

# わかやま市 退院支援ルールの手引き



令和2年10月（改訂版）

和歌山市

～ はじめに ～

高齢者の多くは、たとえ支援や介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けたいと望んでいます。そのような中、住まい、医療、介護、予防及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）を構築することが重要となります。医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、自宅等の住み慣れた地域で、安心して自分らしい生活を人生の最期まで続けることが実現できる社会を目指し、地域の医療及び介護の関係団体が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援を行うことが求められています。

そこで、和歌山市内の病院関係者、ケアマネジャー等関係者で検討を重ね、医療（病院）と介護（ケアマネジャー）が連携を図りやすくするため平成 29 年 3 月に「わかやま市退院支援ルールの手引き」を策定しました。

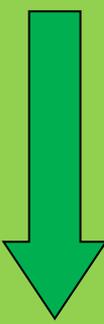
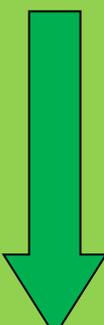
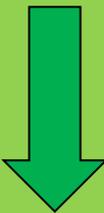
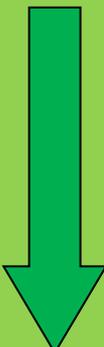
今回の改定により内容をさらに充実したこのマニュアルが、高度急性期病院、急性期病院、回復期病院、慢性期病院などすべての病院において患者・家族を支援するために活用され、在宅療養を推進する一助となることを期待します。

#### 退院支援ルールの手引き

- 資料 1 退院支援に用いる基準
- 資料 2 入院時情報提供書
- 資料 3 退院支援情報提供書
- 資料 4 病院退院支援窓口一覧

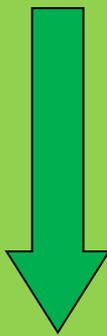
# 退院支援ルールの手引き

## 1 介護保険を利用していた（担当ケアマネジャーがいる）場合

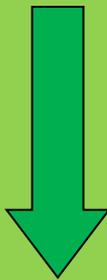
	病 院	ケアマネジャー(ケアマネ)
在宅時 		<p>利用者の入院を早期に気付くため次のことをしておく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康保険証、お薬手帳にケアマネの名刺を付けておく。</li> <li>○介護サービス事業者を利用者の入院に気付いた時はケアマネに連絡することを求めている。</li> <li>○本人や家族に入院すればケアマネに連絡することを依頼しておく。</li> </ul>
入 院 	<p><b>1 入院時連絡</b></p> <p>①聞き取りの際、患者・家族に対して入院したことをケアマネに連絡したかどうか確認。</p> <p>②連絡していない場合は、患者・家族に担当ケアマネに連絡するよう依頼。</p> <p>③患者・家族が担当ケアマネがわからない場合は、患者・家族の同意の上で、介護保険課給付班（435-1190）に確認。</p>	<p><b>2 病院に連絡し、入院時情報提供書を病院が指定する方法で提供</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 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で相談して決める。</li> <li>* ケアマネは、要支援・要介護・事業対象者に関わらず、また入院後何日かに関わらず情報提供する。</li> </ul> <p><b>参照資料</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資料2 入院時情報提供書</li> <li>資料4 病院退院支援窓口一覧の項目①</li> </ul>
退 院 見込み 	<p><b>4 ケアマネから見込み期間の問い合わせがあった場合、病院は概ねの見込みをケアマネに伝える。</b></p> <p>* 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。</p>	<p><b>3 入院期間の見込みを確認したい場合、病院に問い合わせる。</b></p> <p><b>参照資料</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資料4 病院退院支援窓口一覧の項目②、③</li> </ul>
退 院 支 援 	<p><b>5 退院支援開始の連絡</b></p> <p>①ケアマネに退院支援の開始を電話連絡し、面談（カンファレンス）の実施について相談して決める。</p> <p>②ケアマネに提供する情報を準備しておく。</p> <p>* 退院時カンファレンス等ではわかりやすい用語を用いて説明する。</p> <p><b>参照資料</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資料1 退院支援に用いる基準</li> <li>資料3 退院支援情報提供書</li> <li>資料4 病院退院支援窓口一覧の項目③、④</li> </ul>	<p>①面談（カンファレンス）時に病院を訪問して必要な情報を聞きとる。</p> <p>* 追加の面談（カンファレンス）については病院担当者と相談して決める。</p> <p><b>参照資料</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資料4 病院退院支援窓口一覧の項目④</li> </ul>
退院日 決 定 	<p><b>6 退院日を連絡</b></p> <p>主治医の許可した退院日をケアマネに連絡</p> <p><b>参照資料</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資料4 病院退院支援窓口一覧の項目⑤</li> </ul>	
退院後		病院から求められた場合、ケアプランを提供

# 退院支援ルールの手引き

## 2 自宅以外に退院する場合

	病 院	ケアマネジャー(ケアマネ)
入 院 	<b>1 入院時連絡</b> ①聞き取りの際、患者・家族に対して入院したことをケアマネに連絡したかどうか確認。 ②連絡していない場合は、患者・家族に担当ケアマネに連絡するよう依頼。 ③患者・家族が担当ケアマネがわからない場合は、患者・家族の同意の上で、介護保険課給付班（435-1190）に確認。	<b>2 病院に連絡し、入院時情報提供書を病院が指定する方法で提供</b> ＊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で相談して決める。 ＊ケアマネは、要支援・要介護に関わらず、また入院後何日かに関わらず情報提供する。 <b>参照資料</b> 資料2 入院時情報提供書 資料4 病院退院支援窓口一覧の項目①
退 院 支 援 	<b>3 退院支援開始の連絡</b> ①転院先の病院もしくは、施設担当者に引継ぎを行う。 ②ケアマネに情報提供等の協力依頼を行う。	①病院から連絡があれば、転院先の病院、施設等に情報提供を行う。
転院・ 入所の 決 定	<b>4 転院や施設入所が決定</b> 転院や施設入所する旨をケアマネに連絡する。	

## 3 新たに介護保険を利用する（担当ケアマネジャーがいない）場合

	病 院	ケアマネジャー(ケアマネ)
入 院 	①聞き取りの際、担当ケアマネが決まっていないことを確認。 ②要介護認定を受けているかどうかわからない場合は、患者・家族の同意の上で介護保険課給付班（435-1190）に確認。	
退 院 見 込 み 	<b>1 退院支援の必要性の検討</b> ①退院支援に用いる基準の基準2を用いて退院支援の必要性を検討。 ②必要と判断された場合、家族等に患者の居住地の地域包括支援センターに介護保険申請等の相談に行くよう勧める。 ③担当ケアマネが決まれば、患者の退院の見込みを連絡。 <b>参照資料</b> 資料4病院退院支援窓口一覧の項目⑥、⑦、⑧	④患者情報の収集と在宅への退院に向けた支援開始。
退 院 支 援 退院日 決 定 退院後	以降の流れは、介護保険を利用していた（担当ケアマネジャーがいる）場合と同じ	