

入退院調整ルールの内容

資料 2-1

		生駒市	橿原地区	東和圏域7市町村	西和7町
病院から地域への連絡窓口	既に要介護認定等を受けている(担当ケアマネジャーが決まっている)場合	要介護、要支援に関係なく担当ケアマネジャーへ引き継ぐ(地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等)			
	介護認定を受けていない(担当ケアマネジャーが決まっていない)場合 1. 必ず退院調整が必要な患者	居宅介護支援事業所 (事業所一覧から、本人・家族が選択した事業所に連絡)	患者の住所地を担当する 地域包括支援センター ※ただし、要介護に該当すると考えられる方で、本人・家族等が選択した事業所がある場合は居宅介護支援事業所へ	患者の住所地を担当する 地域包括支援センター	患者の住所地を担当する 地域包括支援センター
	介護認定を受けていない(担当ケアマネジャーが決まっていない)場合 2. それ以外で見逃してはいけない患者	患者の住所地を担当する 地域包括支援センター	患者の住所地を担当する 地域包括支援センター	患者の住所地を担当する 地域包括支援センター	患者の住所地を担当する 地域包括支援センター
	介護認定を受けているかどうか分からない、または担当ケアマネジャーが分からない場合	・市への問い合わせは原則本人または家族が行う。 ・ただし、能力的に困難な状況の人の場合は、本人または家族の了承を得たうえで、病院担当者が生駒市介護保険課へ問い合わせる。	市町村担当課 ・橿原市地域包括支援課 ・高取町福祉課 ・明日香村健康づくり課	市町村介護保険担当課 ・桜井市高齢福祉課 ・宇陀市介護福祉課 ・川西町長寿介護課 ・三宅町長寿介護課 ・田原本町長寿介護課 ・曾爾村保健福祉課 ・御杖村保健福祉課	町介護保険担当課 ・平群町福祉課 ・三郷町長寿健康課 ・斑鳩町長寿福祉課 ・安堵町健康福祉課 ・上牧町生き生き対策課 ・王寺町福祉介護課 ・河合町高齢福祉課
入院の連絡	・病院担当者は、本人・家族から担当ケアマネジャー等へ入院したことを連絡するよう依頼する。 ・本人・家族が連絡することが困難な場合は、本人・家族の同意を得たうえで、病院担当者が直接担当ケアマネジャー等へ連絡する。	・病院担当者は、入院患者が介護保険を利用している場合、患者や家族に担当ケアマネジャーを確認したうえで、担当ケアマネジャーに入院したことを連絡する。 ・患者や家族が連絡を拒否する場合は、病院担当者は連絡の必要性を十分説明し、できるだけ同意を得るよう努力する。そのうえで同意を得られない場合は、市町村へ相談する。	・病院担当者は、入院患者が介護保険を利用している場合、患者や家族に担当ケアマネジャーを確認したうえで、担当ケアマネジャーに入院したことを連絡する。	・病院担当者は、入院患者が介護保険を利用している場合、患者や家族に担当ケアマネジャーを確認したうえで、担当ケアマネジャーへ入院したことを連絡する。	
入院時の情報提供	・担当ケアマネジャー等は、担当する利用者の入院を把握した場合は、すぐに伝えておく必要がある情報(緊急連絡先、キーパーソン、認知症の状況等)について速やかに電話で連絡する。 ・その後、担当ケアマネジャーはなるべく早く(1週間以内に)「入院時情報提供書」を病院担当者に情報提供する。	・担当ケアマネジャーは、担当する利用者の入院を把握した場合は、すみやかに(入院の連絡を受けてから、できるだけ3日以内)「入院時情報提供書」を病院担当者に情報提供する。	・担当ケアマネジャーは、担当する利用者の入院を把握した場合は、速やかに(入院の連絡を受けてから3日以内)「入院時情報提供書」を病院担当者に情報提供する。	・担当ケアマネジャーは、担当する利用者の入院を把握した場合は、速やかに(入院の連絡を受けてから3日以内)「入院時情報提供書」を病院担当者に情報提供する。	
入院時情報提供書や入院時に得た情報の取り扱い	・病院担当者は、入院時に担当ケアマネジャー等から得た情報を病棟内で共有し、入院中の生活や退院に向けての調整に活用するよう努める。	・2回目以降の入院で、すでに「入院時情報提供書」を提出したことがある場合、担当ケアマネジャーは前回の内容を確認し、双方合意のうえで「入院時情報提供書」の提出を省略することができる。 ・転院する場合、病院担当者はできるだけ、すでに提出された「入院時情報提供書」を複写し、転院先の病院へ引き継ぐ。	/		

※広域調整会議後にルール運用を開始した、大和郡山市のルールの内容につきましては、以下のとおりです。

大和郡山市「在宅医療・介護関係者と病院関係者の連携マニュアル」より抜粋 URL: https://www.city.yamatokoriyama.nara.jp/fukushi/assets/pdf/manual_kaigo_hospital.pdf

(2) 入院時の調整

入院が決まったら病院担当者と担当ケアマネジャーは対象者の在宅生活の様子など、治療・看護等に必要情報を共有する。

また、ケアマネジャーは対象者の平時の様子や家族の介護力、住環境等について適時・適切に病院に伝えるよう努める。

時期	内容	病院	ケアマネジャー	地域包括支援センター	本人・家族 その他の機関
入院時	①ケアマネジャーが本人・家族から入院を把握した場合	入院時情報提供書を指定の部署で受け取る	入院を把握した日から、3日以内に入院時情報提供書を提出		本人・家族
	②本人・家族が入院を担当ケアマネジャーに知らせていない場合で病院が担当ケアマネジャーを把握している場合	入院を担当ケアマネジャーに知らせて、入院時情報提供書を指定の部署で受け取る	入院を知った日から、3日以内に入院時情報提供書を提出		介護福祉課から 居宅介護支援事業所へ伝達
	③病院が担当ケアマネジャーを把握していない場合	介護福祉課に連絡し、入院日や今後の連携部署について担当ケアマネジャーへの伝達を依頼			未認定、ケアマネジャーがない場合は担当エリアの地域包括支援センターへ伝達

①ケアマネジャーが本人・家族から入院を把握した場合

- ・ケアマネジャーが対象者の入院を把握したら、対象者や家族（以下、対象者等）に情報提供について承諾を得たうえで速やかに（入院を確認してから3日以内）『入院時情報提供書』を病院の指定する部署に提出する。
- ・病院に情報提供をする際には必要に応じて別途資料を添付する。

ケアマネジャーから病院に情報提供する資料の例

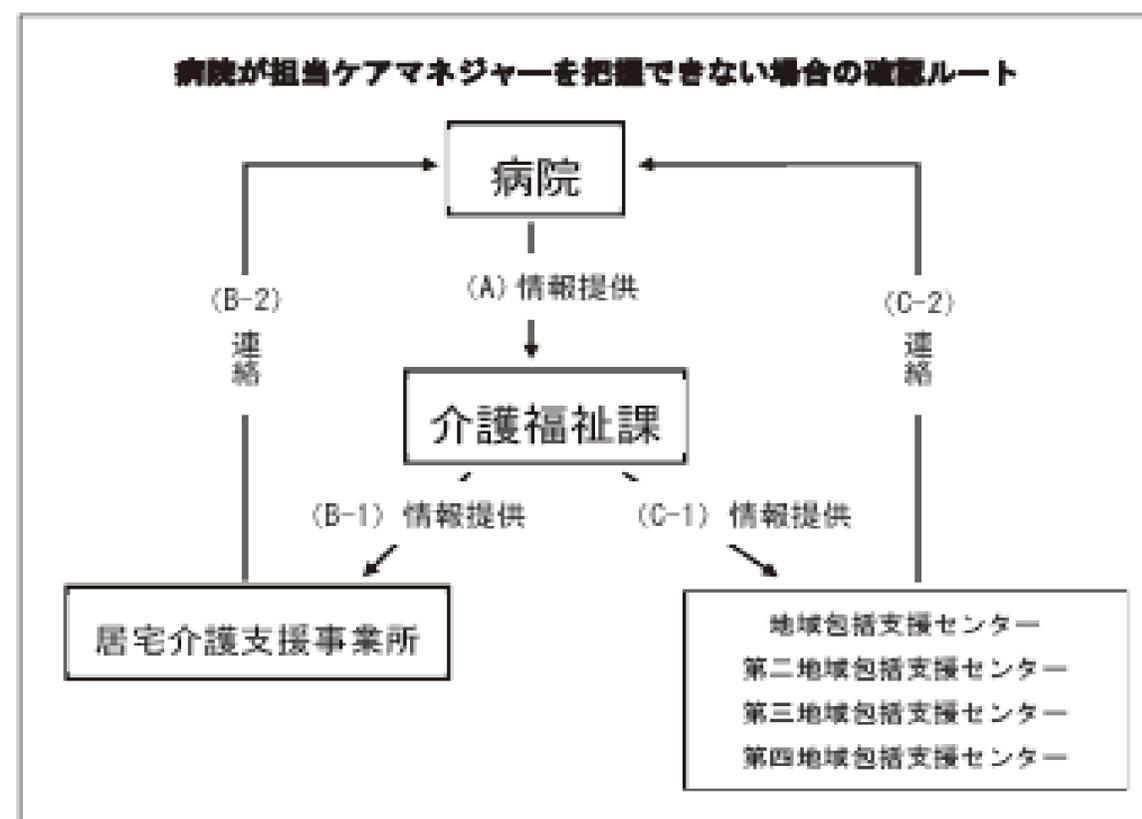
- ◆ 居宅サービス計画書（第1表～第3表）
- ◆ サービス利用票



②病院が担当ケアマネジャーを把握している場合

- ・病院担当者は介護保険サービスを利用している対象者の入院が決まったら、入院について対象者等から担当ケアマネジャーに知らせるよう伝える。
- ・緊急入院など担当ケアマネジャーが対象者の入院を把握していないと予測される場合は、対象者等の承諾を得た上で、担当ケアマネジャーへ入院を知らせる。

③病院が担当ケアマネジャーを把握できない場合



(A) 病院が対象者等から入院時に介護保険サービスの利用について情報を得たが、担当ケアマネジャーを把握できない場合は大和郡山市役所介護福祉課介護給付係（以下、介護福祉課）に、当該居宅介護支援事業所に対象者の入院日や今後の連携担当部署について情報提供を依頼する。

(B-1,2) 介護福祉課の担当者は、病院から介護保険サービス利用者の入院について情報提供を受けた時は、速やかに該当する居宅介護支援事業所に伝達する。連絡を受けた居宅介護支援事業所は担当ケアマネジャーを通じて、病院の指定する連携担当部署に連絡し、入院時の調整を開始する。

(C-1,2) 該当する居宅介護支援事業所がなかった場合、介護福祉課は、対象者の住所地を担当とする地域包括支援センターに伝達する。連絡を受けた地域包括支援センターは、介護保険サービス以外の利用（地域支援事業など）について確認した後、病院の指定する連携担当部署に連絡する。

入院中の連携について

- ◆ケアマネジャーは病院担当者と連携を図りながら、入院中の対象者の状況把握を行いましょう。病院訪問により情報共有をする際は訪問日時の調整等を忘れずに！
- ◆病院担当者は退院後に住環境を考慮する必要や介護保険の区分変更等が必要な場合は、できるだけ早く担当ケアマネジャーに連絡しましょう。



(3) 退院時の調整

時期	内容	病院	ケアマネジャー	地域包括支援センター	その他	
退院に向けて	①退院調整の必要性を判断	退院調整が必要な患者の基準に沿って確認				
	②在宅医療支援体制の調整	本人、家族の意向を確認した上で、在宅主治医が決まらなければ在宅医療介護支援センターへ相談			在宅医療介護支援センター	
	③在宅介護支援体制の調整	ケアマネジャーあり	(A)入院時に調整を行ったケアマネジャーへできる限り退院5日前までに連絡	退院調整を開始		必要に応じて在宅医療介護支援センター
		ケアマネジャーなし又は未認定	(B)退院調整が必要な場合、本人・家族の希望があれば、居宅介護支援事業所の情報提供を行いケアマネジャー決定まで支援	本人、家族の意向を確認しながら退院調整を開始（必要時、要介護認定申請等の支援）		
			(C)退院調整が必要だが、ケアマネジャーが決まらない	本人、家族の意向を確認しながら退院調整を開始（必要時、要介護認定申請等の支援）		
④退院カンファレンス	必要に応じて病院、地域の医療・介護関係者を招集し開催 ケアマネジャーは退院時情報共有書を活用して情報収集し、ケアプラン作成にあたっては主治医の意向を確認					

①退院調整の必要性を判断

- ・病院は退院に向けて調整の必要性を「退院調整が必要な患者の基準」(資料 6) に照らし合わせ、調整が必要と判断した場合は以下の支援の調整を行う。

退院調整が必要な患者の基準

1.必ず退院調整が必要な患者（1項目でも当てはまれば退院調整が必要）	
	立ち上がりや歩行に介助が必要
	食事に介助が必要
	着脱、入浴、口腔ケアに介助が必要
	排泄に介助が必要
	日常生活に支障をきたすような症状がある認知症（高次脳機能障害含む）
2.それ以外で見逃してはいけない患者	
	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
	認知症（軽度）等で判断能力が低下しており、かつ <u>独居かそれに近い状態の方</u> (家族がいない又は遠方・疎遠の場合、老老介護、認認介護又は疾患等で家族介護力が低い場合、その他家族による支援が困難な場合)
	入院時に比べて退院時に ADL が悪化している
	1日の中でも ADL が変化する
	ADL は自立でも、がん末期の方、新たに医療処置（膀胱留置カテーテル、経管栄養、吸引、在宅酸素、ストーマ等）が追加された
	服薬管理ができていない
	再入院を繰り返している

※白内障等の短期入院や検査入院等（概ね1週間以内）で、状態が変化しない場合はこの対象から除外。