

退院支援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 ケアマネジャー = 地域包括支援センター、事業所の在宅ケアマネジャー。
- 3 病院担当者 = 病棟看護師、地域医療連携室(連携担当者)。

入院前にケアマネジャーがいる場合

① 入院時の情報提供、ケアマネジャーの確認・連絡

- ・病院は患者が契約しているケアマネジャーの事業所に入院を連絡する。
- ・ケアマネジャーは全ての利用者について入院を知らば、すみやかに入院時情報提供書を病院が指定する方法で提供する。

◇検査入院や、那智勝浦町立温泉病院のリハビリ入院(2回目以降)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ジャーで相談して決める。

◇ケアマネジャーは、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情報提供する。

◇ケアマネ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ジャーを確認する。

- i 入院時の聴き取りでケアマネジャーを確認する。(医療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ジャーの有無や事業所が分からない場合、病院は患者の居住地の市町村役場へ確認する。

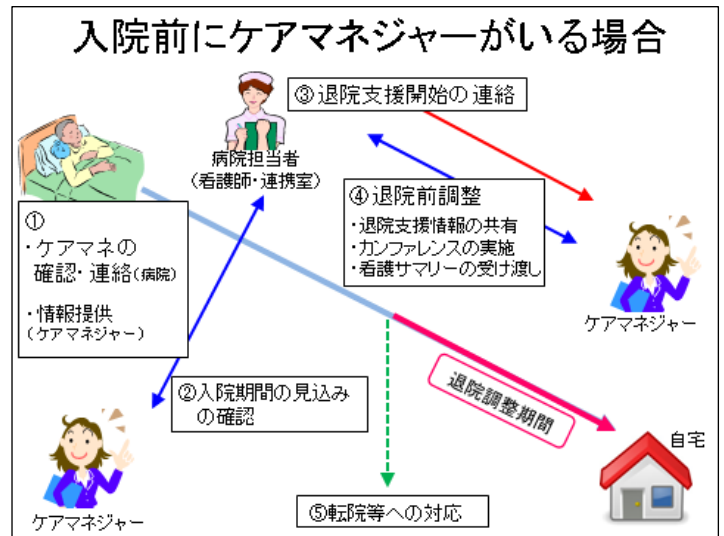
【参照する資料】→入院時情報提供書 予防(要支援)用 [資料3①](#)、介護(要介護)用 [資料3②](#)  
 →病院運用ルール一覧の項目① [資料5](#)  
 →市町村役場の介護保険担当課窓口 [資料7](#)

② 入院期間の見込み

入院期間の見込みを確認したい場合、ケアマネジャーは病院に問い合わせ、病院は概ねの見込みをケアマネジャーに伝える。

◇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。

【参照する資料】→病院運用ルール一覧表の項目② [資料5](#)



### ③入院中の連絡

- ・入院中、要介護認定区分の変更申請が必要と病院が判断した場合は、ケアマネジャーに電話連絡する。
- ・連絡を受けたケアマネジャーは、病院へ確認に行き、必要な支援を行う。

### ④退院支援開始の連絡

病院担当者は退院支援に用いる基準の **基準1** に基づいて、患者が在宅退院が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、入院情報提供があったケアマネジャーに退院支援開始を電話連絡する。

◇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。

【参照する資料】→退院支援に用いる基準 **資料2**

→病院運用ルール一覧表の項目③、④ **資料5**

### ⑤退院前調整(退院支援情報の共有、退院前カンファレンス、看護サマリー、リハサマリーの提供)

- ・下記 i ~ iv の手順で退院支援にかかる情報共有と退院前カンファレンス等を行う。
- ・看護サマリー、リハサマリーを必要とする場合、ケアマネ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。

(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ジャー間で相談して決める。)

(面談＝病院担当者とケアマネジャーのみの面談)

- i 病院担当からケアマネジャーに退院支援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ジャー間で相談して決める。
- ii 病院担当者はケアマネ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ジャー間で相談して決める。
- v ケアマネジャーは、患者が退院後訪問看護を利用する場合、訪問看護ステーションに退院・退所情報記録書・看護サマリーのコピーを渡す。また、退院後に介護保険サービスのリハビリを利用する場合は、リハサマリーのコピーをリハビリ提供事業所に渡す。

【参照する資料】→退院・退所情報記録書 **資料4**

→病院運用ルール一覧表の項目④、⑤、⑥ **資料5**

### ⑥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( **資料6①、②** )入所となる場合は、病院と施設担当で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)の場合はケアマネジャーが調整する。)
- ・介護保険外の施設( **資料6③** )へ入所となる場合は、病院と入院時の担当ケアマネジャーで協議を行う。
- ・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。
- ・転院や施設入所する場合は、入院時のケアマネ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。)

## 入院前にケアマネジャーがない場合

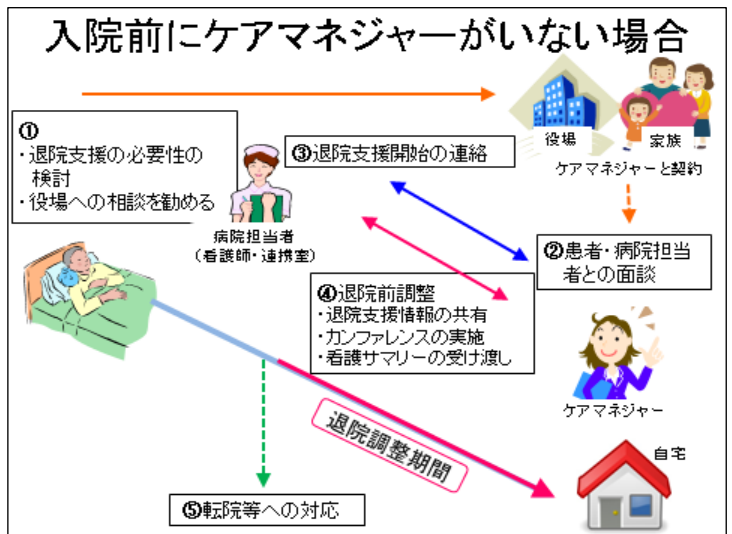
### ① 退院支援の必要性の検討

病院担当者は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し、必要に応じて家族等に患者の居住地の市町村役場へ介護保険申請等の相談に行くように勧めてください。

◇40歳～64歳の場合、介護保険の対象となる疾病かどうかを確認する。

◇家族がない場合は、市町村の地域包括支援センターに連絡する。

【参照する資料】→退院支援に用いる基準 **資料2**  
→病院運用ルール一覧表の項目⑦ **資料5**



### 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、後の退院支援について相談する。

【参照する資料】→病院運用ルール一覧表の項目⑨ **資料5**

### ③ 退院支援開始の連絡

### ④ 退院前調整

### ⑤ 自宅以外に退院する場合

→ ケアマネジャーがいる場合と同じ

**参考** 入院・退院支援にかかる診療報酬及び介護報酬 (※平成30年1月1日現在)  
**※算定にあたっては、各病院、各事業所で算定の要件及び点数を確認してください。**  
(報酬改定により変更になる場合があります)

#### 【病院】

- ① 介護支援連携指導料
- ② 退院時共同指導料2

#### 【介護】(介護予防支援の場合は算定の対象となりません。)

- ① 入院時情報連携加算  
利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者に係る必要な情報を提供した場合に算定する。(【資料3②】入院時情報提供書を活用下さい)
- ② 退院・退所加算  
病院もしくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設もしくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合に算定する。