

## 1. 入院時の情報提供のルール

### (1) 入院時の情報提供

ケアマネジャー（地域包括支援センターを含む。以下同じ）は、担当する要介護者及び要支援者が入院した場合は、入院日、もしくは入院後3日以内に、原則として入院時情報提供用紙（別添 参考様式1～3のいずれか）を病院にFAX又は担当窓口<sup>に</sup>持参する。（参照：病院窓口一覧表）

<情報提供を省略できる例>

検査のための入院、白内障等の短期入院（概ね1週間以内）で状態が変化する可能性が低い場合、入退院を何度も繰り返している場合 など

### (2) 病院が入院時に欲しい情報

- ・ 既往歴
- ・ かかりつけ医（精神科等を含む）
- ・ 在宅中のADL
- ・ 療養上の問題点
- ・ 精神的な状況（認知症のレベル等）
- ・ 緊急時連絡先、家族（介護力、協力的か等）、キーパーソン
- ・ 介護サービス利用状況（福祉用具の使用状況等）
- ・ 自宅の状況（住宅改修の有無、内容）

※ケアマネジャーは、上記の情報を病院に提供できるよう努力する。

### (3) 入院時情報提供用紙

ケアマネジャーが記入して病院に情報提供するもので、別添参考様式1～3のいずれか（舞鶴市内のケアマネジャーは参考様式2）を使用する。ただし、現在使用中の様式等で上記（2）の内容が記載できる場合は、独自の様式を使用しても構わないものとする。

### (4) 入院の第一報

患者が入院したことを早期に把握してその後の調整を行うために、病院担当者と担当ケアマネジャーは入院がわかれば出来るだけ早く相互に連絡するように努める。

なお、ケアマネジャーからの第一報又は入院時情報提供用紙の提出がない場合は、担当ケアマネジャーがわかり次第、病院担当者から連絡する。

病院は、原則として入院日、もしくは入院後3日以内に、患者の状況を把握するとともに退院困難な要因（下記のとおり）を有している患者を抽出する。

この退院困難な患者に対し入院後7日以内、もしくはできる限り早期に多職種によるカンファレンスを実施するとともに、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。

<退院困難な要因>

- ア】 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ】 緊急入院であること
- ウ】 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る）又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること
- エ】 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者

- オ】強度行動障害の状態の者
- カ】家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- キ】生活困窮者であること
- ク】入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）
- ケ】排泄に介助を要すること
- コ】同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- サ】退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと
- シ】入退院を繰り返していること
- ス】入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- セ】家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ソ】児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- タ】その他患者の状況から判断して ア】 から ソ】までに準ずると認められる場合

#### (5) 要支援者の連絡

要支援者については、患者の状態（介護サービスが福祉用具貸与のみの場合など）に応じて、電話連絡等の簡便な方法による情報提供も可とする。

#### (6) 個人情報の適切な取り扱い

医療介護の連携で必要な情報提供について、利益目的の院内掲示等や契約時の包括同意を取るなど、個人情報の適切な取り扱いを行う。

##### ◆運用上での留意事項

- \* 病院担当者と担当ケアマネジャーは、紹介状等がない患者で入院前に在宅医療で関わっている「かかりつけ医」がいる場合は、必要な連絡等を行うなど、「かかりつけ医」と入院時の連携に務める。
- \* 担当ケアマネジャーは、日頃から本人・家族と連携を密にし、入院時等の緊急時には連絡が入るような関係づくりに務める。

## 2. 退院調整のルール（連絡時期・対象患者）

### （1）2～3週間程度の入院期間の連絡時期（目安）

病院担当者は、下記（4）の患者に対して、入院後7日目位で「退院調整を開始する」と判断する基準（下記（5）の基準を参照）に合致するかを判断し、概ね基準を満たしている場合は、ケアマネジャーに連絡する。

なお、連絡時期の目安を入院後7日目位とするのは、できる限り退院の1週間前（ケアマネジャーと新規契約する方はできる限り早く）にケアマネジャーへ連絡できるように設定しているためである。

〔一律的に入院後7日目位で連絡するのではなく、下記（5）の基準を概ね満たした時点でケアマネジャーに連絡する趣旨である〕

#### ◆運用上での留意事項

- \* 病院担当者は、入院時に面談や情報提供にて担当ケアマネジャーの有無を確認
- \* 病院からケアマネジャーへの連絡は、できるだけケアマネジャーに直接行う。  
（家族を通じての連絡は、正確に伝わらない可能性がある）
- \* 入院前と状態の変化がないという情報も大事な情報であり、「変化なし」の情報提供も含めて、退院時はケアマネジャーへの情報提供を行っていく。
- \* 他病院等へ転院する場合についても、ケアマネジャーに連絡を行う。  
（転院先から在宅退院や施設入所の相談対応時に、転院前の情報が必要）
- \* 急な退院となった場合は、直ちにケアマネジャーに連絡する。
- \* 病院から退院連絡がないと気づいた際は、ケアマネジャーから病院に確認する。
- \* ケアマネジャーは、入院中の患者の状態等を把握するため、病院担当者と連携を図りながら病院への訪問を行うなど、できる限り状態確認に努める。

### （2）長期入院（3週間以上）や入院期間が未定の連絡時期（目安）

#### ○中間連絡

病院担当者は、長期入院となる場合や入院期間が未定の場合は、長期入院が判明した時点又は入院後2週間目位で、入院状況や退院見込み等をケアマネジャーに、中間連絡する（その後の連絡は、必要に応じて適宜行う）。

ただし、入院時にケアマネジャーが退院見込み等を確認している場合は、省略することができる。

#### ○退院調整の連絡

病院担当者は、下記（4）の患者に対して、退院調整を開始すると判断される基準（下記（5）の基準を参照）を概ね満たす場合は、ケアマネジャーに連絡する。

（病院・ケアマネジャー間で連携が図れていれば、必要に応じて弾力的な運用可）

### （3）新規契約者の支援（介護保険申請・ケアマネジャー決定）

病院担当者は、介護サービスが新規に必要なと思われる入院患者に対して、介護保険申請及びケアマネジャーを決定するための支援を行う。

なお、介護保険申請及び認定手続きに約1ヶ月間を要するため、速やかに申請手続き及びケアマネジャーを決定できるように努める。

#### <見込まれる介護度と連絡先>

- |               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| 中・重度者（要介護）の場合 | ⇒ | 居宅介護支援事業所へ連絡  |
| 軽度者（要支援）の場合   | ⇒ | 地域包括支援センターへ連絡 |
| 判断に迷った場合      | ⇒ | 地域包括支援センターへ連絡 |

#### (4) 退院調整が必要な患者

##### ○退院調整が必要な患者（退院困難な要因を有している患者）

- ア】 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ】 緊急入院であること
- ウ】 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る）又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること
- エ】 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- オ】 強度行動障害の状態の者
- カ】 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- キ】 生活困窮者であること
- ク】 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）
- ケ】 排泄に介助を要すること
- コ】 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- サ】 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと
- シ】 入退院を繰り返していること
- ス】 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- セ】 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ソ】 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- タ】 その他患者の状況から判断して ア】 から ソ】 までに準ずると認められる場合

⇒ 1項目でも該当すれば、ケアマネジャー又は地域包括支援センターへ連絡

##### ○それ以外で、注意が必要な患者

- ・ 独居又はそれに近い方で、調理や掃除など身の回りの介助が必要
- ・ 食事制限（治療食、塩分、水分など）が必要、又は栄養指導が必要
- ・ 服薬管理に注意が必要
- ・ アルコール依存症
- ・ 精神疾患、難病

⇒ 状況に応じて、ケアマネジャー又は地域包括支援センターへ連絡

※入院前に担当ケアマネジャーが既にいる場合は、入院前と状態の変化がなく退院調整が必要でないと思われる場合であっても、退院前には「状態の変化なし」の情報提供を含めて、ケアマネジャーには連絡する。

#### (5) 「退院調整を開始する」と判断する基準

- ・ 病状がある程度安定した状態で、家族にも相談がされて在宅での介護が可能そうである。

※介護保険未申請や担当ケアマネジャーが決まっていない方で介護が必要と思われる場合は、速やかに申請手続き及びケアマネジャーの決定のための支援を行う。

##### ◆運用上での留意事項

- \* 病院担当者と担当ケアマネジャーは、退院後に「かかりつけ医」の訪問診療等の在宅医療で関りが必要となる場合は、必要な連絡等を行うなど、「かかりつけ医」と退院時の連携に努める。
- \* 病院担当者と担当ケアマネジャーは、退院後の在宅復帰に向けて安心して療養できるよう患者・家族に必要な説明を行い、関係者と退院調整をするように努める。

### 3. 退院調整のルール（退院前カンファレンスから退院）

退院前カンファレンスの開催は、病院担当者とケアマネジャーで相談の上で決定する（ただし、短期間入院、検査入院、レスパイト入院は除く）。

病院担当者は、ケアマネジャーに必要な情報（下記（2）を参照）を面談日までに院内の関係者から収集し、ケアマネジャーとの面談時に患者情報を説明する。

#### （1）退院前カンファレンスの参加者

退院前カンファレンスの参加者は、患者の状態等に応じて病院担当者とケアマネジャーで相談の上で決定する。従って病院担当者とケアマネジャーのみの場合もあり得る。

#### （2）ケアマネジャーが退院前カンファレンスで欲しい情報

（アンダーラインは、特に主治医に確認しておいて欲しい内容）

- ・ 家族（キーパーソン）関係
- ・ 入院日、退院（予定）日
- ・ 食事の形態、塩分・水分・カロリー等の制限の有無
- ・ 禁忌事項
- ・ リハビリ、入浴時の制限（血圧・脈拍等）
- ・ 医療処置の内容、家族等への説明程度（誰にどの程度説明したか、告知状況）
- ・ 予後（どういふ場合に再受診するかの日安など）
- ・ 本人、家族の病気に対する受け止め
- ・ 退院後に想定される看護・介護上の問題
- ・ リハビリの情報
- ・ 病名、病歴、薬
- ・ 認知症及び感染症の状況
- ・ 移動の手段
- ・ 処方
- ・ 次回受診日 → 看護サマリーを参照する
- ・ 最終入浴日、最終排便日、睡眠状況 → 看護サマリーを参照する
- ・ 持ち帰り物品等 看護サマリーを参照する

#### （3）在宅退院時情報確認書（ケアマネジャー用）

ケアマネジャーが、病院から退院調整で共有情報を引き継ぐ際に使用するものですが、参考様式4の使用は強制ではなく、現在使用中の様式等で必要な情報が確認できる場合は独自シートを使用しても構わないものとする。

#### （4）退院日の連絡

病院担当者は、退院時が決定したらケアマネジャーに連絡する。

（退院前カンファレンス時に退院日が決定している場合は、連絡不要）

#### （5）看護サマリーの提供

病院担当者は、退院時の看護サマリーを本人又は家族の同意を得た上で、原則としてケアマネジャーに提供する。（家族に渡す場合は、速やかにケアマネジャーに渡すように説明するとともに、ケアマネジャーにもその旨伝えておく）。

看護サマリーの取り扱いは、各病院の院内ルールに基づいて受け渡しをする。

#### （6）退院後のケアプランの提供

ケアマネジャーは、原則として退院後にケアプランの写しを病院に提供する。