 転院先の病院へCMの情報を転送することに遠慮がある
所定の様式などを中心に転院先と連絡を取ることが多い
- 転院時に転院前の病院から情報が届いているか確認
- 転院先病院に入院前情報がなければ、退院に向けた連携のために
転院後の病院へ情報提供する

報酬が発生しなくても、率先して転院先の病院に連携シートを提供

CM自ら連携を図る姿勢が重要

「待つ」のではなく、自ら行動することで、より良い連携が図れる

③退院時の連携 ～介護申請～

○CM

- ・ 退院直前に区分変更申請を依頼された
- ・ 主治医意見書を依頼したが、作成が難しいと説明があった

○SW

- ・ 短期間の入院中に介護申請や方針検討等を求められる場面がある

☆CMの現状として

医療機関の方へ知ってほしいこと・お願い

- ・ 介護認定の実態として、申請から認定までに約1ヶ月半かかる
- ・ 退院に向けてサービス量を増やす際、認定の見込み違いによる過剰な支払いが発生しないよう留意する必要がある
- ・ 入院中の担当医に主治医意見書を早期に作成、提出してもらうことで、円滑な対応が可能となる
- ・ ケースによっては、入院をきっかけに大幅な支援の変更が生じることがあり、その際は、入院中に施設入所や今後の在宅生活の方針について調整を行うことがあり、協力をお願いする場面がある

③退院時の連携 ～家屋調査～

- ・退院前の家屋調査を全てのケースで行っているわけではない

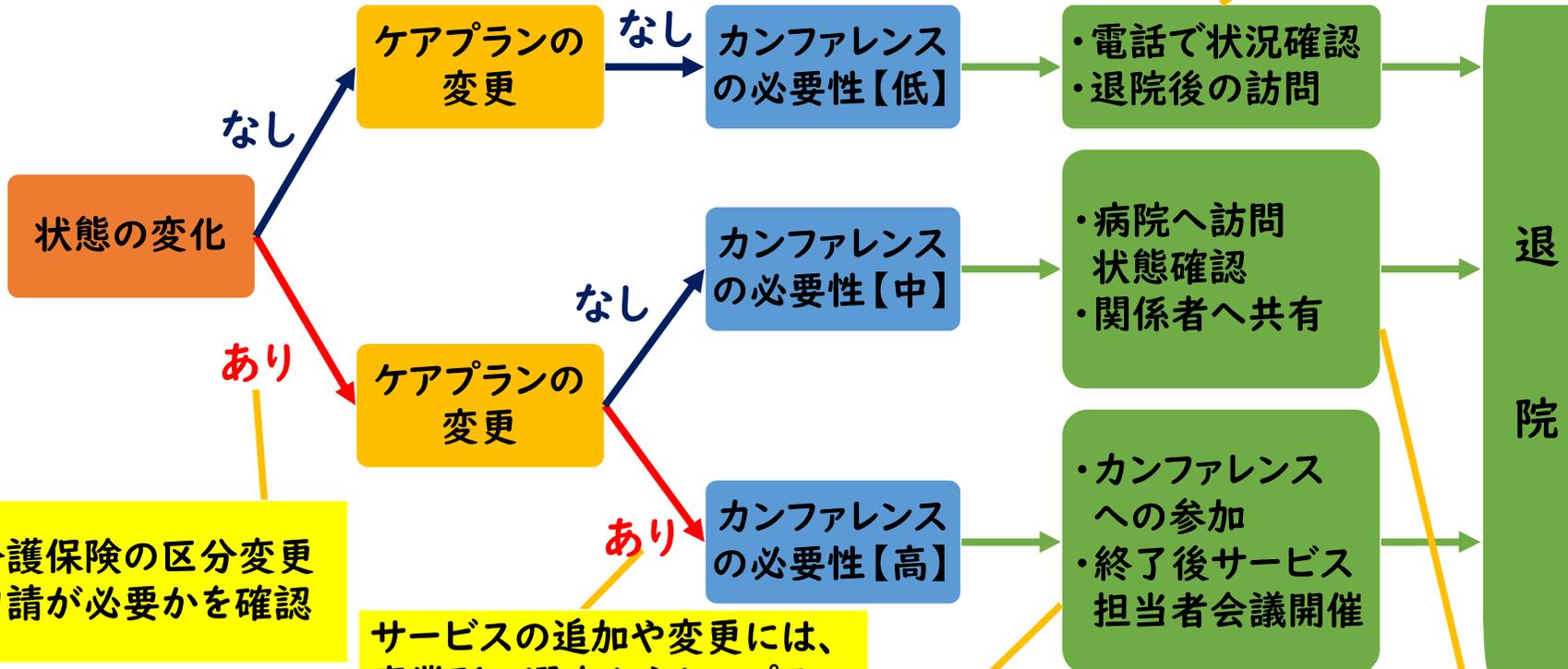
☆連携のポイント

- ・入院中の状態から、自宅でどのような生活が可能か、生活機能の見通しと家屋状況の丁寧なアセスメントが求められる
- ・退院前に家屋調査などの必要性があれば、ケアマネジャーから病院の担当者に、どのような方法があるか相談するように心掛ける
- ・「自宅の写真の確認」「オンラインの活用」など、さまざまな工夫をしている場合がある



③退院時の連携

- ・ 事前に退院日がわかれば、急な退院でも問題ない
- ・ 退院後のサービスなどの再開調整や経過について関係者に共有を行う



介護保険の区分変更申請が必要かを確認

- ◆ 主治医意見書の作成を依頼
- ◆ 申請～認定が降りるまで約1.5ヶ月

サービスの追加や変更には、事業所の選定からケアプラン作成までの作業や連絡調整に数日～2週間程度必要
※住宅改修：工期も考慮

- ・ カンファレンスにて、本人の状態や健康管理の留意点、在宅復帰後の見通し等が確認できる
- ・ 医療系サービスを利用する場合には、その際に医師の意見が確認できる
- ・ 終了後にサービス担当者会議を開催することで、退院直後からスムーズなサービス開始が可能になる

- ・ 状態の変化があり、健康管理やリハビリなど、直接サービス事業所が引継ぎを受けた方が望ましい場合等は、カンファレンスが開催されることが望ましい
- ・ ケアプランを変更しない場合は、ケアマネジャーが病院に訪問し、担当者より引継ぎを得らることで足りることが多い

③退院時の連携 ～退院前カンファレンス～

○CM

- もっと退院前のカンファレンスを開催してほしい

○SW

- 本人、家族、医師へ確認が必要。早急な手配が困難な場合がある
- 変化する病状の中で、本人、家族と医師の間で急な方針変更があると情報共有の遅れが生じる事がある

◎退院時の連携における課題

- 調整のタイミング、本人・家族と医師間の話し合いによる急な方針変更、家族や介護支援専門員との意向のズレ、迅速なサービス提供につながらないなど、退院前カンファレンスや調整が難しい

③退院時の連携 ～退院前カンファレンス～

☆連携のポイント

- 急な退院では、退院後、必要となるサービス調整の判断が難しい
- サービス変更の有無がポイントになり、その場合は時間を要す
- 本人の状態や意向の把握、健康管理上の留意点や医師の意見などを把握できないと、必要なサービス調整が難しい
- 情報収集の場として、退院前カンファレンス開催が望ましい

- SWが把握している状況や入院期間の見込み等、主観的な意見も踏まえて、今後の方向性を伝えてもらえるとありがたい
見込み違いが発生しても、より具体的な状況が伺える方が助かる

- 互いの業務を知り、理解を深めることが、多職種連携の基本



2025.1.14 岡山市在宅療養支援強化研修 終了後アンケートより

- 急性期病院の業務の多忙さや、ベッドコントロールの大変さを理解し、病院側の事情を考慮した対応の必要性を感じた
- 病院ごとに異なる連携の仕方や、連絡のタイミングについて具体的な課題が理解できた
- 「顔の見える関係」の重要性を改めて認識し、電話や対面による連絡の必要性を感じた
- お互いの業務内容を知ることで、相手への理解が深まり、円滑な連携につながることを実感した

③退院時の連携 ～退院前カンファレンス～

ちなみに…

病院への入院などからの退院にあたって、病院の職員と面談を行い、必要な情報の提供を受けた上で、ケアプランの再作成を行った場合

退院・退所加算（Ⅰ）イ【450単位】

カンファレンス以外の方法により1回受けていること

退院・退所加算（Ⅰ）ロ【600単位】

カンファレンスにより1回受けていること

退院・退所加算（Ⅱ）ロ【750単位】

2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによる

カンファレンスとは…診療報酬「退院時共同指導料2の注3」の要件を満たすのもの
入院中の医療機関の医師又は看護師とケアマネジャーに加えて

- ・保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士
 - ・保険薬局の保険薬剤師
 - ・訪問看護ステーションの看護師等、PT、OT、ST
- のうち、2者以上の参加を指す

③退院時の連携 ～医療系サービスの導入～

○CM

- ・訪問看護の導入等、指示書の作成してもらえないことがある
- ・医療系サービスを計画したいが、退院前カンファレンスが行われず、医師から導入に関する許可を得ることが難しい場合がある

☆連携のポイント

岡山市令和6年6月版 居宅介護支援 自己点検シートより抜粋
利用者が医療サービスの利用を希望している場合、その他必要な場合には利用者の同意を得て、主治医等の意見を求めているか

※特にリハビリテーションについては、医療機関からの退院患者にリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む計画を作成することが望ましい

退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と機能回復

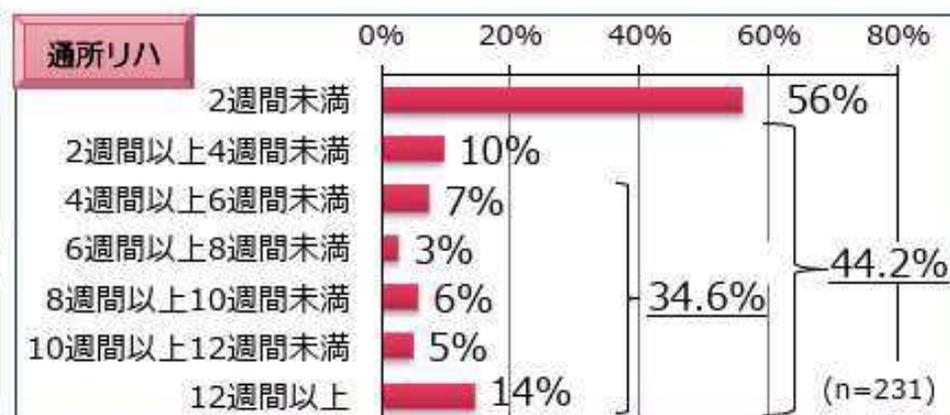
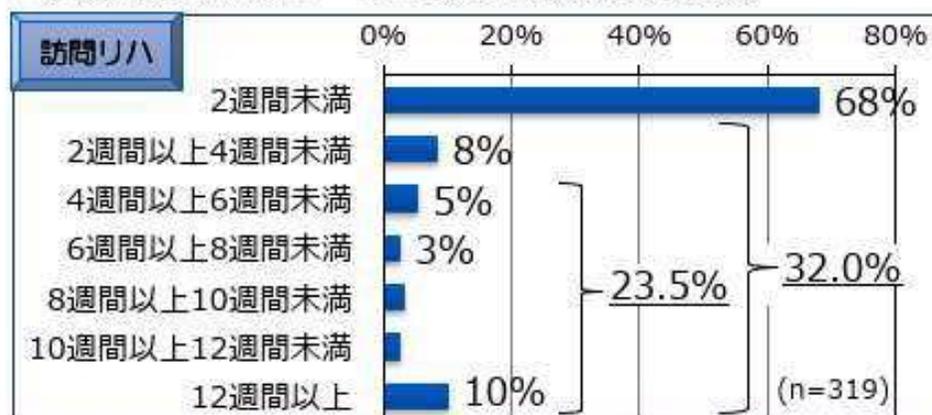
社保審一介護給付費分科会

第220回 (R5. 7. 24)

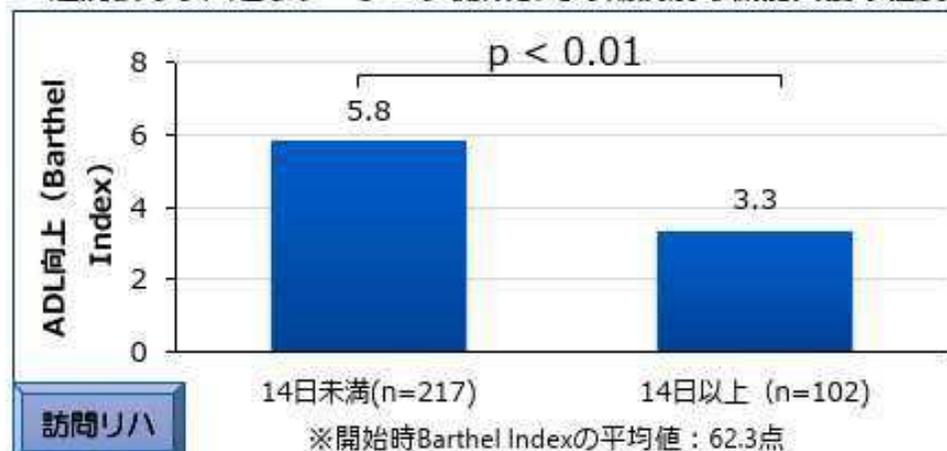
資料 4

- 退院後のリハビリテーション利用の開始について、
 - ・ 訪問リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24%
 - ・ 通所リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35%
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

■退院後のリハビリテーションの利用開始までの期間



■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度



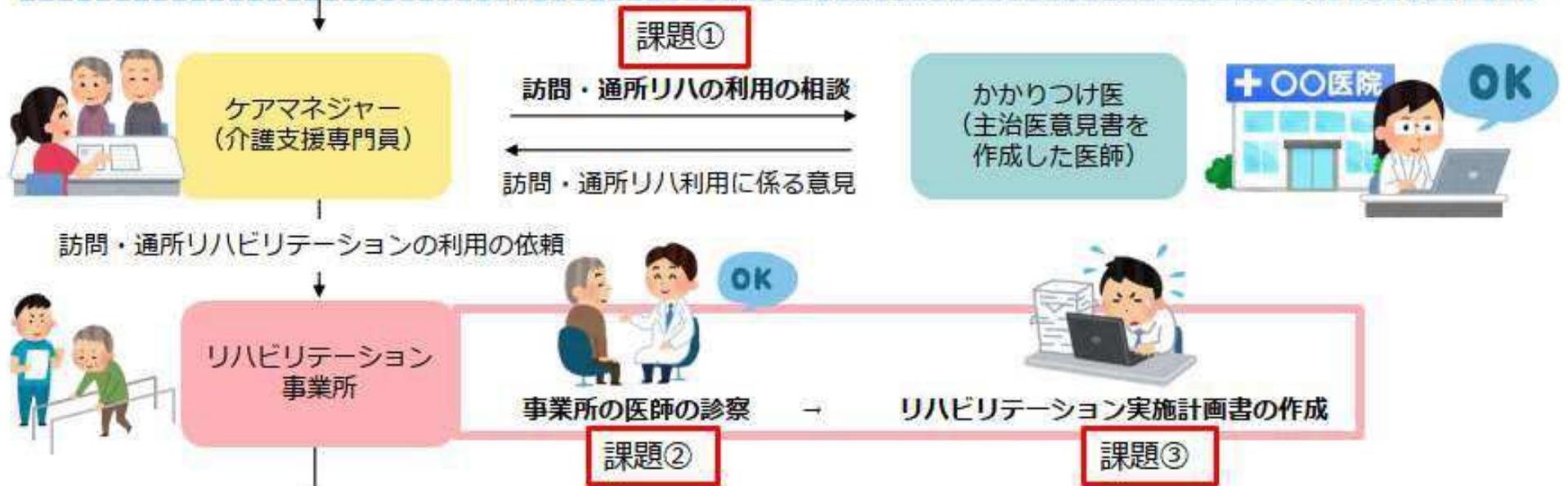
(出典)平成27年度介護報酬改定検証調査(平成28年度調査)の結果を事務局で集計

退院後の介護保険によるリハビリテーション移行の流れと課題（イメージ）

一般的な流れのイメージ



介護認定あり 退院後のリハビリテーションの相談



介護保険のリハビリテーションの開始

課題	内容
①	ケアプランにリハビリテーションを入れる際、介護支援専門員が、かかりつけ医に相談する際に時間を要する
②	リハビリテーション事業所の医師の診察までに時間を要する
③	入院中のリハビリテーション実施計画書を入手しておらず、連続的かつ早期のリハビリテーションの妨げとなる

医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

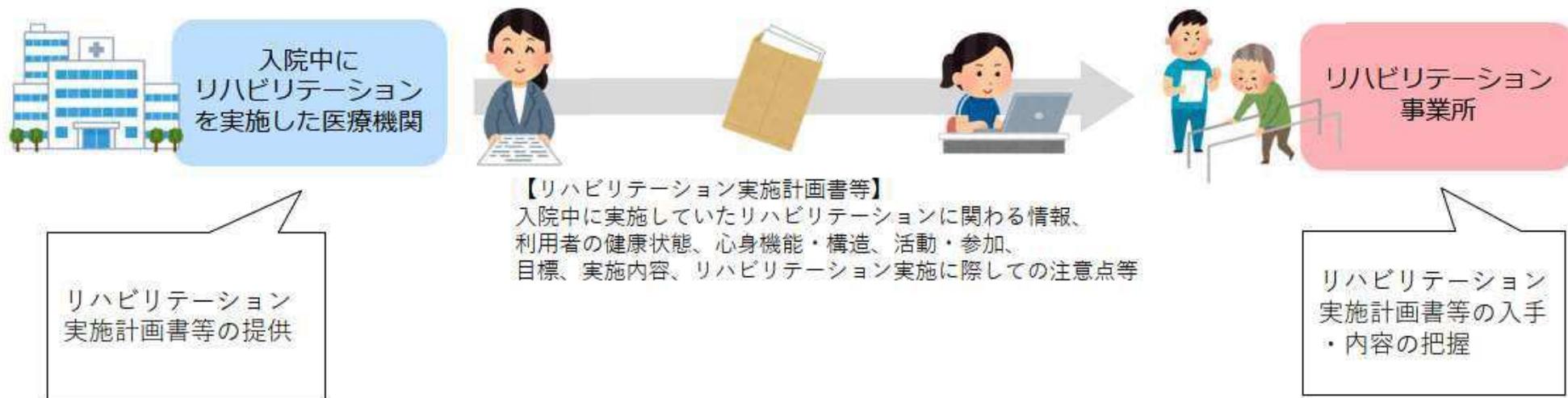
- **退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等**を入手し、**内容を把握することを義務付ける。【省令改正】**

基準

<運営基準（省令）>

- サービス毎に、以下を規定（通所リハビリテーションの例）

医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。





ケアプラン作成連絡票 について

送信日時 令和 年 月 日

ケアプラン作成連絡票（返信兼用）

医療機関名 _____

主治医 _____ 先生

事業所名 _____

所在地 _____

担当ケアマネジャー _____

TEL _____ / FAX _____

次の通りケアプランを作成したいと思いますので、ご意見や留意点、必要情報等についてご指導いただけますと幸いです。
お忙しいところ恐縮ですが、「主治医記載」欄にご記入の上、なるべく早めにご返信くださいますようお願い申し上げます。

【居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）記載欄】

① 被保険者（利用者）情報

被保険者 (利用者)	氏 名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)	
	要 介 護 認 定 区 分	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	認 定 の 有 効 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

② 照会の目的

新規 更新 区分変更 その他 ()

利用者の状態について / 利用者の医療、看護、介護、病状等における医学的意見等

医療系サービスの利用について / 訪問看護など医療系サービスの利用に係る主治医の意見等

福祉用具貸与（購入）について / 軽度者に対する福祉用具貸与の特例給付に係る確認手続き等

その他 ()

③ その他特記すべき事項

主治医への質問・連絡事項など

【主治医記載欄】

サービスのケアプランの位置付けについてのご意見など サービスは必要 サービスは不要

居宅療養管理指導費算定の有無 有 ・ 無

主治医氏名 _____ 返信日時 令和 年 月 日

『ケアプラン作成連絡票』

- 居宅サービス計画に、訪問看護等の医療サービスを位置付ける場合は、主治医等の指示が必要である
- その際、通院の同行等によって顔の見える関係を基本としたる対面での確認が最も望ましいが、医師等との信頼関係のもとで、状況に応じて電話やFAXを用いての確認が行われている
- FAXでの確認において、県内各地域で様々なシートが使われ、受け取り側の医療機関の業務が煩雑になっていること、医療機関の窓口に依頼を行う際、依頼の意図がスムーズに伝わらない等の課題が指摘されている
- そのような課題を踏まえ、県内共通様式を作成することで、名称や様式の統一を図り、ケアマネジャーと医療機関双方の事務負担の軽減を図ることを目的に、岡山県版のケアプラン作成連絡票を作成