

退院調整ルー ルの流れ

(介護保険サービスを利用している方の場合)



※1「退院調整ルールの手引き」P6参照

※2「退院調整ルールの手引き」P7参照

※3「退院前カンファレンス」とは、退院後の安心安全な療養生活を目的として、主に病院が主催し医師・看護師・ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・介護福祉士等複数の支援主体と当事者が集まり、会議では、利用者の状況等に関する情報共有と退院後のケアにおける方法と役割が確認される。

※4「サービス担当者会議」とは、ケアカンファレンスの一種で、介護保険制度特有の名称であり、ケアプラン作成・変更時等にケアマネジャーが主催し開催することが法令で義務付けられた会議です。利用者のサービスを担当するサービス事業者が参加し、基本的に利用者(患者)や家族も出席します。会議では利用者の状況等に関する情報共有と利用者(患者)・家族の意向の確認や目標の決定、提供サービスなどが協議されます。

介護保険利用している方の退院調整にかかる CHECK BOX

実施後 □にレの
チェックで確認 (^_^)b

病院スタッフ編

1 入院時連絡

- 健康保険証に添付している名刺やお薬手帳、介護保険証等で患者の担当ケアマネジャーを確認する。
- 入院時間き取りの際、患者・家族等に対し、担当ケアマネジャー(変更希望の場合は変更後ケアマネジャー)への入院連絡を促す。

2 入院時情報共有

- ケアマネジャーからの入院時情報提供書を受け取る。
- ケアマネジャーが来院した場合や電話をかけてきた際は、退院調整の要否判定に係る必要な患者情報やケアマネジャーの意見を確認する。

3 退院調整にかかるスクリーニング実施

- 基準1【退院調整の要否基準】基準2【在宅への退院可否判断基準】も参考にスクリーニングを実施する。

4 退院支援計画の作成

- 退院支援計画を作成する。

5 退院見込みの連絡

- 患者・家族等の了解のもと、できるだけ早く、少なくとも退院の1週間前、担当ケアマネジャーに退院の目途等を連絡する。(ペットコントロール等やむを得ない場合を除く。)
- 患者が転院・施設入所の場合、入院時に情報提供したケアマネジャーに連絡する。転院(出)先入院時情報提供書の引継ぎを行う。

6 退院前調整(情報の共有や面談・会議の実施)

- ケアマネジャーからの情報収集(「退院時に必要な情報」シート参考)に協力するとともに退院調整に必要な情報を得る。
- 電話連絡による事前の日程調整を行い(退院前カンファレンス・面談)を実施する。
- ケアマネジャーからサービス担当者会議への出席依頼があった場合は出席する。
- 退院時サマリーを作成。患者または家族等に説明・交付し、担当ケアマネジャーへの連絡も依頼する。

ケアマネジャー編

1 入院連絡を受けるための日頃からの留意点

- お薬手帳、健康保険証にケアマネジャーの名刺を付けておく。
- お薬手帳に担当ケアマネジャー、事業所を記載しておく。
- 利用者や家族等に入院すればケアマネジャーに連絡することを依頼しておく。(契約時の配布書類に記載、モニタリング訪問時に依頼)
- 利用者宅の電話の側にケアマネジャーの連絡先の掲示を依頼する。

2 入院時情報共有

- 入院前又は入院当日(遅くとも入院後3日以内)に、地域連携室を通じ(連携室を設置していない病院は直接)病棟に入院時情報提供書を提供する。
- 事業所所在地が遠方等理由がある場合は電話連絡とFAX送信等で情報提供する。
- 退院調整の必要な利用者の場合(基準1【退院調整の要否基準】を参考)、その状況と理由を病院に連絡しておく。(口頭伝達)

3 退院見込みの把握

- 病院訪問時に、退院見込みの連絡について、利用者及び家族と病棟に依頼しておく。

4 退院前調整(情報の共有や面談・会議の実施)

- 病棟の協力を得て「退院時に必要な情報」シートを活用し、利用者・家族等の意向確認を始め、患者情報を収集する。
- 変更申請の必要性についての検討 ⇒ (要・不要)
- 電話連絡による事前の日程調整を行い、(退院前カンファレンスへ参画・面談の実施)する。
- 居宅サービス計画原案を作成する。
- 家族等および退院後に利用する予定のサービス事業所とサービス担当者会議の日程を調整する。
- サービス担当者会議を開催する。

～患者(利用者)が退院し自宅等へ戻ったら～

- 退院後の利用者(元患者)の様子について地域連携室を通じて、病棟看護師に連絡する。