

杵藤地区 入退院支援ルールの手引き（全体版）

入退院支援ルール対象者について

- ・入院前に居宅介護支援専門員が担当していた方。
 - ・在宅に退院する患者で、病院が必要と判断した方。
- ※在宅とは、自宅・養護老人ホーム・住宅型有料老人ホーム等を想定する。

1 入院前に担当介護支援専門員等がいる場合

①入院時の情報提供・介護支援専門員の確認・連絡

【介護支援専門員がすること】

- ・健康保険証、お薬ノート等に介護支援専門員の名刺を添付する。
- ・介護サービス事業所に、利用者の入院に気付いた時は、介護支援専門員に連絡する事を依頼しておく。
- ・要支援、要介護にかかわらず、全ての利用者について、入院を知れば速やかに病院へ1週間以内を目処に可能な限り書面で情報提供する。（情報提供は電話、FAXも可）
- ・検査入院の患者については、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介護支援専門員で相談し、情報提供について決める。

【病院担当者がすること】

- ・入院時の聴き取りで、介護支援専門員を確認する。
- ・健康保険証、お薬ノート等に添付されている介護支援専門員の名刺を確認する。
- ・介護保険証に記載している事業所を確認する。
- ・本人や家族から介護サービスの利用について確認する。
- ・患者が契約している介護支援専門員の事業所に、可能な限り入院を連絡する。

②入院期間の見込み

☆入院期間は、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、情報提供を行う。

【介護支援専門員がすること】

- ・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。（本人、家族に問い合わせて分からない場合）

【病院担当者がすること】

- ・概ねの入院期間の見込みを介護支援専門員に伝える。

③退院支援開始の連絡

【病院担当者がすること】

- ・退院支援基準に基づき、退院準備の日数をできる限り、多く残すことを考慮した上で、担当介護支援専門員に退院支援の開始を連絡する。
(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。)

④退院前調整(退院支援情報の共有、退院前カンファレンス・看護サマリーの提供)

【介護支援専門員がすること】

- ・看護サマリーは病院担当者へ事前に相談し受け取りに行く。
- ・病院へ受け取りに行けない場合は、提供方法について、病院担当者と介護支援専門員間で相談して決める。
- ・必要な情報は、カンファレンス時に収集する。
- ・カンファレンスがない場合、必要に応じて病院へ連絡・出向いて情報収集する。

【病院担当者がすること】

- ・カンファレンスについて、介護支援専門員へ日程等の連絡を行う。

2 入院前に担当介護支援専門員等がない場合

②退院支援の必要性の検討・準備

【病院担当者がすること】

- ・退院支援基準に基づき、退院支援の必要性を検討する。基準に当てはまる場合、患者の居住地の市町の介護保険の相談窓口介護保険申請等の相談に行く事を勧める。
- ・患者、家族に介護保険の概略を説明し、居宅介護支援事業所の選択について、助言する。
- ・患者、家族が居宅介護支援事業所の選択に戸惑いがある場合には、市町の介護保険の相談窓口を紹介する。
- ・患者、家族が居宅介護支援事業所を選択した場合は、居宅介護支援事業所へ連絡する。

③退院前調整

【介護支援専門員がすること】

- ・病院担当者より支援依頼があれば、病院で患者、家族等と面談し、介護保険の詳細の説明や手続きの代行を行う。
- ・患者、家族に今後の意向を聞き取りをした上で、退院支援を開始する。