

病院と地域における入退院支援ルール【湖北ルール】

令和5年4月改訂版

※各病院・事業所のルールに応じて、感染対策を講じる。
※情報の共有には、状況に応じてオンラインやびわこあさがおネット(メール機能)等の活用も検討する。

病院の役割

- (入院時の基本情報の聞き取り)
 - 介護保険の認定の有無を確認
 - サービス利用の有無を確認
 - ケアマネジャーの確認(所属・氏名)とケアマネジャーに入院したことの連絡を本人または家族に依頼
 - 退院困難要因のスクリーニング
- ※転院される場合、本人・家族に口頭で承諾を得て、必要時には、ケアマネジャーから受け取った入院時情報提供書を転院先に送付

- 入院後2~3日
- ケアマネジャーから情報提供があった際、「入院診療計画書」の入院期間の目安を伝える
- 「入院時情報提供書」を基に情報収集
- 今後の連絡先、退院の時期の確認
- 退院見込みが出た時点でケアマネジャーに連絡

- ケアマネジャーに連絡調整のための来院の連絡
- 「退院に向けてのききとりシート」等によりケアマネジャーに情報提供を行う

介護支援連携①

中間カンファレンス

- 退院前カンファレンスの必要についてケアマネジャーと相談
 - * 退院前カンファレンス開催の基準
- ①病院またはケアマネジャーが必要と判断したとき
②身体状況の変化等により、新しいサービス導入などケアプランの変更が必要と判断される時

- カンファレンスの目的の確認と日程調整
- 参加スタッフの調整は、必要時MSWに依頼
- ケアマネジャーが持参した暫定プランを基にカンファレンスで共有・検討を行う

退院前カンファレンス

目標時間は30分

- 原則、情報提供があった場合は*、「ケアプラン案に関する診療情報提供書」、「退院看護サマリー」を家族に渡す(郵送の場合は事業所宛てに郵送する)。(書面での情報提供が不要と考えられる場合は、ケアマネとの協議の上、決めることとし、入院中の経過等を伝える。(書面に限らない))
- ※退院直後に訪問看護が導入される場合は、病院からケアマネ+訪問看護Stにも直接送付するなど、柔軟に対応する。

- 必要に応じて、完成版プランの送付をケアマネジャーに依頼(医療機器使用にて退院するなどのケースについて、退院指導の評価等が必要な場合は、ケアマネジャーに退院後の状況を報告いただくよう依頼しておく)

ケアマネジャーの役割

- ケアマネジャーは、契約時に利用者に名刺を手渡す。①健康保険証と一緒に保管すること②入院時には、連絡することを本人・家族に依頼(本人・家族は入院時に病院スタッフに事業所とケアマネジャーの氏名を伝えてもらう)

- 原則として、情報提供は入院後2~3日以内
 - 「入院時情報提供書」に最新の情報を記入し、電話をしてから病院へ提出する。(※病院の窓口は、「入退院支援のための相談窓口等一覧」参照)
 - ただし、遠方の場合や早急に情報提供が必要な場合は、連携室宛てにFAXも可
- ①送付先の病棟名を記載
②個人情報(住所)は消去するなど、配慮をして、送信前と後には電話連絡
③病院の休日はFAXはしない
- 担当看護師に、「どのような状況であれば、在宅生活が可能であるか」を伝える
 - 情報提供を主としての病院訪問であるが、入院期間などの情報がわかれば確認
 - 「退院見込み」が決まったら早めに連絡をもらうよう依頼
 - 詳細を確認する場合は、事前に約束を取って訪問

- 病院から電話を受信
- 「入院時情報提供書」の追加情報があれば提供
- 電話である程度の情報を聴取
- 情報収集のための病院訪問の必要性の有無について、看護師と相談
→病院訪問が必要な場合は、病院側と日程調整

- 病院訪問: 約束した日時に病院を訪問
- ①情報収集は、「退院に向けてのききとりシート」等を使用
②ケアプラン原案を作成するために、入院中の情報を収集する
③退院までに必要な処置(排便方法、薬の管理方法など)やリハビリのゴールなどを相談
④退院前(拡大、合同)カンファレンスが必要かどうか相談
- * 退院前カンファレンス開催の基準
- ①ケアマネジャーまたは病院が必要と判断したとき
②身体状況の変化等により、新しいサービス導入などケアプランの変更が必要と判断される時

- カンファレンスまでの準備
- ①本人・家族と相談して「暫定ケアプラン」を作成
②カンファレンスまでに、各事業所へ、本人の状況と暫定ケアプランの内容を提供
- カンファレンスには「暫定ケアプラン」を持参(1表、2表、3表を持参)
* 在宅生活の為の医療的な課題等を病院と本人・家族・ケアマネ・事業所で情報共有
 - 概ね30分程度で終了

必要に応じて、「診療情報提供書」、「看護サマリー」を依頼する。(※必要とする理由を病院スタッフへ説明すること。)* ケアマネは、内容を理解した上で、必要な事業所へ情報提供する。(※退院直後に訪問看護が導入される場合は、退院前に情報が訪問看護にわたるように調整しておく。)

- 必要に応じて、完成版プランや退院指導におけるその後の状況等、送付する。

入院時

情報提供
病棟訪問
時

退院の目的
退院決定ま
で

中間カン
ファレンス

退院前(拡
大・合同)カ
ンファレン
ス

退院後

在宅療養