

退院調整ルールについて

〈目的〉

要介護・要支援状態の患者が自宅等に退院するための準備をする際に、**病院からケアマネージャーに着実に引き継ぐための情報共有のルール**であり、病院関係者と在宅関係者が連携してルールを実践することで、引継ぎがなされないまま退院し、在宅での生活や療養に**困る患者および家族**をなくすことを目的としている。

支援の対象

在宅へ退院する患者（利用者）で、下記のいずれかに該当する場合
(※在宅：自宅のほか、他病院への転院や介護施設を除くケアハウス、高齢者住宅等)

- 入院前に介護保険サービスを利用していた方
⇒ケアマネージャーが決定している場合

- 退院後に介護保険サービスを利用予定の方
- 病院担当者が、在宅に向けて退院調整が必要と判断した方
⇒ケアマネージャーが決定していない場合

ルール運用の留意点

- 位置づけ

患者のスムーズな在宅移行を支援するための基本的な流れを示したもので、定期的な運用見直しを実施する。

- 情報共有シート の使用方法

あくまでも参考様式であり、既存のシート等がある場合は代用可能である。

ケアマネージャーが決まっている場合

入院時連絡

病院担当者とケアマネージャーは、お互いに速やかな入院時の連絡に努める。

(※入院の情報についてどちらか早く知った方が相手に連絡をする。)

〈病院〉

患者が介護保険サービスを利用していることを確認したら、おおむね**3日以内**に担当のケアマネージャーへ入院の連絡を入れる。

〈ケアマネージャー〉

利用者の入院が分かったら病院に連絡を入れ、（情報共有シート等を活用しながら）利用者の情報を提供する。

入院中の連携

〈病院〉

- 入院診療計画書を参考に、退院前カンファレンスの有無、退院までの計画や患者の状態等について、ケアマネージャーに情報提供する。

〈ケアマネージャー〉

- 病院担当者と面談を実施、退院支援について必要な情報を聞き取る。

必要に応じて、電話や病院訪問により、利用者の状態を確認する。

退院調整開始の連絡

〈病院〉

- 患者が在宅へ退院ができそうと判断された時点で、ケアマネージャーの退院準備に必要な時間（ケアプラン作成、事業所との調整等）を考慮し、ケアマネージャーへ連絡する。

〈ケアマネージャー〉

- 病院担当から連絡を受けた後、病院を訪問するなど、本人・家族から必要な情報を聞き取りする。

退院前調整（病院）

- ケアマネージャーがケアプラン作成等に必要な情報（「情報共有シート」の内容等）をカンファレンス等までに準備する。
- 必要に応じ、介護者や家族への指導内容や家屋調査の実施についてケアマネージャーへ連絡する。
- ケアマネージャーとカンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有する。
- 退院前カンファレンスや退院時共同指導料の実施等の要否を、ケアマネージャーと調整のうえ、決定する。
- 退院見込みを退院予定日のおおむね7日前までにケアマネージャーへ連絡する。

→ 〈ケアマネ〉

- 必要に応じ、退院前家屋調査やカンファレンスに参加。

退院時・退院後の情報提供（病院）

- サマリーなど看護・介護の引継ぎ書（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日、服薬内容）等をケアマネージャーへ提供する。
→※転院の連絡：速やかにケアマネージャーへ連絡を入れ、転院先の病院に患者の担当ケアマネージャーについて情報提供を行う。
- 〈ケアマネ〉
- 必要に応じ、退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

ケアマネージャーが決まっていない場合

介護保険申請の支援

病院担当者は以下の場合、家族などに対し、市町村担当課または地域包括支援センターに相談するよう説明する。

〈65歳以上〉

介護サービスの利用を希望する場合や介護保険申請の目安から介護保険の申請や退院調整が必要と判断した場合

〈40歳以上64歳以下〉

患者が介護保険の対象となる特定の疾病で介護保険申請の目安から介護保険の申請や退院調整が必要と判断した場合

<介護保険申請の目安>

- ・立ち上がりや歩行などに介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要、またはポータブルトイレを使用中
- ・認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
- ・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ことに介助が必要
- ・ADLは自立でもガン末期で介護保険サービス利用が必要

<介護保険の対象となる疾病（40歳から64歳）>

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| ① がん末期 | ② 関節リウマチ |
| ③ 筋萎縮性側索硬化症 | ④ 後縦靭帯骨化症 |
| ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症 | ⑥ 初老期における認知症 |
| ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | |
| ⑧ 脊髄小脳変性症 | ⑨ 脊柱管狭窄症 |
| ⑩ 早老症 | ⑪ 多系統萎縮症 |
| ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 | |
| ⑬ 脳血管疾患 | ⑭ 閉塞性動脈硬化症 |
| ⑮ 慢性閉塞性肺疾患 | |
| ⑯ 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 | |

入院中の連携

〈病院〉

- 入院診療計画書を参考に退院までの期間、退院前カンファレンスの有無、退院までの計画や患者の状態等についてケアマネージャーに情報提供する

〈ケアマネージャー〉

- 入院患者の担当になることが決まったら、すみやかに病院担当者に連絡を入れる。

退院の見通しが立ったら

- 退院に向けては、病院が退院できそうと判断された時点で、「ケアマネージャーが既に決まっている場合」同様の流れで調整等を実施する。