

病院看護師とケアマネジャーのための

但馬圏域 入退院支援運用ガイドライン

令和5年(2023年)改定 第6版

但馬圏域健康福祉推進協議会

～本ガイドラインの運用にあたって～

このガイドラインは、但馬圏域の市町の範囲を超えた病院からの退院について、特に高齢の患者さんが退院直後からよりよい療養生活を送れるよう、平成 26 年度から各関係機関の協力を得て、検討を重ねてきました。

医療介護の状況やその連携体制づくりは、既に市町毎に医師会、歯科医師会、薬剤師会や病院、行政、そして介護支援専門員をはじめとする介護保険関係者の努力が進められています。住民の医療ニーズに応えるためには、但馬圏域内の病院がその機能に応じて、但馬圏域全体からの入院を受け入れることが必要となります。そのため、但馬圏域で退院支援に関する基本的な合意事項をまとめる必要があります。指針としてのガイドラインを作成しました。なお、このガイドラインの活用には、いくつかの重要な前提があります。

- 1) 各市町内での連携（病院所在地と同じ市町に退院する）については、市町毎に既に活用している退院に関する医療介護連携マニュアル等がある場合は、それを尊重します。
- 2) 病院所在地外の市町へ退院する場合や、その市町ではマニュアル等が未整備等の場合は、このガイドラインを活用することとします。
- 3) 高度医療例のように、病院と地域との連携が密に必要な例では、退院前カンファレンスが開催されることが本来のあり方であり、このガイドラインにそった連携がそれに代わるものではありません。
- 4) 退院に関する在宅における医療的判断は、かかりつけ医と病院主治医との綿密な連携の上に成り立つものであり、退院後に在宅の担当医師が代わる場合は、元のかかりつけ医との調整を十分に行う必要があります。
- 5) 本ガイドラインは、在宅医療と介護連携や病病・病診連携との関連性が深く、それら全体として施策化する事を目指す地域医療構想とも密接に関わることから、地域医療構想を検討する場（医療機関等連絡会）を活用し、少なくとも年に一度はその運用の課題を関係機関に検討してもらい、改善に努めることとします。

「但馬圏域入退院支援運用ガイドライン」の改定経過

◆平成 28 年 7 月 (2016 年 7 月)

医療・介護連携の一環として、平成 26 年度より国のモデル事業として作成に取り組む。医師会との調整、修正を経て、平成 28 年 7 月 1 日より試行を開始
名称「但馬圏域退院支援運用ガイドライン」

◆平成 29 年 8 月 (2017 年 8 月改定第 2 版)

平成 29 年 8 月 3 日「但馬圏域医療機関等連絡会議」の了承を得て改定

【主な改定点】

- 1) ガイドラインの対象者から、入院前と退院後の支援に変化のない、「短期入院(3 日程度)の患者」と「公立豊岡病院の救急病棟のみの入院患者」を除くことを明記
- 2) 病院からの「入院時連絡」及びケアマネジャーからの「入院時情報提供書送付」について、「3 日以内」の連絡を、「土日祝日を除く 3 日以内 (平日 3 日以内)」に修正
- 3) 転院時の連絡について新たに記載
- 4) 退院先が施設の場合の連絡について新たに記載
- 5) 「死亡退院」の連絡は、義務づけしないことを記載
- 6) ガイドラインの見直し、メンテナンスにかかる説明を一部追加
- 7) 各病院の対応及び、介護保険関係機関一覧の時点修正

◆平成 30 年 7 月 (2018 年 7 月改定第 3 版)

平成 30 年 7 月 25 日「但馬圏域健康福祉推進協議会医療部会」及び「但馬圏域医療機関等連絡会議」の了承を得て改定

【主な改訂点】

- 1) ガイドラインの名称変更
「但馬圏域退院支援運用ガイドライン」→「但馬圏域入退院支援運用ガイドライン」
本ガイドラインは、退院時の調整だけでなく、入院早期から退院後までの切れ目のない支援・連携を目的としていることから名称を「退院支援」から「入退院支援」へ変更
- 2) ケアマネジャーから入院時情報提供書の送付について、「家族等から入院を早期に把握した場合も病院からの入院時連絡を待たずに情報提供する」ことを明記
- 3) 連携にかかる診療・介護報酬一覧の変更 (報酬改定による)
- 4) 各病院の対応及び、介護保険関係機関一覧の時点修正

◆令和元年 7 月 (2018 年 7 月改定第 3 版 部分修正)

令和元年 7 月 25 日「但馬圏域健康福祉推進協議会医療部会」及び「但馬圏域医療機関等連絡会議」の了承を得て部分修正 (参考資料の時点修正)

◆令和 2 年 7 月 (2020 年 7 月改定第 4 版)

令和 2 年 7 月 30 日「但馬圏域健康福祉推進協議会」の了承を得て改定

【主な改訂点】 以下を追記

- 1) 予定入院者について、早期に入院時情報提供を必要とする病院は、入院予定日を担当ケアマネジャーに連絡する。
- 2) 入院予定者の連絡を受けたら、入院時情報提供書を準備し入院当日又は事前(事前の入院時情報提供加算が可能な市町)に病院へ提供する。

◆令和 3 年 8 月 (2021 年 8 月改定第 4 版 部分修正)

令和 3 年 8 月 5 日「但馬圏域健康福祉推進協議会医療部会」及び「但馬圏域医療機関等連絡会議」の了承を得て部分修正 (病院ごとの対応、参考資料の時点修正)

◆令和4年9月(2022年9月改定第5版)

令和4年9月8日の「但馬圏域健康福祉推進協議会医療部会」及び「但馬圏域医療機関等連絡会議」の了承を得て改定

【主な改定点】

- 1)入院時連絡：短期入院（3日程度）について
（追記）入院中に状態変化があり、病院が必要と判断する場合は対象とする。
- 2)入院時情報提供書の送付
（追記）ケアマネジャーが患者の入院に同行し、病院担当者とやりとりした場合は、病院からの入院時連絡を省略できる。
- 3)死亡退院について:「死亡退院」の場合は、連絡の義務づけはしない。
（追記）ただし、病院がケアマネジャーへ連絡した方がよいと判断した場合は、家族の了解を得て連絡することができる。

◆令和5年9月(2023年9月改定第6版)

令和5年9月7日の「但馬圏域健康福祉推進協議会医療部会」及び「但馬圏域医療機関等連絡会議」にて報告

【主な改定点】

- 1)入院時情報提供書の送付（予定入院の場合）
（一部の文面を変更・削除）入院予定者の連絡を受けたら、入院時情報提供書を準備し入院当日又は事前に病院へ提供する。（事前の入院時情報提供加算が可能な市町）
⇒予定入院者の連絡を受けたら、入院時情報提供書を準備し、入院前または入院当日に病院へ提供する。但し、入院前提供の場合は、患者が予定どおり入院したことを確認すること。
- 2)病院ごとの対応：公立豊岡病院
予定入院の場合の対応について項目を追加
- 3)病院ごとの対応：公立豊岡病院組合立 豊岡病院日高医療センター
（削除）病床の休止により入退院支援を廃止するため、ガイドラインから削除する。

目 次

1. はじめに	1
(1) 但馬圏域入退院支援運用ガイドライン作成の背景	1
(2) 但馬圏域入退院支援運用ガイドラインのねらいとポイント	2
2. 但馬圏域入退院支援運用ガイドラインの対象者	3
3. 但馬圏域入退院支援運用ガイドライン（介護保険利用者の場合）	4
(1) 入退院支援の流れ（圏域共通）	4
(2) 入退院支援の具体的な内容（圏域共通）	5
4. 但馬圏域入退院支援運用ガイドライン（介護保険未申請者の場合）	9
(1) 入退院支援の流れ（圏域共通）	9
(2) 入退院支援の具体的な内容（圏域共通）	10
5. ガイドラインの見直し、メンテナンスについて	12
6. 病院ごとの対応	13
■公立豊岡病院組合立 豊岡病院	13
■公立豊岡病院組合立 豊岡病院出石医療センター	15
■公立豊岡病院組合立 朝来医療センター	17
■公立八鹿病院	19
■公立村岡病院	21
■公立香住病院	23
■公立浜坂病院	25
■但馬病院	27
■大植病院	29
7. 参考資料	
■関係機関連絡先	
関係病院一覧	31
豊岡市 介護保険関係機関一覧	32
養父市 介護保険関係機関一覧	33
朝来市 介護保険関係機関一覧	34
香美町 介護保険関係機関一覧	35
新温泉町 介護保険関係機関一覧	36
■各市町 入院時情報提供書様式	
豊岡市 入院前情報提供書様式	37
養父市 入院時連携シート様式	39
朝来市 情報共有提供書様式	41
香美町 入院時情報提供書様式	43
新温泉町 入院時情報提供書様式	45
■【参考】退院調整情報共有シート（案）	47
■個人情報の取扱いについて	48
■介護保険を利用するには（患者様説明用）	49
■介護保険に関すること	50
■病院に関すること	52
■連携にかかる診療報酬・介護報酬一覧	55
■但馬圏域 病院ごとの対応一覧	56

1.はじめに

(1) 但馬圏域入退院支援運用ガイドライン作成の背景

高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい生活を送るための地域包括ケアシステムを確立するために、医療介護連携は重要な要素であり、多くの機関や職種間の連携が必要となります。その中でも高齢者の入退院については、病状の変化やケア上の注意点を病院と地域関係者が相互に共有することが重要です。

従来より、病院主治医とかかりつけ医の病診連携は、最も重要な情報連携として「紹介状」という形で確立しています。また、多職種連携では、在宅での高度医療が必要な例やリハビリテーションニーズの高い患者の退院について、退院時カンファレンスが積極的に行われています。

しかし、高齢者の入退院数の増加と入院期間の短縮化により、多職種によるカンファレンスを全例に行うことは難しくなっており、時にはケア課題の見落としや、短期間で退院する高齢者の情報提供の漏れが発生することがあります。その中には、情報がなかったために適切な在宅ケアが提供されなかったという例もあります。

このような例の減少をめざすには、従来からの医療介護連携を補完するものとして、看護を中心とした病院スタッフが、患者のケアに必要な情報を在宅支援のキーパーソンであるケアマネジャーに、簡潔かつ効果的に伝える基本的な「約束事」が必要です。また、この「約束事」は、今後、病院の病床機能別の役割分担が進むことを見据えると、二次医療圏域全体で共有される必要があるため、この「但馬圏域退院支援運用ガイドライン」(平成30年度改定により名称を「但馬圏域入退院支援運用ガイドライン」に変更)を作成しました。

(2) 但馬圏域入退院支援運用ガイドラインのねらいとポイント

ここでは、但馬圏域のケアマネジャーと病院関係者（主に看護師）の入退院支援にかかる情報のやりとりを具体的に決めることにより、病院から在宅への円滑で効果的な移行支援を目指しています。

地域連携室等の入退院支援部門を設けている病院においては、複雑困難ケースの支援は従来どおり医療ソーシャルワーカーが行い、比較的簡単な支援でよいケースは看護師が担う、という想定で約束事を明記しています。

■本ガイドラインのポイント■

- 経験の浅いケアマネジャーと看護師にも理解してもらえるよう、入院から退院までの支援の流れをわかりやすく示しました。
- 圏域で一律に運用するガイドラインはシンプルにし、病院ごとの状況に応じたガイドラインは別に掲載しました。

2.但馬圏域入退院支援運用ガイドラインの対象者

本ガイドラインでは、医療と介護の連携の方法を明確にするため、以下のような対象者の入退院支援を想定しています。

①介護保険の認定を受けている人^(注)

(注)ただし、入院前と退院後の支援に変化のない以下の入院の場合は除きます。

- 短期入院（3日程度）
*短期入院であっても入院中に状態変化があり、病院が必要と判断する場合は対象とする。
- 公立豊岡病院の救急病棟（3階東病棟）のみの入院

②介護保険の認定を受けていなくても、在宅での介護が想定され、病院担当者が退院支援の必要性を感じた人

この条件に当てはまる患者、つまり介護保険を利用している、あるいは今後利用が見込まれる患者が対象となります。入退院支援の必要な患者の状態像は、おおよそ以下のようにイメージしてください。

※入退院支援が必要な患者の状態像の詳細は、P10に記載しています。



- 入退院を繰り返している患者



- 注射や褥瘡処置など、退院後も医療処置が必要な患者



- 入院により ADL が低下し退院後の生活支援が必要な患者



- 独居、あるいは家族と同居であっても必要な介護が十分に提供できない状況にある患者



- ガン末期の患者
- 認知症の症状がある患者
- その他










入退院支援が必要な患者は高齢者だけではなく、障害のある人、介護保険の特定疾病に該当しない若い年齢の人、難病患者などがあります。

このガイドラインに該当しない人たちの退院支援についても検討する必要がありますが、まずは介護保険利用者を中心とした上記の対象で運用することとします。

3. 但馬圏域入退院支援運用ガイドライン

(1) 入退院支援の流れ（圏域共通） *介護保険利用者の場合

ここでは、介護保険利用者の入退院支援について、大まかな流れを示します。

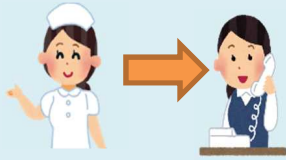
	病院の動き	ケアマネジャーの動き
患者が入院	<p>① 入院時連絡 入院したことをケアマネジャーに連絡する</p>  <p>介護保険を利用している患者さんが入院しましたよ!</p>	<p>② 入院時情報提供書の送付 患者の在宅での様子を病院へ情報提供する</p>  <p>わかりました! 患者さんの情報を送りますね。</p>
患者の退院見込みが出てきたら	<p>③ 患者の退院見込みを連絡 主治医の指示により患者が自宅へ退院できそうであることをケアマネジャーに連絡する</p>  <p>もうすぐ自宅への退院ができそうですよ!</p>	<p>④ かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始</p>  <p>わかりました! 退院支援を始めますね。</p>
退院支援に向けて	<p>⑤ 入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>例) 看護師/MSWとケアマネジャー退院支援開始面談</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>例) 電話や退院サマリーに基づく情報交換</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>例) 退院前カンファレンス</p> </div> </div>	
退院日決定	<p>⑥ 退院日を連絡 主治医の許可した退院日をケアマネジャーに連絡</p>  <p>退院日は〇月〇日になりました。</p>	 <p>了解しました! かかりつけ医の指示も得ながら調整します。</p>

(2) 入退院支援の具体的な内容（圏域共通）

ここでは、入退院支援の具体的な内容について示します。

I 患者が入院したら

①入院時連絡（病院 ⇒ ケアマネジャー）



入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内^(注)に患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

(注) 平日3日以内とは、「土日祝日を除く3日以内」とする

*ケアマネジャーが患者の入院に同行し、病院担当者とやりとりした場合は、病院からの入院時連絡を省略することができる。

- ★患者が介護保険利用者である場合は、持参した介護保険証を確認し、担当ケアマネジャーへ入院したことを連絡する。
- ★入院したことの連絡と併せて、わかる範囲で患者の状態像と入院見込期間についても伝えておく。
- ★予定入院者について、早期に入院時情報提供書を必要とする病院は、入院予定日を担当ケアマネジャーに連絡する。

患者が転院した場合のケアマネジャーへの連絡

- 圏域内の病院へ転院した場合は、受け入れ先(転院先)の病院が、転院した翌日から数えて平日3日以内に、入院(転院)したことをケアマネジャーへ連絡する。
- 圏域外への転院の場合は、転院させる病院がケアマネジャーに連絡する。



～ ケアマネジャーは、利用者へ『入院時セット』の準備を促して！

- 病院では、患者の担当ケアマネジャーが誰なのか、すぐにわからないことがよくあります。
- ケアマネジャーは、普段から自分の担当する利用者に、入院に備えて①医療保険証 ②介護保険証 ③お薬手帳の3点を『入院時セット』として準備し、入院の際には持参するように伝えておきましょう。
- 介護保険証には事業所名と連絡先、担当ケアマネジャーの氏名がわかるように、名刺の添付や記載をしておきましょう。



★患者の担当ケアマネジャーがわからない時には、以下へ問い合わせてください。

	連絡先	所在地	電話番号
豊岡市	豊岡市高年介護課	豊岡市立野町 12-12	0796-24-2401
養父市	養父市地域包括支援センター	養父市八鹿町八鹿 1675	079-662-7603
朝来市	朝来市地域包括支援センター	朝来市和田山町東谷 213-1	079-672-6125
香美町	香美町地域包括支援センター (いきいき相談センター)	香美町香住区香住 870-1	0796-36-4004
新温泉町	新温泉町地域包括支援センター	新温泉町浜坂 2673-1	0796-82-5623



②入院時情報提供書の送付（ケアマネジャー ⇒ 病院）

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として連絡の翌日から数えて平日3日以内に、患者情報を病院に提供する。

◆入院時情報提供書の様式：市町ごとの様式があります。P37～参照

- ★患者情報は、入院時情報提供書（各市町の様式）に記入し、病院へ提供する。書類の送付や持参については、病院によって対応が異なるので注意が必要。
 - *各病院の対応についてはP13以降を参照する。
- ★情報提供は、要介護の患者は全員、要支援の患者についてはできるだけ行う。
- ★家族等から患者の入院を把握した場合は、病院からの入院時連絡を待たずに情報提供を行う。
- ★患者が転院した場合は、受け入れ先の病院で同じ支援方法を適用する。ケアマネジャーからの入院時情報提供書は、病院が転院時サマリーに添付して送る。
- ★予定入院者の連絡を受けたら、入院時情報提供書を準備し、入院前または入院当日に病院へ提供する。但し、入院前提供の場合は、患者が予定どおり入院したことを確認すること。

II 患者の退院見込みが出てきたら



③患者の退院見込みを連絡（病院 ⇒ ケアマネジャー）

主治医の指示により、自宅への退院見込みの判断がつけられたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★病院が「この人は自宅への退院ができそうだ」と判断する患者の状態
 - 主治医から在宅退院の指示があった
 - 病状がある程度安定してきた
 - 主治医から家族に退院に向けての説明がされており、自宅での介護が可能などを目安に考える。



～ ケアマネジャーと調整する前に、
退院支援に向けた病院内の調整を ～

自宅への退院が可能かどうかは、医師、看護師、MSW、セラピスト等、院内の関係者の意見と、そして何よりも本人・家族の意向を確認の上、判断する必要があります。患者が入院したときから退院時のことを見据え、自院の状況に合わせて、院内関係者で患者情報が共有できるようにしておきましょう。



★病院は、患者の退院見込みが判断できたら、できるだけ早く担当ケアマネジャーへ連絡する。



④かかりつけ医に連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始（ケアマネジャー）

退院支援を開始する時は、ケアマネジャーは患者のかかりつけ医に退院予定日について連絡の上、病院から患者の情報を収集する。

★ケアマネジャーは、病院から退院見込みの連絡があった患者のかかりつけ医に、退院予定日を伝えておく。

※ケアマネジャーからかかりつけ医に伝える内容は患者の退院の予定日のみで、医療に関する情報については医療者側に問い合わせをもらう。

※患者の医療情報は、病院とかかりつけ医のやりとりを原則とする。

※患者の病状変化等により、元のかかりつけ医が交代する場合の調整は、原則病院が行うこと。

★ケアマネジャーは、病院から患者の退院見込みの連絡があった時に、退院支援のための患者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのかを病院と調整する。情報共有の方法は、電話、ケアマネジャーによる病院訪問、面談、カンファレンスなどがある。



⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた調整を行う。

退院支援に向けた情報共有は、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で効率よく行う。

◆（参考）退院支援情報共有シート：P47参照

★ケアマネジャーが退院支援のために必要とする情報はP47を参照。





病院担当者の院内での患者情報収集用に、本様式を使ってもよい。（既にそれぞれの様式を持っている場合は、その使用を妨げるものではない。）

★患者・家族および関係者を含めた退院前カンファレンスは、患者の状況に応じて病院が開催の是非を判断するので、ケアマネジャーはそのことを確認しておく。

4. 但馬圏域入退院支援運用ガイドライン

(1) 入退院支援の流れ（圏域共通） *介護保険未申請者の場合

ここでは、介護保険未申請者の入退院支援について大まかな流れを示します。

	病院の動き	ケアマネジャーの動き
患者の退院見込みが出てきたら	<p>①退院支援の要否を判断 病院は、患者の状態を見て退院支援が必要かどうかを判断する。</p>  <p>この患者さんは自宅に退院できそうだけど、この様子だと介護が必要になりそう</p>	
	<p>②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。 介護保険制度について簡単に説明し、窓口を紹介。相談に行くことを勧める。</p>  <p>介護保険という制度があって・・・</p>	
	<p>③地域包括支援センターへの連絡（退院見込み含む） 退院支援が必要な場合は、MSW が中心となって患者の居住地の地域包括支援センターへ連絡。</p>  <p>介護保険に該当しそうな患者がいます。そちらに行くことを勧めたのでよろしくお願いしますね。</p>	<p>④かかりつけ医に連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた調整を開始</p>  <p>わかりました！介護保険の認定と、退院の調整を始めますね。</p>
		<p>介護保険の申請・受付は地域包括支援センターが、退院に向けたサービス調整は担当ケアマネジャーが実施することになる。</p>

ここから先の流れは、P4 に示した「介護保険利用者の場合」の⑤以降と同様となる。

(2) 入退院支援の具体的な内容（圏域共通）

ここでは、但馬圏域退院支援の具体的な内容について示します。

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら



①退院支援の要否を判断（病院）

病院は、「この人は退院支援が必要かどうか？」を判断する。

★病院が「この人は退院支援が必要そうだ」と判断する患者の状態像（めやす）

疾患・心身機能	<ul style="list-style-type: none">●ガン末期●新たな医療処置が追加、もしくは管理に課題あり(服薬、注射等)●新たな機能・構造障害(下肢筋力の著しい低下等)がある●認知症(BPSD、高次脳機能障害)がある
活動 (ADL・IADL)	<ul style="list-style-type: none">●基本動作(寝返り、立ち上がり、歩行等)に介助が必要●入浴、食事、排泄、更衣、整容に介助が必要●運動に制限がある
人的環境	<ul style="list-style-type: none">●独居もしくはそれに準ずる世帯(高齢者のみ、キーパーソン不在等)●家族関係性に課題がある
物理的環境	<ul style="list-style-type: none">●ポータブルトイレの追加●経済面に課題がある●住宅改修、福祉用具の導入が必要

これらの状態に当てはまるようであれば、「退院支援が必要」「もしかしたら介護保険の申請が必要かもしれない」と判断してください。



②介護保険申請について患者・家族に情報提供する（病院）


患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

◆介護保険制度について：患者説明用のチラシがあります。P49参照

★退院支援が必要と判断した場合は、患者説明用チラシ等を活用し、患者・家族に介護保険制度について簡単に説明する。


★患者の居住地の地域包括支援センター等を窓口として案内し、相談に行くよう勧める。

- ★養父市・朝来市については、地域包括支援センターのほか、高齢者相談センター（地区担当あり）もあるので注意。（地区担当についてはP33～34の備考欄を参照）
- ★退院支援が必要かどうか、介護保険に該当するかどうかの判断に迷う時は、院内で相談したり、患者居住地の地域包括支援センター等へ連絡して相談してもよい。



③地域包括支援センターへ連絡する（病院）
退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、MSWが中心となり、患者居住地の地域包括支援センター等へ連絡する。

- ★「退院支援の必要な患者がいて、介護保険の説明をした」、「そちらを窓口として案内したので、対応をよろしく」と連絡する。
- ★全ての該当者について地域包括支援センターに連絡する必要はないが、特に自宅での療養生活に課題がある等、特別な事情がある場合は連絡することが望ましい。



④かかりつけ医に連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた調整を開始（ケアマネジャー）
退院支援を開始する時は、ケアマネジャーは患者のかかりつけ医に退院予定日について連絡の上、病院から患者の情報を収集する。

- ★連絡を受けた地域包括支援センターは、患者の概要を聞いておく。要支援または要介護と思われる状態であれば、相談・申請に備えて準備をしておく。

以降の調整は、P4に示した「介護保険利用者の場合」の⑤以降と同様となる。

5. ガイドラインの見直し、メンテナンスについて

この但馬圏域入退院支援運用ガイドラインは、決して完璧なものではありません。
例えば…

- ケアマネジャーからの入院時情報提供書の内容や情報量が、各市町によって様々であり、統一様式にはなっていない。
- 病院から退院見込みの連絡をするタイミングを具体的に表記していないため、退院連絡の遅延から調整不良につながる可能性もある。

など、現時点での課題もいくつか残されています。また、実際に運用すると、新たな問題点や改善の必要な部分が出てくると考えられます。

そこで、今後は本ガイドラインの運用状況を評価し、定期的に見直すことで、よりよい病院・介護連携を目指していきたいと思います。ガイドラインのメンテナンスのポイントは、以下のとおりです。

- (1) 運用後6ヶ月の時点で、再度、退院調整率及び連携の質を評価するための調査を実施する。(その後毎年1回程度は調査を行う。)
- (2) (1)の調査結果を踏まえた「入退院支援運用ガイドラインのメンテナンス会議」を、少なくとも毎年1回は開催し、課題解決に向けた検討と必要に応じた修正を行う。
- (3) 上記会議で検討した課題や修正されたガイドラインは、病院内、事業所内、各市町、既存のネットワーク等において関係者へ共有・周知する。病院内、事業所は、職員の異動や採用時など、定期的にガイドラインの周知の機会を持つこと。
- (4) お互いの資質向上に必要なことは、研修会や勉強会等を通じて解決していく。

このガイドラインは、医師会等の意見を聞きながら病院関係者（看護師などの退院調整担当者）とケアマネジャーの間で運用されることを前提として作成しました。

また、病院同士や病院とかかりつけ医の連携における課題は、今後、地域医療構想の中で十分議論し、システム化を目指すことが期待されます。

このガイドラインも、地域包括ケアシステムという大きな仕組みの中の一部であり、これからは『但馬圏域の住民すべてが、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができる』…そんな地域づくりを目指して、様々な関係機関との連携を普遍的なシステムにすることが必要です。

6. 病院ごとの対応

■ 公立豊岡病院組合立 豊岡病院

〒668-8501 豊岡市戸牧 1094
TEL：(代) 0796-22-6111
FAX：(医療福祉相談室) 0796-22-6135

医療福祉相談室があります。退院調整看護師、MSWが(月)～(金)に勤務しており、病棟ごとに担当が決まっています。

(I) 入退院支援の流れ(介護保険申請者の場合)

I 予定入院が決定したら

- ①入院サポートセンター、または家族から担当ケアマネジャーに入院予定日を連絡する。
(入院後の連絡はしません)

II 患者が入院したら

- ①予定入院は上記にて連絡のため、入院時の連絡は不要

- ②緊急入院(救急病棟から一般病棟への転棟を含む)の連絡

入院を受けた病棟は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内に、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★病棟看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★病名・病状と治療見込み期間がわかっている場合は、入院の連絡の際に口頭でお知らせします。
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合もケアマネジャーへ連絡をします。

- ③入院時情報提供書の送付

病院または家族から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として、予定入院は入院当日または事前に、緊急入院は連絡の翌日から数えて平日3日以内に患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書を持参する際の事前連絡は不要です。
- ★入院時情報提供書は、患者の入院している病棟へ持参してください。
各病棟のナースステーションで声をかけていただければスタッフが対応します。
- ★FAXの場合は医療福祉相談室(FAX:0796-22-6135)へ送信していただき、原本は郵送してください。FAX対応時間 8:30～17:00(平日のみの対応)
- ★郵送の場合は、医療福祉相談室あてに送ってください。
- ★メール不可。



III 患者の退院見込みが出てきたら

- ①患者の退院見込みを連絡

主治医の指示により自宅への退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★原則、病棟看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院見込みを連絡するときに、既に退院日が判明している場合はこのときにお伝えします。(この場合はルールIV①は省略します)

②かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始
退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

③入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う
退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★MSW、退院調整看護師と病棟看護師が中心となって、必要に応じて退院前カンファレンスを開催しますので出席してください。



IV 患者の退院日が決まったら

①退院日を連絡

主治医の許可した患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★病棟看護師が、電話でケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も、ケアマネジャーに連絡します。
- ★「死亡退院」の連絡は、義務づけてはいません。

V 患者の退院後

★入退院を繰り返すケース等については、今後の支援に生かすため療養状況を教えてほしいことがあります。その場合は、電話で連絡致します。

(2) 入退院支援の流れ（介護保険未申請者の場合）

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら

①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要かどうか？」を判断する。

②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。

患者に退院調整が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センターまたは高齢者相談センター等を紹介し相談に行くよう勧める。

★医療福祉相談室担当者が介護保険について簡単に説明します。



③地域包括支援センターまたは高齢者相談支援センターに連絡する

退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、患者居住地の地域包括支援センターまたは高齢者相談支援センター等へ連絡する。

★医療福祉相談室担当者が必要時電話で連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始
退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

■ 公立豊岡病院組合立 豊岡病院出石医療センター

〒668-0263 豊岡市出石町福住 1300
TEL：(代) 0796-52-2555
FAX：(代) 0796-52-3811

地域医療連携室があります。MSW を 1 名配置。(月)～(金)勤務しています。

(I) 入退院支援の流れ (介護保険利用者の場合)

I 患者が入院したら

患者が入院したら看護師は本人・家族の意向を確認します。

①入院時連絡

入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内に、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★病棟看護師又は MSW が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★病名・病状と治療見込み期間がわかっている場合は、入院の連絡の際に口頭でお知らせします。
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合もケアマネジャーへ連絡します。

②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として、連絡の翌日から数えて平日 3 日以内に患者情報を病院に提供する。

- ★持参するときの事前連絡は不要です。
- ★入院時情報提供書は、入院病棟あてで持参してください。
- ★FAX の場合は 0796-52-3811 へ。
- ★郵送する場合も、入院病棟あてで結構です。
- ★メール不可。(定期的なチェックが難しいので)



II 患者の退院見込みが出てきたら

③患者の退院見込みを連絡

主治医の指示により自宅への退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★病棟看護師又は MSW が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★退院見込みの連絡の時に、併せてカンファレンスの日程調整も行います。
- ★基本は病棟看護師が中心となってケアマネジャーさんとやりとりするように努めています。
- ★複雑なケースについては、MSW が対応することもあります。



Ⅲ 患者の退院日が決まったら

⑥退院日を連絡

主治医の許可した患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★病棟看護師又は MSW が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も、ケアマネジャーに連絡します。
- ★「死亡退院」の連絡は、義務づけてはいません。

Ⅳ 患者の退院後

- ★特に入退院を繰り返すケースなどについては、今後の支援に活かすために、療養状況が知りたいことがあります。
- ★療養状況について教えていただきたい時は、あらかじめご連絡しますので、よろしくお願いします。



(2) 入退院支援の流れ（介護保険未申請者の場合）

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら

①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要かどうか？」を判断する。

②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。

患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センターまたは高齢者相談センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

- ★地域医療連携室担当者か病棟看護師が介護保険について説明します。



③地域包括支援センターまたは高齢者相談センターに連絡する

退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、患者居住地の地域包括支援センターまたは高齢者相談センター等へ連絡する。

- ★病棟看護師が、電話で連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

■ 公立豊岡病院組合立 朝来医療センター

〒669-5267

朝来市和田山町法興寺 392 番地

TEL：(地域医療連携室)079-670-3555

FAX：(代) 079-670-2223

地域医療連携室があります。
MSW1 名と看護師 2 名を配置。
(月)～(金)に勤務しています。

(I) 入退院支援の流れ (介護保険申請者の場合)

I 患者が入院したら

①入院時連絡

入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内に、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★基本的には病棟看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★複雑なケースの場合には、地域医療連携室担当者が電話連絡します。
- ★病名・病状と治療見込み期間がわかっている場合は、入院の連絡の際に口頭でお知らせします。
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合もケアマネジャーへ連絡します。



②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として、連絡の翌日から数えて平日3日以内に患者情報を病院に提供する。

- ★持参するときの事前連絡は不要です。
- ★入院時情報提供書は、患者の入院している病棟か、地域医療連携室へ持参を。
- ★FAX の場合は 079-670-2223 へ。管理課のFAXなので、宛先の病棟もしくは地域医療連携室宛に送信してください。
- ★郵送する場合も入院病棟宛もしくは地域医療連携室へ送って下さい。
- ★メール不可。(定期的にチェックが難しいので)

II 患者の退院見込みが出てきたら

③患者の退院見込みを連絡

主治医の指示により自宅への退院見込みの判断がつけば、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域医療連携室担当者か病棟看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う
退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★密な情報共有や事前打ち合わせが必要なケースについてはカンファレンスを開催しますので、出席してください。

★電話で情報共有することもあります。



Ⅲ 患者の退院日が決まったら

⑥退院日を連絡

主治医の許可した患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャーに連絡する。

★地域医療連携室担当者か病棟看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

★退院先が施設の場合も、ケアマネジャーに連絡します。

★「死亡退院」の連絡は、義務づけてはいません。

Ⅳ 患者の退院後

★特に入退院を繰り返すケースなどについては、今後の支援に活かすために、療養状況が知りたいことがあります。

★療養状況について教えていただきたい時は、あらかじめご連絡します。

(2) 入退院支援の流れ（介護保険未申請者の場合）

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら

①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要かどうか？」を判断する。

②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。

患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センターまたは高齢者相談センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

★地域医療連携室担当者か病棟看護師が介護保険について説明します。



③地域包括支援センターまたは高齢者相談センターに連絡する

退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、患者居住地の地域包括支援センターまたは高齢者相談センター等へ連絡する。

★地域医療連携室担当者か病棟看護師が、電話で連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

■ 公立八鹿病院

〒667-8555 養父市八鹿町八鹿 1878-1
TEL：(代) 079-662-5555
FAX：(地域医療連携室) 079-662-3143

地域医療連携室があります。看護師3名、MSW7名が(月)～(金)に勤務しております。

(I) 入退院支援の流れ (介護保険申請者の場合)

I 患者が入院したら

患者が入院したら看護師・MSWは本人・家族の意向を確認します。

①入院時連絡

入院を受けた病院は、原則として入院の当日から数えて平日3日以内に、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★MSWが、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★連絡の際に入院時情報提供書をご持参いただく日程の調整をいたします。
- ★病名・病状と治療見込み期間がわかっている場合は、入院の連絡の際に口頭でお知らせします。
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合もケアマネジャーに連絡します。

②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として、連絡の翌日から数えて平日3日以内に患者情報を病院に提供する。

- ★持参は担当MSWに連絡し日程調整をお願いします。
- ★郵送は地域医療連携室へ送付してください。
- ★FAXは 079-662-3143(地域医療連携室)に送ってください。
- ★メール不可。



II 患者の退院見込みが予測されたら、再度意向を確認します。

③患者の退院見込みを連絡

主治医の指示により自宅への退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★MSWが、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④かかりつけ医に連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★MSW と病棟看護師等が中心となり、必要に応じて情報共有の場や退院前カンファレンスを開催します。
退院前カンファレンスの際は、暫定居宅サービス計画を持参して下さい。



Ⅲ 患者の退院日が決まったら

⑥退院日を連絡

主治医の許可した患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャーに連絡する。

★MSW が、電話でケアマネジャーに連絡します。
★退院先が福祉施設・医療機関の場合も、ケアマネジャーに連絡します。
★「死亡退院」の連絡は、義務づけてはいません。

Ⅳ 患者の退院後

★入退院を繰り返すケース等については、今後の支援に生かすため療養状況を教えて欲しいことがあります。その場合は、電話で連絡いたします。

(2) 入退院支援の流れ（介護保険未申請者の場合）

I 患者の入院前から

①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要かどうか？」を判断する。

②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。

患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センターまたは高齢者相談センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

★MSW・Ns が介護保険について説明します。



③地域包括支援センターまたは高齢者相談センターに連絡する。

退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、患者居住地の地域包括支援センターまたは高齢者相談センター等に連絡する。

★MSW が電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④かかりつけ医に連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

■ 公立村岡病院

〒667-1311 香美町村岡区村岡 3036-1
TEL：(代) 0796-94-0111
FAX：(代) 0796-98-1341

地域医療連携室があります。
MSW1 名と退院支援専従看護師 1 名を配置し(月)～(金)勤務しています。

(I) 入退院支援の流れ(介護保険申請者の場合)

I 患者が入院したら

①入院時連絡

入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内に、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域医療連携室の退院支援専従看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★病名・病状と治療見込み期間がわかっている場合は、入院の連絡の際に口頭でお知らせします。
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合もケアマネジャーへ連絡します。

②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として、連絡の翌日から数えて平日3日以内に患者情報を病院に提供する。

- ★持参するときの事前連絡は不要です。
- ★入院時情報提供書は、地域医療連携室へ持参を。
- ★FAXの場合は0796-98-1341へ。宛先は「地域医療連携室」と記入してください
- ★郵送する場合も「地域医療連携室」あてで結構です。
- ★メール不可。(定期的なチェックが難しいので)



II 患者の退院見込みが出てきたら

③患者の退院見込みを連絡

主治医の指示により自宅への退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域医療連携室の退院支援専従看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★密な情報共有や事前打ち合わせが必要なケースについてはカンファレンスを開催しますので、出席してください。

★ケアマネジャーや関係職種との情報共有は、電話または来院していただければ、退院支援専従看護師が対応します。



Ⅲ 患者の退院日が決まったら

⑥退院日を連絡

主治医の許可した患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャーに連絡する。

★地域医療連携室の退院支援専従看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

★退院先が施設の場合も、ケアマネジャーに連絡します。

★「死亡退院」の連絡は、義務づけてはいませんが、可能な範囲で連絡します。

Ⅳ 患者の退院後

★入退院を繰り返すケースなどについては、今後の支援に活かすために、療養状況について確認したい場合があります。その場合は、ご連絡しますのでよろしくお願いします。

(2) 入退院支援の流れ（介護保険未申請者の場合）

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら

①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要かどうか？」を判断する。

②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。

患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

★地域医療連携室の退院支援専従看護師が介護保険について説明します。



③地域包括支援センターへ連絡する

退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、患者居住地の地域包括支援センター等へ連絡する。

★地域医療連携室の退院支援専従看護師が、電話で連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

■ 公立香住病院

〒669-6543 美方郡香美町香住区若松 540
TEL：(代) 0796-36-1166
FAX：(代) 0796-36-1897

地域連携室があります。
MSW1名と看護師1名が(月)～(金)
で勤務しています。

(I) 入退院支援の流れ(介護保険申請者の場合)

I 患者が入院したら

①入院時連絡

入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内に、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★MSWが、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★病名・病状と治療見込み期間がわかっている場合は、入院の連絡の際に口頭でお知らせします。
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合もケアマネジャーへ連絡します。

②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として、連絡の翌日から数えて平日3日以内に患者情報を病院に提供する。

- ★持参するときの事前連絡は不要。特別な話がある場合には、地域連携室に電話を入れてから来てください。
- ★入院時情報提供書は、地域連携室・中村MSWあて持参を。
- ★FAXの場合は0796-36-1897へ。地域連携室直通ではないので、宛先を「地域連携室」と必ず記入してください。
- ★郵送する場合も地域連携室あてで結構です。
- ★メール不可。(定期的にチェックが難しいので)



II 患者の退院見込みが出てきたら

③患者の退院見込みを連絡

主治医の指示により自宅への退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★MSWが、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★密な情報共有や事前打ち合わせが必要なケースについてはカンファレンスを開催しますので、出席してください。



Ⅲ 患者の退院日が決まったら

⑥退院日を連絡

主治医の許可した患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★MSWが、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も、ケアマネジャーに連絡します。
- ★「死亡退院」の連絡は、義務づけてはいません。

Ⅳ 患者の退院後

★退院前カンファレンスを開催したケースについては、病棟看護師が退院後電話訪問を行っています。

★退院後訪問の対象者となる患者については、病棟看護師が訪問看護師に同行し自宅訪問を行っています。



(2) 入退院支援の流れ（介護保険未申請者の場合）

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら

①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要かどうか？」を判断する。

②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。

患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

★看護師かMSWが介護保険について説明します。



③地域包括支援センターへ連絡する

退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、患者居住地の地域包括支援センター等へ連絡する。

★看護師かMSWが、電話で連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

■ 公立浜坂病院

〒669-6731 美方郡新温泉町二日市 184-1
TEL：(代) 0796-82-1611
FAX：(専用) 0796-83-3755

地域連携室があります。専任の退院支援看護師1名と専従社会福祉士1名が配置されています。(月)～(金)の勤務です。

(I) 入退院支援の流れ (介護保険申請者の場合)

I 患者が入院したら

①入院時連絡

入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内に、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域連携室担当者及び病棟看護師が電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★病名・病状と治療見込み期間がわかっている場合は、入院の連絡の際に口頭でお知らせします
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合もケアマネジャーへ連絡します。

②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として、連絡の翌日から数えて平日3日以内に患者情報を病院に提供する。

- ★持参するときの事前連絡は不要です。
- ★入院時情報提供書は、入院病棟か、地域連携室あてで持参してください。
- ★FAXの場合は0796-83-3755へ。
- ★郵送する場合は、地域連携室あて。
- ★メール不可



II 患者の退院見込みが出てきたら

③患者の退院見込みを連絡

主治医の指示により自宅への退院見込みの判断がつけられたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域連携室担当者か病棟看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★病棟看護師と地域連携室担当者が中心となって、情報交換します。
- ★退院見込みの連絡の時に、併せて必要時カンファレンスの日程調整も行います。



Ⅲ 患者の退院日が決まったら

⑥退院日を連絡

主治医の許可した患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★病棟看護師か地域連携室担当者が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も、ケアマネジャーに連絡します。
- ★「死亡退院」の連絡は、義務づけてはいません。

Ⅳ 患者の退院後

- ★療養状況報告について教えていただきたい時は、あらかじめ連絡しますので、その時は対応をお願いします。

(2) 入退院支援の流れ（介護保険未申請者の場合）

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら

①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要かどうか？」を判断する。

②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。

患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

- ★地域連携室担当者か病棟看護師が介護保険について説明します。



③地域包括支援センターへ連絡する

退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、患者居住地の地域包括支援センター等へ連絡する。

- ★地域連携室担当者か病棟看護師が電話で連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

■但馬病院

〒667-0023 養父市八鹿町上網場 155
TEL：(代) 079-662-2631
FAX：(代) 079-662-6682

地域医療連携室があります。精神保健福祉士(MHSW) 4名が、(月)～(土)で勤務しています。

(1) 入退院支援の流れ(介護保険申請者の場合)

I 患者が入院したら

①入院時連絡

入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内に、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★MHSWが電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★病名・病状と治療見込み期間がわかっている場合は、入院の連絡の際に口頭でお知らせします
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合もケアマネジャーへ連絡します。

②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として、連絡の翌日から数えて平日3日以内に患者情報を病院に提供する。

- ★持参するときの事前連絡は不要です。
- ★入院時情報提供書は、担当MHSWあてで持参してください。
- ★FAXの場合は079-662-6682へ。
- ★郵送する場合も、担当MHSWあてで結構です。
- ★メール不可



II 患者の退院見込みが出てきたら

③患者の退院見込みを連絡

主治医の指示により自宅への退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★MHSWが、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★退院前には必ずケースカンファレンス(医療保護入院者の場合は、退院支援委員会といいます)を行いますので、出席してください。



Ⅲ 患者の退院日が決まったら

⑥退院日を連絡

主治医の許可した患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★MHSWが、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も、ケアマネジャーに連絡します。
- ★「死亡退院」の連絡は、義務づけてはいません。

Ⅳ 患者の退院後

- ★在宅での療養状況を確認させていただくことがあります。また、当院での受診状況についてお尋ねになりたい場合は、ご連絡いただければ外来看護師またはMHSWが可能な範囲で情報提供させていただきます。



(2) 入退院支援の流れ（介護保険未申請者の場合）

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら

①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院調整支援が必要かどうか？」を判断する。

②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。

患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

- ★MHSWが介護保険について説明します。



③地域包括支援センターへ連絡する

退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、患者居住地の地域包括支援センター等へ連絡する。

- ★MHSWが電話で連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始
退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

■大植病院

〒679-3423 朝来市多々良木 1514
TEL：(代) 079-678-1231
FAX：(代) 079-678-0881

地域医療連携室があります。
精神保健福祉士（PSW）5 名が、交替で月～土曜に勤務しています。

（Ⅰ）入退院支援の流れ（介護保険申請者の場合）

I 患者が入院したら

①入院時連絡

入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内に、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★PSW が電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★病名・病状と治療見込み期間がわかっている場合は、入院の連絡の際に口頭でお知らせします
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合もケアマネジャーへ連絡します。

②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として、連絡の翌日から数えて平日3日以内に患者情報を病院に提供する。

- ★持参するときは、電話で事前連絡を入れてください。担当の PSW が不在のこともあります。
- ★入院時情報提供書は、担当 PSW あてで持参してください。
- ★FAX の場合は 079-678-0881 へ。宛先の担当 PSW 名を記入してください。
- ★郵送する場合も、担当 PSW あてで結構です。
- ★メールでも可。(PSW 共通のアドレスです)
ohue_psw@shunjin-kai.or.jp



II 患者の退院見込みが出てきたら

③患者の退院見込みを連絡

主治医の指示により自宅への退院見込みの判断がいたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★PSW が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を行う

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★退院前には必要に応じケースカンファレンス(医療保護入院者の場合は、退院支援委員会といいます)を行いますので、出席してください。



Ⅲ 患者の退院日が決まったら

⑥退院日を連絡

主治医の許可した患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★PSW が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も、ケアマネジャーに連絡します。
- ★「死亡退院」の連絡は、義務づけてはいません。

Ⅳ 患者の退院後

- ★退院後の様子は、外来受診時に PSW が本人や家族から情報収集し、把握するように努めています。
- ★療養状況報告が欲しい場合は、PSW から連絡しますので、その時は対応をお願いします。



(2) 入退院支援の流れ (介護保険未申請者の場合)

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら

①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要かどうか？」を判断する。

②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。

患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

- ★PSW が介護保険について説明します。



③地域包括支援センターへ連絡する

退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを、患者居住地の地域包括支援センター等へ連絡する。

- ★PSW が電話で連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーはかかりつけ医に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。