

渋川圏域における
病院－在宅連携「退院調整ルール」
に関する Q&A

2026年8月改訂

質問項目

【退院調整ルールの基本】・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.1

Q1	「在宅担当者」、「病院担当者」とは誰を指しているのでしょうか。
Q2	退院調整ルールの内容は、毎年変わるのでしょうか。
Q3	退院調整ルールに関連する診療報酬、介護報酬はルールに従って行えばすべて算定できますか。
Q4	退院調整ルールの目的とは何ですか。

【入院時】・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.2

Q5	病院担当者は入院した患者さん本人や家族に「要介護認定を受けているか」、「担当ケアマネジャーは誰か」について聞き取りをしても分からない時は、どう対応すればよいのでしょうか。市町村へ問い合わせれば教えてもらえますか。
Q6	ケアマネジャーは、担当ケースの入院を把握するのが遅くなってしまった場合でも、病院へ「入院時情報提供書（様式1-1）」を提出する必要がありますか。
Q7	ケアマネジャーは、短期間に入退院を繰り返す場合や、日数の決まっている検査入院でも、「入院時情報提供書（様式1-1）」を提出する必要がありますか。
Q8	家族からの情報が得られる場合は内容が重複してしまいましたが、入院時情報提供書は必要でしょうか。

【退院調整の開始】・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.2-3

Q9	病院担当者は、患者さんの退院の見込みをいつまでに担当ケアマネジャーに連絡すれば良いですか。
Q10	病院担当者は、退院予定日の連絡を、家族からケアマネジャーに連絡できる場合は、家族から担当ケアマネジャーに連絡してもらってもよいのでしょうか。
Q11	病院担当者は、有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅などの施設入居者が退院するときの連絡は、退院先の施設担当者だけにすればよいのでしょうか。ケアマネジャーにも連絡したほうがよいのでしょうか。
Q12	病院担当者は、ケアマネジャーに「看護サマリー」を提出すれば、「退院・退所情報記録書（様式2）」を提出しなくてもよいのでしょうか。
Q13	病院担当者は、「入院時情報提供書（様式2）」の全て項目を記入して、担当ケアマネジャーに提供する必要がありますか。
Q14	病院担当者は「入院時情報提供書（様式2）」を、毎回提出する必要がありますか。

【退院前カンファレンス】・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.4

Q15	退院前カンファレンスの調整は、病院担当者もしくは在宅担当者のどちらが行うのでしょうか。
Q16	退院前カンファレンスは必ず開催する必要がありますか。
Q17	病院から「入院時情報提供書（様式2）」をもらえば、ケアマネジャーは「退院・退所加算」は算定できますか。

【退院後】・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.4

Q18	担当ケアマネジャーは、退院後、病院へケアプランを提供する必要がありますか。
-----	---------------------------------------

【個人情報の取り扱い】・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.5

	退院調整ルールにおける個人情報の取り扱い上の留意点はなんですか。
--	----------------------------------

【退院調整ルールの基本】

Q 1	「在宅担当者」、「病院担当者」とは誰を指しているのでしょうか。
	A.「在宅担当者」はケアマネジャー・地域包括支援センターのことで、 「病院担当者」は病棟看護師・地域連携室の退院担当者のことです。 渋川圏域では、小規模多機能型居宅介護には適用していませんが、病院担当者からは区別が付きにくいいため小規模多機能型居宅介護にも同様の周知はしています。

Q 2	退院調整ルールの内容は、毎年変わるのでしょうか。
	A.より良い連携を目指して、必要時に改定をします。 病院、居宅介護支援事業所へのアンケート結果や制度改正をふまえ退院調整ルールが適応できるように、退院調整ルール検討部会で検討を行い、必要な改定を行います。 「渋川地区在宅医療連携支援センターのホームページ」にて、定期的に確認をお願いします。

Q 3	退院調整ルールに関連する診療報酬、介護報酬はルールに従って行えばすべて算定できますか。
	A.診療報酬や介護報酬に適応できるようにシートの改定などをしてはいますが、ルールの内容だけでは、算定要件をすべて満たすものではありません。 別添の資料「退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例」を参考に、各々の算定要件を確認した上で算定してください。

Q 4	退院調整ルールの目的とは何ですか。
	A.医療機関から在宅へ患者が退院するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められています。 しかし退院調整漏れがあることから、医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援ができ、円滑な在宅への移行を図ることを目的としています。 また、退院調整ルールの手引きは、退院支援がなかったために、患者や家族が退院後困ることを1例でもなくすために、実践できることがねらいとなっています。

【入院時】

Q 5	病院担当者は入院した患者さん本人や家族に「要介護認定を受けているか」、「担当ケアマネジャーは誰か」について聞き取りをしても分からない時は、どう対応すればよいのでしょうか。市町村へ問い合わせれば教えてもらえますか。
	A.介護保険証で確認をしてください。 介護保険証に記載のある事業所へ、在宅担当者についてお問い合わせください。 介護保険証で分からない場合は市町村へ問い合わせをしてください。 対応については市町村により異なります。

Q 6	ケアマネジャーは、担当ケースの入院を把握するのが遅くなってしまった場合でも、病院へ「入院時情報提供書（様式 1－1）」を提出する必要がありますか。
	A. 入院を把握した時点で、病院担当者と連絡を取り合ってください。 「入院時情報提供書（様式 1－1）」があることで、入院前の生活状況が分かり、退院時の状態変化を病院担当者は判断できるため、退院調整がスムーズになります。

Q 7	ケアマネジャーは、短期間に入退院を繰り返す場合や、日数の決まっている検査入院でも、「入院時情報提供書（様式 1－1）」を提出する必要がありますか。
	A. 前回の情報提供の内容と状態に変化がない場合には、口述での情報提供も可能です。 状態に変化がない旨を病院担当者に連絡をして連携をとってください。 手術などの予定入院の場合には、事前に病院から連絡をいただくこともあります。 入院日が確定していれば、本人の同意を得て、入院日前に「入院時情報提供書（様式 1－1）」を提供してください。

Q 8	家族からの情報が得られる場合は内容が重複してしましますが、「入院時情報提供書（様式 1－1）」は必要でしょうか。
	A. ケアマネジャーは退院後の生活や療養を支える専門職として、入院日、心身の状況、生活環境及びサービスの利用状況など必要な情報を提供してください。

【退院調整の開始】

Q 9	病院担当者は、患者さんの退院の見込みをいつまでに担当ケアマネジャーに連絡すれば良いですか。
	A. 病院担当者は可能な範囲でケアマネジャーの退院調整に必要な期間「概ね 1 週間」を考慮して、連絡をしてください。

Q 10	病院担当者は、退院予定日の連絡を、家族からケアマネジャーに連絡できる場合は、家族から担当ケアマネジャーに連絡してもらってもよいでしょうか。
	A. 病院担当者は、要支援から要介護への変更の可能性に関係なく、入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に、基本的には病院担当者から連絡をしてください。

Q11	病院担当者は、有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅などの施設入居者が退院するときの連絡は、退院先の施設担当者だけにすればよいのでしょうか。ケアマネジャーにも連絡したほうがよいのでしょうか。
	A. 施設担当者への連絡も必要ですが、住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の施設入居者は、ケアプランの作成、サービスの調整は外部のケアマネが担当するため、退院するときは外部のケアマネにも連絡が必要となります。住宅型有料老人ホーム等は「住まい」であり、介護サービスは外部の事業所と個別契約して利用します。そのため、訪問介護や訪問看護など、介護保険サービスを利用する場合、外部のケアマネがケアプランを作成する必要があります。退院するときは、病院担当者から介護保険者証の記載事業所に連絡をしてください。 ※下記の表にある介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）は、老健（介護老人保健施設）や特養（介護老人福祉施設）と同様に、施設ケアマネが配置され、施設内で一体的に介護サービスが受けられる施設です。

【参考】施設にケアマネがいる施設、ケアマネがいない施設

入所先	施設ケアマネ	病院が主に連携する相手
住宅型 有料老人ホーム	いない	外部の居宅ケアマネ と施設職員
サービス付き高齢者向け住宅	いない	外部の居宅ケアマネ と施設職員
介護付き 有料老人ホーム （特定施設入居者生活介護）	いる	施設ケアマネ
介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	いる	施設ケアマネ・相談員
介護老人保健施設	いる	施設ケアマネ・支援相談員
介護医療院	いる	施設ケアマネ

Q12	病院担当者は、ケアマネジャーに「看護サマリー」を提出すれば、「退院・退所情報記録書（様式2）」を提出しなくてもよいのでしょうか。
	A. 新規にサービスを利用とする人と、入院前に介護サービスを利用して、入院前と状態が変化し、サービスの再調整（種類、量など）が必要になった場合は、退院調整が必要ですので、「退院・退所情報記録書（様式2）」を提出してください。 退院・退所情報記録書を受理したら、在宅担当者が退院後の生活に向けて調整を始めます。「看護サマリー」は入院中のケアの要約で、「退院・退所情報記録書（様式2）」は使用目的が異なります。

Q13	病院担当者は、「退院・退所情報記録書（様式2）」の全て項目を記入して、担当ケアマネジャーに提供する必要がありますか。
	A. 「退院・退所情報記録書（様式2）」とは、病院担当者がケアマネジャーに対して退院後のサービス調整を依頼するシートですので、入院前にケアマネジャーがいる場合と、いない場合とで異なります。 ・ケアマネジャーがいる場合 → 手引き P.2-3 参照 ・ケアマネジャーがいない場合 → 手引き P.4-5 参照

Q14	病院担当者は「退院・退所情報記録書（様式2）」を、毎回提出する必要がありますか。
	A.入院前の状態と変化がなく、サービスの利用調整が必要でない場合は、ケアマネジャーと相談のうえ省略し、「退院時引継情報（看護サマリー等）」で対応する事も可能です。

【退院前カンファレンス】

Q15	退院前カンファレンスの調整は、病院担当者もしくは在宅担当者のどちらが行うものですか。
	A.退院カンファレンスは病院主催のため、患者の同意を得て、病院担当者が調整を行います。 新たに介護保険を利用する場合は、病院担当者から退院調整の連絡を受けたケアマネジャーが家族と連絡を取り、早急に病院担当者との面談の機会を作ってください。

Q16	退院前カンファレンスは必ず開催する必要がありますか。
	A.連携を推進・切れ目のない支援を行うために、地域連携の必要な方は開催してください。 病院担当者が、望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等について、説明や指導を行い、ケアマネジャーが居宅サービス計画を作成した場合に、入院中に2回に限り、病院が介護支援等指導料を算定できます。 開催の時期としては、1回目は病院担当者が在宅可能と判断した段階で、2回目は、退院前提を想定した段階です。多職種での退院前カンファレンスの必要性は、別途病院担当者が決定してください。 いずれも、病院にケアマネジャーが来院し、面談を行うことが必須です。 ただし、令和2年度から、利用者またはその家族からの同意を得て、ICTによる面談でも良いとされています。

Q17	病院から「退院・退所情報記録書（様式2）」をもらえば、ケアマネジャーは「退院・退所加算」は算定できますか。
	A.病院から「退院・退所情報記録書（様式2）」をもらっただけでは、退院・退所加算の算定はできません。 病院担当者から要請を受け、面談に参加し、必要な情報の提供を受け、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、サービスの利用に関する調整を行うなど、ケアマネジメントの一連のプロセスを行ことが算定要件です。 カンファレンスへの参加か面談かの方法によるものと、実施した回数により算定できる単位数が異なります。ただし、令和2年度からICTによる面談でも良いとされています。

【退院後】

Q18	担当ケアマネジャーは、退院後、病院へケアプランを提供する必要がありますか。
	A.病院が介護支援連携指導料を算定する際に、診療録に添付することが算定要件です。そのため、ケアマネジャーは退院後に居宅サービス計画（ケアプラン）の写しを病院に提供してください。

【個人情報の取り扱い】

Q19	退院調整ルールにおける個人情報の取り扱い上の留意点はなんですか。
	A.退院調整ルールを使用するにあたっては、病院担当者とケアマネジャーは本人・家族の同意を得てください。 ケアマネジャーは、居宅介護支援の契約時に個人情報の取り扱いについても説明し同意を得ていると思いますが、退院調整ルールで情報を使用する際は、改めて本人・家族の同意が必要です。 ケアマネジャーが病院に情報提供する際は、「入院時情報提供連絡票（様式1－2）」を表紙につけ、情報提供を行ってください。 病院担当者は、受理後、受理日・受理者氏名を記載の上、ケアマネジャーに返信してください。 FAX送信の留意点は、手引き P.3 を参照してください。

発行年月日：2021年12月1日 第1版発行

改訂：2026年8月改訂

監修：渋川地区退院調整ルール運用部会

渋川市／渋川市地域包括支援センター

榛東村／榛東村地域包括支援センター

吉岡町／吉岡町地域包括支援センター

発行・編集：渋川地区在宅医療介護連携支援センター