

# 丹波圏域 入退院調整ルールの手引き

～患者さんの退院を地域全体で支えるために～



令和元年 10 月  
令和 3 年 10 月改正  
令和 5 年 5 月改正

丹波健康福祉事務所・丹波篠山市・丹波市



# 目 次

1 丹波圏域 退院調整ルール策定の目的	1
2 丹波圏域 退院調整ルールの基本	2
(1) 退院調整ルールとは	2
(2) 退院調整ルールの対象となる患者	2
(3) 退院調整ルールの見直し	2
3 丹波圏域 退院調整ルールの内容	3
(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合	3
(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合	5
(3) 退院調整が必要な患者の基準	7
(4) 病院が在宅への退院を可能と判断する基準	7
様式1 入院時情報提供書	8
様式2 介護保険の申請依頼書	10
様式3 介護支援連携指導書	11



# 1 丹波圏域 退院調整ルール策定の目的

## 退院調整のための“「病院」と「ケアマネジャー」間のルール”を策定

介護を必要とする患者さんが、退院の準備をする際に、病院からケアマネジャーに引き継ぎがなされないことにより、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合があります。

丹波圏域における「病院からケアマネジャーに引き継ぎがなされない割合」は、2015年6月調査時点で、約34%でした。

そこで、丹波圏域の病院関係者、ケアマネジャー、市、地域包括支援センター、健康福祉事務所、医師会、関係団体など、たくさんの方々が約1年間、検討・協議を行い、病院とケアマネジャーが連携をとりやすくするための「退院調整ルール」を策定しました。

この退院調整ルールを地域全体で運用し、介護を必要とする患者さんが、疾患を問わず、丹波圏域のどの病院から退院しても、必要な介護サービスがタイムリーに受けられ、安心して在宅へ戻ることができるよう、**医療（病院）と介護（ケアマネジャー・市）**が連携を強化して支援していくことを、ルール策定の目的としています。

この手引きは、病院の退院支援を行うスタッフやケアマネジャーなど関係者に向けて作成したものです。

患者さんの退院を地域全体で支えるため、関係者の皆様に内容を共有していただき、退院調整ルールの普及・活用に、ご協力くださいますようお願いいたします。

## 2 丹波圏域 退院調整ルールの基本

### (1) 退院調整ルールとは

患者が退院する際に、必要な介護サービスをタイムリーに受けられるよう、病院とケアマネジャーが、患者が入院した時から情報を共有し、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための連携の仕組みです。

患者の退院に向けて、病院とケアマネジャーが連携をとるためのそれぞれの役割や使用する様式などを定めています。

2016年7月から運用を開始しました。

### (2) 退院調整ルールの対象となる患者

次のいずれかに該当する方が、退院調整を行う必要がある方です。

① 入院前に担当ケアマネジャーが決まっている方（入院前に介護保険サービスを利用していた方）

⇒ 要介護・要支援に関わらず、**全て対象**となります。（短期入院を除く）

② 入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない方（退院後、新たに介護保険サービスを利用する方）

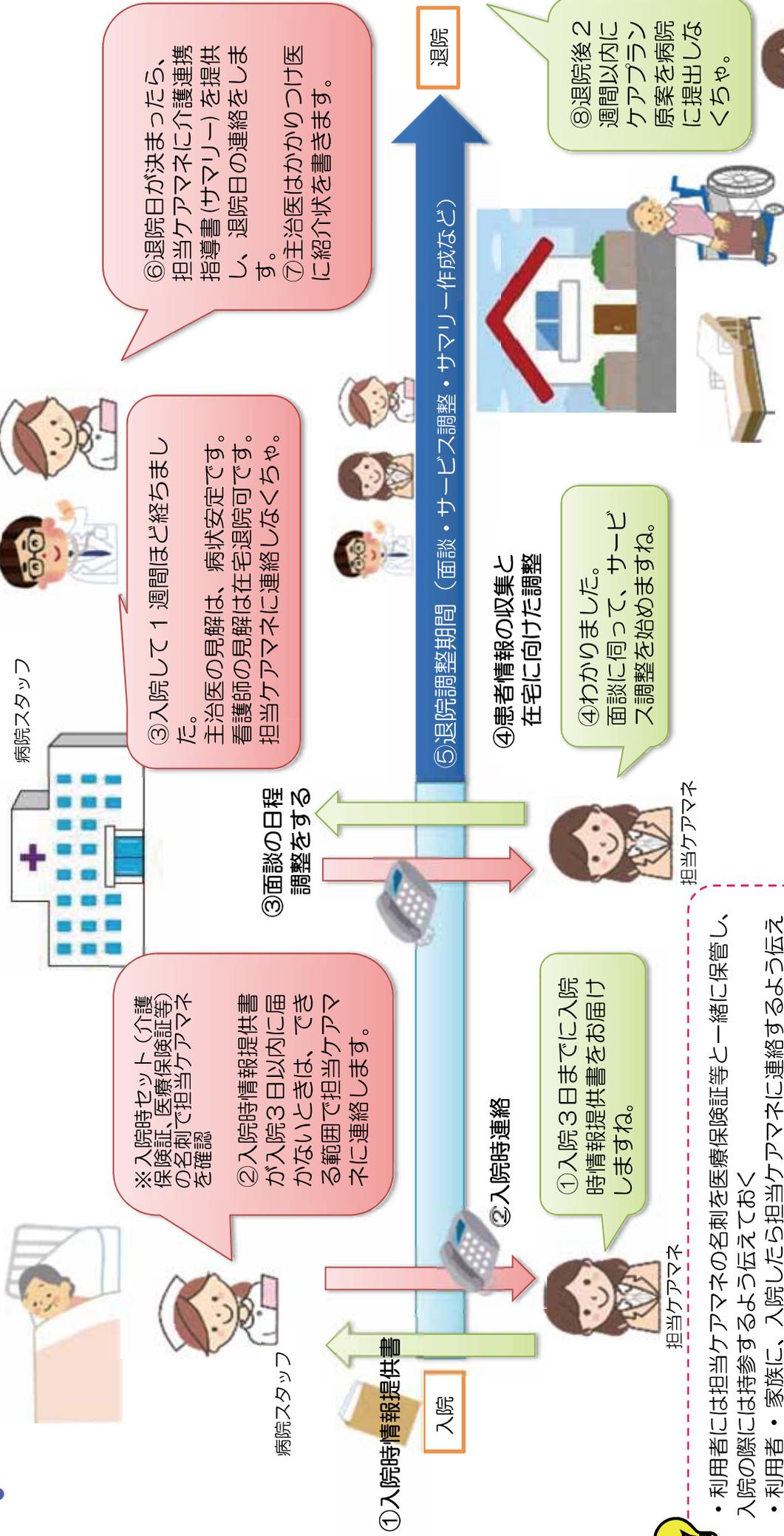
⇒ 『退院調整が必要となる患者の基準』（P7(3)-②参照）により、**病院が、退院調整が必要と判断した方**が対象となります。（短期入院を除く）

### (3) 退院調整ルールの見直し

退院調整ルールは、運用後、定期的に運用状況の確認、評価を行い、必要があれば関係者間で協議の上、適宜見直しをしていきます。

### 3 丹波圏域 退院調整ルールの内容

#### (1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）



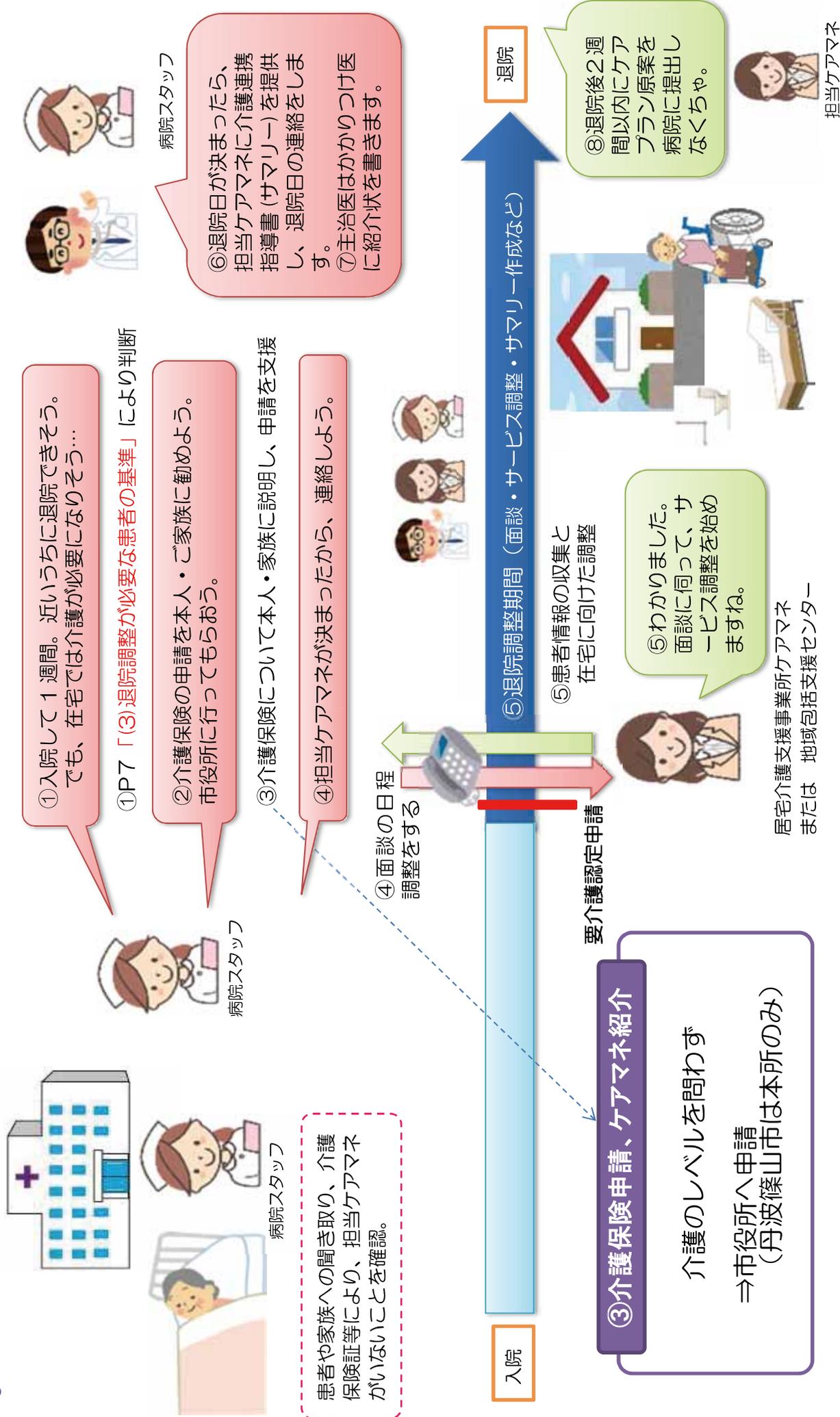
**💡**

- ・利用者には担当ケアマネの名刺を医療保険証等と一緒に保管し、入院の際には持参するよう伝えしておく
- ・利用者・家族に、入院したら担当ケアマネに連絡するよう伝えしておく。
- ・病院から連絡が来る前に、本人・家族等から入院を把握したときは、病院からの連絡を待たずに入院時情報提供書を送付する。

	病 院	ケアマネジャー（ケアマネ）
在宅時 ↓		◇利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫 ○担当する利用者に、 <b>ケアマネの名刺</b> を、『医療保険証』 ・『お薬手帳』と一緒に保管し、入院の際には持参するよう伝えておく。 ○利用者・家族に、入院したら担当ケアマネに連絡するよう伝えておく。
入 院 ↓	②入院時連絡 ○入院 <b>3日以内</b> に担当ケアマネから <b>入院時情報提供書</b> が <b>届かなければ</b> 、本人・家族への聞き取りや名刺から担当ケアマネを把握し、できる範囲で利用者が入院したことを担当ケアマネに連絡する	①入院時情報提供書の送付 ○入院を把握したら入院時提供書を作成し、原則として <b>3日以内</b> に病院に提供する。
退院の見込 (入院後 1週間程度) ↓	③患者の退院調整開始を連絡(面談の日程調整をする) ○入院後1週間程度を目途に、主治医と相談の上、「 <b>在宅への退院が可能かどうか</b> 」を判断(P7(4)参照)。 ○可能と判断されたら、原則として <b>退院予定日の7日前までに</b> (退院直前調整：退院3日未満の調整は退院準備ができないので患者のために避ける)、担当ケアマネに連絡する。	④患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ○病院から退院調整開始の連絡があったら、引継ぎのための面談について日程調整を行う。多職種によるカンファレンスを開催するためには調整に時間がかかるので、まずは最少人数での面談を行い、必要なら次回にカンファレンスを開催する。 *退院調整後の初回面談時は患者の同席は不要
退院調整 ↓	⑤入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整(面談等)を実施 ○病院担当者(看護師・MSW)と担当ケアマネの退院調整開始面談 ○患者や家族の意向を確認し、介護サービスを調整 ○退院前カンファレンスの開催 ○退院時情報の提供 など ○サマリーの提供(退院日までに担当ケアマネに提供・FAXや郵送でも可)	
退院日決定 ↓	⑥退院日を連絡 ○主治医の許可した退院日を担当ケアマネに連絡します。 転院や死亡退院の時も連絡する。 ⑦主治医はかかりつけ医に紹介状を書きます	
退院後		⑧退院後2週以内に病院へケアプラン原案を提供

 入院前から、担当ケアマネが決まっている患者については、要介護・要支援を問わず、必ず引き継ぎを行うこと(短期入院を除く)。

## (2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後、新たに介護保険サービスを利用する場合）



ケアマネジャー（ケアマネ）	
<b>病 院</b>	
入院 	<p>◇患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、担当ケアマネが決まっていることを確認。</p>
退院の見込 (入院後 1週間程度)  	<p>①退院調整の必要性の判断</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○入院後 1 週間程度を目的に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断(P7(4)参照)する。 ↓</li> <li>○主治医と相談の上、「<b>退院調整が必要な患者の基準</b>」(P7(3)参照)に基づき、退院調整が必要かどうかを判断する。</li> </ul> <p>②患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○①により、退院調整（介護保険の利用）が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明をし、申請等を支援する。</li> </ul> <p>③介護保険申請・ケアマネジャーの選定を支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○市役所で一括して受付けることを説明。家族に「介護保険の申請依頼書」を渡し、市役所に持参してもらう。</li> </ul> <p>④患者の退院調整開始を連絡(面談の日程調整をする)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○担当ケアマネが決まったら、原則として退院予定日の7日前までに（<u>退院直前調整：退院3日未満の調整は退院準備がでさないので患者のために避ける</u>）、担当ケアマネに連絡する。</li> </ul>
退院調整	
退院日決定	
退院後	
	<p>⑤患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○病院から退院調整開始の連絡があったら、引継ぎのための面談について日程調整を行う。多職種によるカンファレンスを開催するためには調整に時間がかかるので、まずは最少人数での面談を行い、必要なら次回にカンファレンスを開催する。</li> </ul> <p style="text-align: right;">*退院調整後の初回面談時は患者の同席は不要</p>
	<p> 以降の流れは、前掲『(1)入院前にケアマネジャーが決まっている場合』(P4)の⑤以降と同じ。</p>

### (3) 退院調整が必要な患者の基準

①入院前から、担当ケアマネジャーが決まっている患者については、要介護・要支援に関係なく、必ず退院調整（担当ケアマネジャーへの引き継ぎ）を行います（P3～4参照）。ただし、短期入院は除く。

②入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない患者については、次の基準により退院調整が必要かどうかを判断します（P5～6参照）。ただし、短期入院は除く。

#### 1 必ず退院調整が必要な患者（要介護）

- 立ち上がりや歩行に介助が必要
- 食事に介助が必要
- 排泄に介助が必要
- 日常生活に支障を来すような症状がある認知症

#### 2 上記以外で見逃してはいけない患者（要支援の一部）

- ADLは自立でも、がん末期の方や新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテルの留置など）が追加された方
- 独居または家族介護力が低い状態で、調理や掃除など身の回りのことや服薬管理に介助が必要な方

1、2とも⇒[市役所 介護保険担当の窓口](#)で介護保険申請、ケアマネ紹介

### (4) 病院が在宅への退院を可能と判断する基準

病院スタッフが、入院後1週間程度を目途に、次の基準により「在宅への退院が可能かどうか」を判断します。担当ケアマネに「退院の見込」を連絡する目安となります。

◇「在宅への退院ができそう」と判断する基準

- 1 **医師の見解で、病状がある程度安定した状態である。**
- 2 **看護師の見解で、在宅での介護が可能そうである。**



入院期間が2週間程度の場合、入院後1週間程度で判断。  
入院期間が3週間程度の場合、入院後2週間程度で判断。

【表面】

情報提供書					
被保険者番号		記入日： 令和 元 年 月 日			
フリガナ			<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治	年 月 日 歳
氏名			<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正	
住所	〒 669 - 兵庫県丹波市		TEL 0795 - -		
緊急連絡先	① 氏名	(続柄)	TEL	-	-
	住所			携帯	-
	② 氏名	(続柄)	TEL	-	-
	住所			携帯	-
要介護度	寝たきり度		認知症自立度		
認定日	認定有効期間		R 元 年 月 日 ~ R 2 年 年 日		
担当者名	事業所名				
住所	TEL		FAX		
◆主訴			◆家族状況		
			(家族構成)		
◆現在の生活状況			(家族関係)		
			(主介護者)		
			(キーパーソン)		
◆医療情報					
	かかりつけ医	他の病院		他の病院	
主な病名					
医療機関					
電話番号					
主治医名					
医療面の特記事項 (アレルギー・禁忌事項等)			投薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		



患者様→丹波篠山市役所（本庁 介護保険係）

患者様→丹波市役所（本庁第2庁舎 介護保険課・各支所）

## 介護保険の申請依頼書

介護サービスが必要と思われるので、下記にチェックのある手続きをしてください。

介護保険の申請手続き

ケアマネジャーさんの事業所依頼届出の手続き

（  ケアマネジャーはすでに決まっています。 ）

患者氏名	
退院の見込	月 日
医療機関	
病棟	
記入者氏名	

### ★病院関係者の皆様へ

病状が安定し、退院が見込める状態になった時（主治医意見書が

作成可能となった時）に申請を勧めて下さい。

介護支援連携指導書（内容が同様なら退院サマリーで代替可能）

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女		
入院の原因となった病名						合併症				入院日	令和	年	月	日
既往歴						退院予定日	平成	年	月	日頃				
病院主治医						在宅主治医								
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望、日常生活で注意が必要な点														
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子									
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用									
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食（ <input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 経管栄養									
					主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー（摂取量 割）									
					副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー（ <input type="checkbox"/> とろみ付）（摂取量 割）									
					水分摂取量：1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限：無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ									
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）													
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他（ ）													
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合、理解の状況は： <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分（問題点： ）													
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA：保菌 <input type="checkbox"/> 発症（部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部） <input type="checkbox"/> その他													
リハビリ目標（リハビリから確認）：														
備考欄														

令和 年 月 日

【提出先】 事業所名

【病院名】

介護支援専門員名

（担当者 職・氏名）