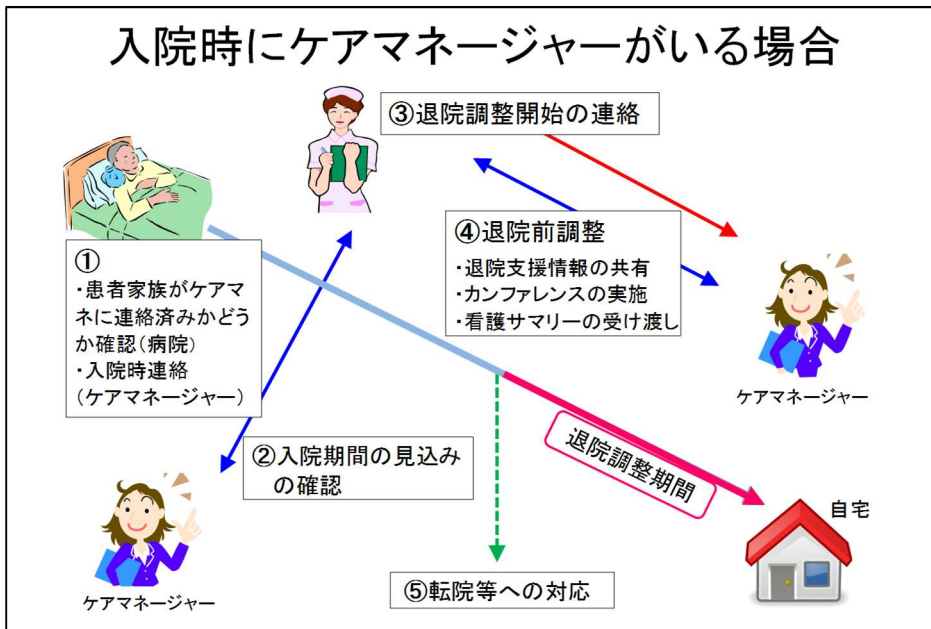


有田保健医療圏での退院調整ルール

退院調整ルールにおける共通事項

- 1 自宅から入院して自宅へ退院する患者(利用者)を対象とする。
- 2 ケアマネージャー = 地域包括支援センター、事業所の在宅ケアマネージャー
- 3 病院担当者 = 病棟看護師、地域医療連携室(連携担当者)

入院時にケアマネージャーがいる場合



① 患者・家族がケアマネージャーへ入院連絡済みかどうか確認(病院)、入院時の連絡(ケアマネ)

・病院は、入院時の聞き取りの際、患者・家族に対して入院したことを担当ケアマネージャーに連絡したかどうかを確認する。

◇患者・家族が既に担当ケアマネージャーに連絡済みの場合、病院は担当ケアマネージャーの事業所への連絡は不要。

◇患者・家族が担当ケアマネージャーに連絡していない場合は、患者・家族に担当ケアマネージャーに連絡するよう依頼する。

※患者・家族が担当ケアマネージャーを知らない場合に、病院側で以下の方法により担当ケアマネージャーを確認できたときは、患者・家族に担当ケアマネージャーを伝え、連絡するよう依頼する。なお、理解が難しいなど、患者・家族側で連絡することが困難であると病院が判断した場合は、患者・家族の同意のもと、病院が担当ケアマネージャーの事業所へ連絡する。

・ケアマネージャーは全ての利用者について入院を知ればすみやかに、病院が指定する窓口へ、何らかの方法で連絡する。

◇検査入院の患者は原則として情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて病院担当者とケアマネージャーで相談して決める。

◇ケアマネージャーは、要支援・要介護に関わらず、また入院後何日後かに関わらず何らかの方法により情報提供する。

◇ケアマネージャーは利用者の入院に早期に気付くために下記のことをしておく。

- i 健康保険証にケアマネージャーの名刺を付けておく。
- ii 介護サービス事業所に利用者の入院に気付いた時はケアマネージャーに連絡する事を求めておく。
- iii 本人や家族に入院すればケアマネージャーに連絡することを依頼しておく。

◇病院は下記の方法によりケアマネージャーを確認する。

- i 入院時の聴き取りでケアマネージャーを確認する。(健康保険証に付いている名刺の確認、介護保険証に記載している事業所の確認、本人や家族から介護サービスの利用について確認する等)
- ii 聴き取り等によってケアマネージャーの有無や事業所が分からない場合、以下の表を参考に、病院は患者の居住地の市町村役場へ確認する。照会を受けた市町村介護保険担当者は、病院担当者へ患者のケアマネージャー名(事業所名含め)を回答する。

② 入院期間の見込みの確認

・入院期間の見込みを確認したい場合、ケアマネージャーは病院に問い合わせ、病院は本人・家族の了承を得て、概ねの見込みをケアマネージャーに伝える。

◇診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込みより早く(遅く)なる可能性があることを踏まえた上での情報共有とする。

③ 退院調整開始の連絡

・病院担当者は退院調整に用いる基準の**基準1**に基づいて、患者が在宅退院できそうと判断できれば、退院準備の日数をできるだけ多く残すことを考慮して、入院時に連絡があったケアマネージャーに退院調整開始を電話連絡する。(看護師等の判断の前に主治医から退院調整の指示があればすみやかに、ケアマネージャーに連絡する。)

◇実際の退院が早く(遅く)なることや転院・施設入所となる可能性があることを踏まえた上での連絡とする。

④ 退院前調整(退院調整情報の共有、退院前カンファレンス、看護サマリーの提供)

・下記 i ~ iv の手順で退院調整にかかる情報共有と、必要な場合に応じて退院前カンファレンス等を行う。

・看護サマリーを必要とする場合、ケアマネージャーは事前に相談(連絡)した上で病院へ受け取りに行く。サマリーはなるべく専門用語や略語を使わないようにする。

(病院へ受取に行けない場合は、提供方法について病院担当者とケアマネージャー間で相談して決める。)

(面談＝病院担当者とケアマネージャーのみの面談)

- i 病院担当者からケアマネージャーに退院調整の開始を電話連絡し、その時に面談(カンファレンス)の実施について病院担当者とケアマネージャー間で相談して決める。
- ii 病院担当者はケアマネージャーに提供する情報を面談(カンファレンス)までに準備しておく。
- iii 面談(カンファレンス)時にケアマネージャーが病院を訪問して必要な情報を聴き取る。
- iv 追加の面談(カンファレンス)については病院担当者とケアマネージャー間で相談して決める。

⑤ 自宅以外に退院する場合

・自宅から入院して退院後に施設入所となる患者については、病院と施設担当者と引き継ぎすることを原則とし、必要に応じて、入院時の担当ケアマネージャーも情報提供等で協力する。

(ショートステイ(ショートステイの長期利用を含む)の場合はケアマネージャーが調整する。)

・転院した場合は、初めに入院した病院が転院先に入院時情報提供書を引き継ぐ。

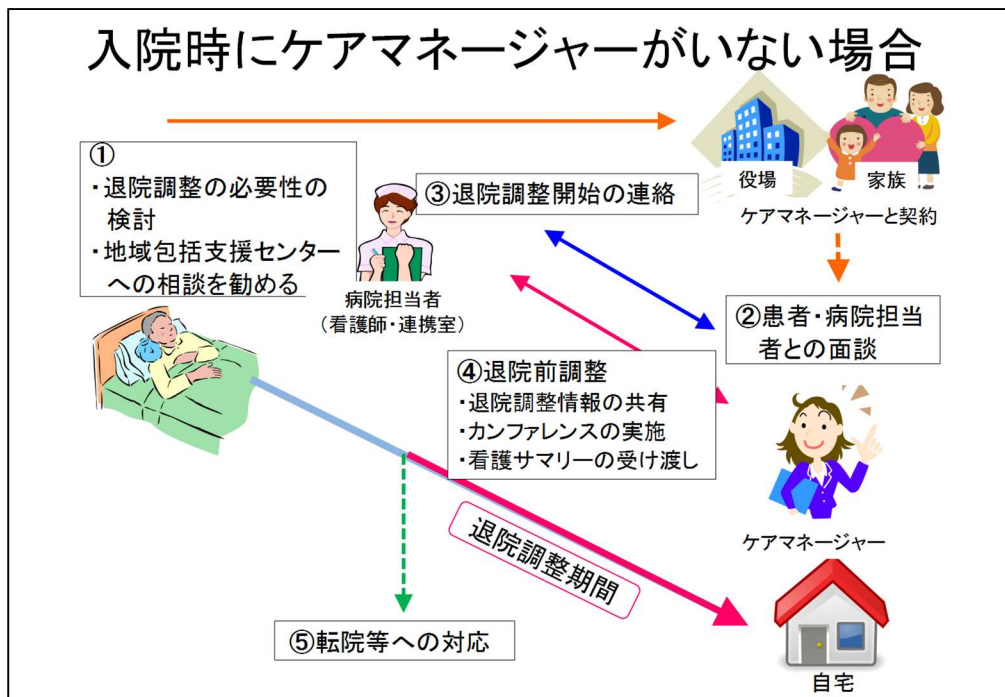
・施設入所や転院する場合は、入院時のケアマネージャー事業所にその旨を電話連絡する。

(転院や入所を知らせることが目的であり、退院の引き継ぎを行うための連絡ではない。)

参考 各市町の介護保険担当窓口(主にケアマネージャーの照会先)

市町村	担当課	担当係等	電話番号	備考
有田市	高齢介護課	介護保険係	0737-22-3538	直通番号
湯浅町	福祉課	介護保険係	0737-64-1120	直通番号
広川町	保健福祉課	包括班	0737-23-7724	直通番号
有田川町	長寿支援課	長寿支援班	0737-22-4502	直通番号

入院時にケアマネジャーがいない場合



① 退院調整の必要性の検討

病院担当者は退院調整に用いる基準の**基準2**を用いて退院調整の必要性を検討し、必要に応じて患者家族等に、居住地の地域包括支援センターへ相談をするように勧める。

なお、介護認定申請済みであっても、ケアマネジャーが決まっていない場合、地域へ支援をつなぐという観点から、患者家族等に、居住地の地域包括支援センターへ相談をするように勧める。

◇40歳～64歳の場合、介護保険の対象となる疾病を確認する。

② 患者・病院担当者との面談

ケアマネジャーは入院患者の担当になることが決まれば、すみやかに病院に面談に行く。

◇患者(家族)及び病院担当者と面談を行い、後の退院調整について相談する。

③ 退院支援開始の連絡

④ 退院前調整

⑤ 転院等への対応

入院時にケアマネジャーがいる場合と同じ

参考 各市町の地域包括支援センター窓口（切れ目のない支援にするためのつなぎ先）

市町村	電話番号	備考
有田市地域包括支援センター	0737-22-3540	直通番号
湯浅町地域包括支援センター	0737-64-1120	直通番号
広川町地域包括支援センター	0737-23-7724	直通番号
有田川町地域包括支援センター	0737-22-4502	直通番号

(本ルール運用の留意点)

本ルールは、退院調整漏れやケアマネジャーへの連絡漏れをなくすための、ケアマネジャー及び病院担当者間の一般的な決めごとです。

既に病院やケアマネジャーが独自の取り組みにより効果的に運用されている場合は、それらを否定するものではなく、本ルールに拘束されるものではありません。