

## よくある質問

### (1) ケアマネジャー・病院共通

#### ① 問い合わせ先について

Q1	退院調整ルールに関する問い合わせ窓口はどこですか。
A1	【西宮市】5つの在宅療養相談支援センター 【芦屋市】精道高齢者生活支援センター(基幹的業務担当)【手引き P.12、13 参照】

#### ② 退院調整ルールの内容について

Q2	「入退院連携シート」は、事業所で使用しているアセスメントシート等で代用してもよいですか。また、芦屋市では医師会と取り決めを行ったグランドルールの様式を使ってもよいですか。
A2	入退院連携シートの内容が盛り込まれているシートであれば、代用可能です。不足項目がある場合は、適宜追加してください。 芦屋市のグランドルールは、かかりつけ医(診療所医師)とケアマネジャーの情報交換用のため、入院時の情報提供に使用するのには適当ではありません。
Q3	病院からケアマネジャーへの退院日の連絡は、何日前にするのがよいですか。
A3	病院は退院見込み時期が分かった時点で、「なるべく早く」担当ケアマネジャーに連絡をしてください。退院後に、本人が必要とする介護保険サービスの調整には、日数を要することがあるためです。 *特に、「感染症による面会制限がある場合、状態・ADL に変化がある場合、初めて介護認定を受ける・区分変更を受ける場合、ターミナル期の場合」などは、サービス調整に時間がかかります。
Q4	病院が「自宅へ退院が可能」と判断する基準【手引き P.4】に該当しなくても、本人や家族の強い希望で退院する場合がありますか。
A4	状況に応じて、主治医、看護師等と本人、家族、ケアマネジャーが話し合っ、退院の可否については決めていくことになります。
Q5	「退院調整が必要な患者の基準」【手引き P.4】に該当した場合でも、病院が退院調整に介入しないことはありますか。
A5	病院の介入について、本人または家族の同意が得られなければ、介入できない場合もあります。
Q6	病院担当窓口一覧表の②「退院調整の期間を残し在宅判断は可能？」の項目【手引き P.10】はどのような意味ですか。
A6	退院の可否は主治医の判断になりますが、在宅生活の準備ができるように退院調整期間を残して退院の判断ができるか、ということです。

Q7	診療報酬・介護報酬の改定により、退院調整ルールの変更はありますか。
A7	病院とケアマネジャーが連携していくという、ルールの原則は変わりません。

### ③様式の記入について

Q8	検査入院等、すべての入院に際し、入退院連携シート様式1の提出は必要ですか。
A8	必要に応じて病院に確認してください。
Q9	入退院を繰り返す方の情報は、どの程度やりとりが必要ですか。
A9	必要に応じて病院に確認してください。
Q10	本人の入院がわかった場合、すぐに入退院連携シート様式1をFAXしてもよいですか。電話で連絡を入れてからの方がよいですか。
A10	FAX送信後に、様式1を送信した旨と、FAX受信の確認を、電話でしてください。 ※ケアマネジャーは、病院へ入院時情報提供をFAX等で行った際、確実な連携を確保するため、受領確認とその記録を残すことを国から義務づけられています。情報を受け取った旨のFAX返信をお願いしたり、電話で送付確認をしたりしますので、ご理解とご協力をお願いします。(平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)、平成30年3月23日)
Q11	入退院連携シート様式1は入院して何日以内に送ればよいですか。
A11	可能な限り早く送ってください。
Q12	病院へ情報提供・共有する際に、病院での担当が決まっていない場合は、どうすればよいですか。
A12	地域連携室など、病院担当窓口へ確認してください。【手引きP.10参照】
Q13	退院調整ルールは在宅のみ適用となりますか。特養等、施設入所者は不要ですか。
A13	基本的には在宅の方を想定して作成しています。ただし、施設入所者の場合でも、様式を使用いただくことは差支えありません。
Q14	退院前の情報共有時の連携シート等は、どのようにやり取りすればよいですか。
A14	原則、病院職員とケアマネジャーとの間で、手渡しや郵送等の方法で直接やり取りしてください。ご本人・家族を介することによる紛失・遅延・開封などのトラブル予防のためです。ただし、この運用が難しい場合は、病院とケアマネジャーとの間で相談して決めてください。

### (2)ケアマネジャーからよくある質問

Q15	入院時のケアマネジャーからの情報提供は、病院でどのように活用されていますか。
A15	病院では、入院前の本人の状況や本人、家族の意向が分からないことがあるため、提供された情報をもとに、治療後の方向性などを考えています。また、入院時から担当ケアマネジャーを知ることによって、よりよい連携にもつながります。

Q16	ケアマネジャーから、入退院連携シートで情報提供を行った際には、病院からも、渡した入退院連携シートを使った情報提供がありますか。
A16	入退院連携シートは、あくまでも参考様式のため、看護サマリーなど既存の様式での情報提供となることもあります。

### (3)病院からよくある質問

#### ①問い合わせ先について

Q17	担当のケアマネジャーがわからない場合、どこの窓口で連絡すればよいですか。
A17	各市の介護認定担当部署へ連絡してください。市から担当ケアマネジャーに連絡し、病院へ連絡するよう依頼します。【手引きP.14参照】
Q18	介護保険の認定申請は、退院後にするのがよいですか。
A18	可能な限り、入院中に認定申請をお願いします。認定の結果がでるまでには、一定の期間を要するので、その間は、暫定の認定結果をもとにしたケアプランとなり、十分なサービス調整ができないためです。
Q19	入院中に初めて介護保険の認定申請をする場合は、どうすればよいですか。
A19	1. 家族に市の窓口で介護保険認定申請を行うよう説明をして下さい。 2. 申請代行を依頼する場合は、本人の住所地を管轄する地域包括支援センター、または居宅介護支援事業所のケアマネジャーに連絡してください。
Q20	介護保険申請後に、退院調整に向けてケアマネジャーを決める必要がある場合は、どこに連絡すればよいですか。
A20	・「要介護」認定の結果の可能性が高い場合、病院において本人または家族に対して居宅介護支援事業所の選定支援をした上で、本人または家族の希望する居宅介護支援事業所へ連絡してください。 ・「要支援」または「要介護認定となるかどうか判断に迷う」場合、本人の住所地を管轄する地域包括支援センターに相談してください。

#### ②様式の記入について

Q21	入退院連携シート様式2の病院記載部分には、作成年月日の現状を記載したらよいですか。
A21	看護サマリーと同様、作成年月日時点の状況を記載してください。